

QUIRAL SALUD



LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO



PRESENTACIÓN

Han pasado dos décadas desde que viera la luz el Informe Abril, el primer estudio sobre la sostenibilidad sanitaria en nuestro país. Hoy nadie duda de que el Sistema Nacional de Salud debe sostenerse entre todos, con responsabilidad y objetividad, pero seguimos preguntándonos cómo lograrlo.

En el debate sobre «La sostenibilidad del sistema sanitario», celebrado en la sede barcelonesa de la Fundación Vila Casas el día 13 de noviembre de 2007, se invitó a participar a tres ponentes, expertos en sus áreas, para abordar desde la perspectiva política y sanitaria este tema, cuya presencia mediática genera preocupaciones cíclicas tanto a los políticos (ya sean gobernantes o aspirantes), como a la sociedad civil. Nuestros invitados fueron Miquel Argenté, director del Área de Recursos Sanitarios del Servicio Catalán de la Salud; Marc Soler, director adjunto corporativo del Colegio de Médicos de Barcelona, y Patricio Martínez Jiménez, secretario general del Sindicat de Metges de Catalunya. Asimismo, Vladimir de Semir y Gemma Revuelta, del Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra, y la Dra. Montserrat Viladomiu, de la Fundación Vila Casas, aportan su visión experta. Carmen Fernández (*Diario Médico*), Àngels Gallardo (*El Periódico*), Milagros Pérez Oliva (*El País*) y Marta Ricart (*La Vanguardia*) contribuyen desde la óptica del día a día en un medio de comunicación al debate.

«La sanidad pública tiene cada vez mayores dificultades para ser financiada.» Esta frase, extraída del volumen que la Fundación Vila Casas publicó en otoño de 2001 sobre la sostenibilidad del sistema sanitario, sigue teniendo la misma vigencia seis años después. A las puertas de 2008, nos seguimos preguntando qué políticas sociosanitarias son necesarias para que el Sistema Nacional de Salud sea económicamente viable.

En esa ocasión se planteaban las medidas básicas que podrían ser útiles para afrontar la situación y se proponía: a) una mayor contención del gasto farmacéutico, b) apelar a la solidaridad de la ciudadanía, o sea, que el usuario participe en el gasto y c) impulsar la idea que la medicina privada sea un auténtico complemento de la medicina pública.

Uno de los aspectos que nos ha llevado a elegir este tema de debate es el notable incremento de usuarios del sistema sanitario, factor que hace unos años no se encontraba tan claramente sobre la mesa. Hoy sabemos que es una realidad sobre la que también debemos profundizar; puesto que el incremento de presupuesto no es proporcional al aumento de usuarios. Tenemos un claro ejemplo en el último presupuesto del Parlament de Catalunya.

En la reflexión que hoy impulsa la Fundación Vila Casas junto a sus invitados, se plantea cómo la Administración ha ido soportando el coste con decisiones a corto plazo que han acabado influyendo en los propios elementos que componen el sistema.

En particular, las leyes y decretos de los últimos años han transformado una industria farmacéutica con pulso y agresiva en una industria que quiere sobrevivir; pero cuya investigación se verá perjudicada.

Asimismo, los profesionales de la medicina se han sumado al problema con un empeoramiento de su crisis de profesionalismo, resultado de las malas condiciones laborales, la insatisfacción en sus retribuciones o la incorporación de profesionales de otros países.

Un tercer problema tiene su origen en las nuevas tecnologías, que difícilmente pueden dejar de aplicarse pero que, sin duda, incrementan el coste de los tratamientos y diagnósticos.

Por último, la organización política y económica basada en un Estado de las autonomías obliga a replantearse, demasiado frecuentemente, las diferentes aportaciones y los distintos beneficios para los pacientes, pendientes de las decisiones de su comunidad autónoma.

Con los años, la industria, los profesionales y los gestores han hecho esfuerzos en pro del sistema, pero ¿qué hacer si ya no es posible reducir más el coste de un medicamento, ni contener más los salarios o rebajar las condiciones en que trabajan los médicos? Cualquier solución debe evitar, además, que la pérdida de confianza del público hacia la Administración y los profesionales sanitarios gane más terreno.

ANTONIO VILA CASAS
Presidente de la Fundación Vila Casas

Un pacto político y social para la salud

Si bien el Sistema Nacional de Salud español puede considerarse todavía como un sistema de calidad y satisfactorio para el usuario, desde todos los frentes, los expertos coinciden en afirmar que el modelo actual no puede seguir siendo sostenible.

En los más de diez años del *Informe Quiral*, el tema que mayor presencia ha tenido en la prensa española en relación con la salud y la medicina ha sido el propio sistema de salud. Durante esta década, la prensa se ha hecho eco de los distintos informes, denuncias, negociaciones, acuerdos y acontecimientos de todo tipo en relación con el Sistema Nacional de Salud (SNS). Traducido en titulares, este cuestionamiento continuo sobre la sostenibilidad del sistema ha dado lugar a que la prensa hablara sobre las listas de espera, el medicamentazo, la reforma sanitaria, las huelgas del colectivo médico, etc.

La cuestión sobre la sostenibilidad del SNS no es una preocupación nueva. Desde hace al menos 25 años (*Informe Abril*), la sociedad española está más que advertida de que esto no marcha, que el modelo que tenemos no va a poder sostenerse a no ser que se introduzcan cambios importantes en uno o probablemente en muchos sentidos.

Las actuaciones de la Administración, en estos años, se han dirigido fundamentalmente a dos colectivos: la industria farmacéutica y los profesionales médicos. Pero las sucesivas medidas aplicadas a estas dos comunidades no han conseguido cambios en los problemas reales de la sanidad española. Por el contrario, como consecuencia de estas medidas (y de la propia evolución de los problemas no resueltos), actualmente nos encontramos con una industria que es meramente de supervivencia, cuando en

otro tiempo había sido agresiva e innovadora, y con un colectivo médico desmotivado, sobrecargado y estresado. Buena prueba de ello son, por ejemplo, los cambios que se observan con claridad en la demografía médica catalana. Cataluña ya no atrae a médicos de fuera y esto es algo negativo, se mire como se mire.

Por otra parte, las tecnologías médicas encarecen cada vez más el sistema. Y las decisiones sobre qué tecnologías introducir en la cartera y cómo costearlas se toman muchas veces precipitadamente, con criterios poco sólidos y con una visión en la que hay tanta presión asistencial y tan a menudo falta el largo plazo, que muchos definen esta situación como un «barra libre para todos». Un modelo así necesita claramente una fuerte subida de los presupuestos, pero ésta no es precisamente la situación. El caso de Cataluña es paradigmático: el crecimiento del presupuesto de sanidad para el 2008 es de un 5,9 %, este porcentaje no sólo es inferior al de los tres años anteriores, sino que se sitúa incluso dos puntos por debajo del propio crecimiento del presupuesto global de la Generalitat.

Está claro que es necesario establecer con urgencia un pacto nacional de salud, decidir si dedicamos más dinero a sanidad o si revisamos todo el modelo y de qué forma.



DEBATE...

Marc Soler inició el turno de intervenciones haciendo un análisis de la evolución y situación actual del SNS desde tres puntos de vista: el político-legislativo, el económico y el profesional. Desde la perspectiva política y legislativa, en opinión de Soler, la situación es que, de la Ley General de Sanidad, se puede cambiar prácticamente todo, excepto que sirve para reconocer que la prestación de los servicios de salud es universal y gratuita. Esta ley, sin embargo, se promulgó en tiempos del Insalud y ahora la situación es completamente diferente. En el caso de Cataluña, la Llei d'Organització Sanitària hizo un gran esfuerzo en diferenciar financiación, provisión y servicio. Se han vivido distintos períodos. Así, entre 1982 y 2003, la sanidad catalana vino marcada por un fuerte control por parte del partido de gobierno, con un pacto con la oposición.

En la actualidad se producen dos novedades, añadió. En primer lugar, la reciente aprobación de la nueva Ley del ICS, que ha participado del consenso de una buena representación de la sociedad civil. Por otra, la implantación de los gobiernos territoriales. Respecto a este último punto, Marc Soler dudaba de su impacto real, desde una perspectiva médica.

Desde el punto de vista económico, el presupuesto sanitario (que es de alrededor de un 26 % del total de la Generalitat) ha crecido muy poco respecto a años anteriores y respecto a la propia demanda. Calculando la inflación y el desvío presupuestario, Marc Soler calificó este crecimiento de «muy justo» (y aquí no en el sentido de justicia, precisamente, sino más bien en el de escasez).

El representante del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona quiso destacar que, a pesar de que el sistema de salud está bien valorado por la población, de momento, Cataluña ya no es aquella «plaza médica puntera». Cada

vez vienen menos médicos del resto de España y Europa. Y este cambio demográfico radica fundamentalmente en que el resto de comunidades autónomas se «han espabilado» (es decir, disponen ya de tecnologías tan avanzadas como las catalanas), pero también en que las retribuciones son más atractivas que aquí, y además, existe menos presión asistencial.

Además, el panorama profesional ha cambiado mucho: se observa una clara falta de profesionales sanitarios.

Patricio Martínez recordó que, además del *Informe Abril*, en Cataluña también se elaboró el *Informe Vilardell*. Y ni en las recomendaciones relacionadas con el profesional ni con la industria se le hizo caso.

Martínez insistió, como la mayor parte de los participantes en la reunión, en la evolución negativa que han tenido los presupuestos dedicados a sanidad por parte de la Generalitat, especialmente decepcionantes tras el esfuerzo presupuestario del Gobierno de Maragall.

Su presentación se resumió en tres cuestiones. La primera de ellas, la nueva Ley del ICS. Para gestionar el Instituto, en palabras de Martínez, es necesario una modificación de la ley y conseguir que la entidad esté fuera del control presupuestario del Parlamento de Cataluña. La segunda cuestión, aparentemente trivial, es la de los 18 € que le descuentan al médico cuando, mientras está de guardia 24 horas y llevando *busca* encima, hace un descanso para comer. La Administración considera que durante este tiempo no está trabajando y, por tanto, no hay que pagarle. Pero esta cuestión, en opinión del representante sindical, está generando un malestar profundo. Y en tercer lugar, en palabras de Martínez, se encuentra el conflicto por la apertura de los centros de atención primaria (CAP). El representante sindical cerraba su intervención proponiendo también un pacto de esta-



MARC SOLER

Director adjunto corporativo del Colegio de Médicos de Barcelona

¿Qué aspectos pueden mejorarse? En la cuestión económica, aumentar los recursos que vienen del Estado. El sistema debería tener la flexibilidad suficiente como para permitir ciertos cambios normativos. Por ejemplo, en el sentido de establecer rebajas fiscales a las dobles coberturas (el 24 % de los catalanes tienen doble cobertura pública y privada), incorporar más copagos (probablemente en relación con innovaciones coste-efectivas), etc. Muchas medidas son impopulares y de ahí la necesidad del pacto de Estado. Debemos, además, ser cautos a la hora de realizar cambios en la cartera de servicios, sobre todo en épocas de restricciones presupuestarias. Desde la perspectiva profesional, el sistema no evalúa realmente el resultado final del proceso asistencial, sino que se limita a interferir en los procesos y éste es un aspecto clave: el profesional debe participar en dicha evaluación. Hemos de aumentar las retribuciones y ponerlas al nivel de países de nuestro entorno. Y hemos de analizar con más profundidad la autogestión en la atención primaria.



PATRICIO MARTÍNEZ
Secretario general del
Sindicat de Metges
de Catalunya

La Administración ha ido apretando el lazo cada vez más fuerte a los profesionales médicos y a la industria farmacéutica. La DPO (dirección por objetivos) ha marcado su diana en los genéricos, de modo que Cataluña es ahora la comunidad que más ha ahorrado en farmacia, pero esto no es un «trapo que cada vez se pueda estrujar más». Por otra parte, el salario fijo de los médicos catalanes es más bajo que en el resto de las comunidades. Y entre un 40 y un 100 % de los salarios de los médicos españoles son más bajos que la media de la UE. Al médico se le debería pagar por lo que es, lo que hace y por la calidad del resultado. Ello implica una revisión completa del modelo retributivo. Tan o más importante que la cuestión económica es la presión asistencial; así, se propone que cada médico de familia tenga 1500 tarjetas sanitarias y cada pediatra 1000. Y que en la agenda diaria se establezca una media de 25 visitas (más las no programadas y los avisos a domicilio). Es necesario, además, que se establezca una cartera de servicios propias del médico de familia.

do sanitario, un pacto por la sostenibilidad, la calidad y la humanización de la asistencia.

Miquel Argenté inició su intervención recordando que el sistema sanitario ha tenido siempre un permanente déficit presupuestario. Según su valoración, parte del problema se ha resuelto, aunque aún hay cuestiones por resolver: Argenté apuntaba que se debía llegar a un equilibrio entre las necesidades sanitarias y la capacidad de financiación. El problema es, lógicamente, complejo. Y hay que tomarlo con suma cautela, puesto que estamos hablando de un 25-26 % del total del presupuesto de la Generalitat, y un problema de financiación que afecte a una cuarta parte del presupuesto es obviamente muy grave.

El representante de la Generalitat hizo un breve repaso evolutivo de los presupuestos en sanidad. Hasta el año 2002, la financiación había sido siempre fijada por el Estado. En 2002, se introducen cambios, por ejemplo, fijando criterios que tienen en cuenta los ingresos (puesto que se ha comprobado que a mayor renta, mayor gasto sanitario se produce). Esto implica que a partir de entonces se produciría una relación más estrecha entre el presupuesto para sanidad y los ingresos que puede generar una comunidad autónoma, manteniendo los elementos de solidaridad con el sistema en su globalidad.

A pesar de las modificaciones de 2002, el presupuesto no alcanzaba, continuó Argenté. De ahí que en la Conferencia de Presidentes, Cataluña y otras comunidades autónomas pusieran esta cuestión sobre la mesa. En la Segunda Conferencia se llegaría a un acuerdo de financiación, pero el problema fundamental, según Argenté, es explicar que el incremento en el presupuesto ha mejorado el rendimiento. Además, Argenté dijo que el sistema sanitario no sólo se tenía que valorar como gasto, sino también como sector económico que genera ingresos y puestos de trabajo.

Cerrando este primer turno de intervenciones, Miquel Vilardell recapituló de nuevo las causas que estaban produciendo el aumento de la

demanda: la mayor esperanza de vida, el cambio demográfico y la mayor información que disponen los ciudadanos. El aumento de la demanda necesita un aumento de los recursos y éstos, recordó el patrono de la Fundación, están por debajo de la media de la UE-15.

Según Vilardell, hay que tener en cuenta cuatro consideraciones principales. En primer lugar, la influencia de la educación: no sabemos cuáles son las prioridades auténticas de la población a la hora de distribuir los presupuestos. En segundo lugar, es necesario que los profesionales, además de ser competentes, se sientan motivados e implicados en la gestión. En tercer lugar, es necesario introducir sólo aquellas tecnologías cuya relación coste/beneficio sea realmente asumible por el sistema. Finalmente, hay que evitar dar falsas expectativas respecto a tecnologías que aún no han sido bien evaluadas.

Vilardell recordó la necesidad de invertir en I+D+i. A pesar de suponer un coste inicial, a largo plazo supone una fuente de ingresos y, además, disminuye costes. En este sentido, recordó la necesidad de acuerdos con la industria farmacéutica. Finalmente, como vía de reducción de costes, Vilardell apuntó la necesidad de favorecer las políticas de salud pública y medicina preventiva.

Tras las intervenciones de los cuatro ponentes, Marta Ricart inició el debate preguntando sobre hechos concretos. La periodista quiso saber, qué medidas se iban a tomar para poder llevar a cabo el aumento de servicios que se había anunciado tanto desde el Ministerio como desde la Consejería.

Miquel Argenté respondió en primer lugar explicando que, a pesar de que las competencias de sanidad estaban traspasadas a las autonomías, la fijación de la cartera de servicios correspondía al Estado. Por tanto, algunos de estos aspectos llegaban de fuera a la Consejería.

Patricio Martínez replicó a esta pregunta recordando que, en las comunidades autónomas se debería priorizar con el presupuesto del

que se dispone, y no añadir más servicios al catálogo sin disponer de financiación.

Àngels Gallardo preguntó sobre el cumplimiento de los eslóganes electorales que la consejera de Salud había anunciado en su primera legislatura. Concretamente quiso saber si se alcanzaría la inversión de 1500 € por ciudadano para asistencia sanitaria, y si realmente los médicos de atención primaria dispondrían de tiempo necesario para atender a los pacientes. Además, quiso saber si el anuncio del aumento del PIB destinado a sanidad a finales de la segunda legislatura del 2008 continuaría siendo un objetivo, y si los médicos percibían en sus consultas la teórica inferioridad en las condiciones de atención sanitaria que presentaba el sistema catalán respecto al resto de España.

Respecto a la última cuestión, Soler y Vilardell coincidieron en no caer en falsos alarmismos. El sistema catalán, insistieron, continúa siendo excelente en cuanto a calidad y satisfacción del ciudadano. Probablemente, según añadió Vilardell, porque tenemos unos profesionales realmente muy buenos.

Miquel Argenté respondió que el presupuesto del 2008 era muy ajustado, el aumento en el gasto sanitario se había ido haciendo desde el 2004. Además, confirmó que el objetivo de la Consejería de Salud de alcanzar un gasto de 1500 € por persona se mantiene y que actualmente nos encontrábamos en 1160 €.

Milagros Pérez Oliva formuló dos preguntas. En primer lugar quiso saber si el 20 % de falta de productividad del sistema sanitario que había apuntado en su momento el *Informe Abril* se había reducido de algún modo. Por otro lado, preguntó cómo se podían tomar decisiones como la administración de la vacuna del virus del papiloma cuando había numerosos expertos de referencia que apuntaban que el balance coste-beneficio no estaba claro, e incluso cuestionaban su eficacia.

Miquel Vilardell respondía a la última pregunta remarcando la necesidad de disponer de una

agencia central evaluación de las nuevas tecnologías. De este modo se evitarían intereses paralelos como los económicos, o presiones de grupos sociales implicados en la cuestión.

En relación con la ineficiencia del sistema, Marc Soler apuntó la complejidad del panorama asistencial, en el que los diversos proveedores no se ponían de acuerdo en aspectos tan cotidianos como la historia clínica compartida. Por otro lado, reclamó sistemas de análisis de resultados para que el médico pueda autoevaluarse y, por tanto, mejorar su eficiencia.

Patricio Martínez, a su vez, destacó el difícil papel que desarrolla el médico al encontrarse entre lo que le solicita el paciente (ser más eficaz) y lo que le solicita el gestor (ser más eficiente).

Carmen Fernández quiso preguntar a Miquel Vilardell si no había sentido cierta decepción al ver el poco uso que se había hecho del informe que se conoce precisamente con su apellido. Le preguntó también si no habría sido posible aplicar casi automáticamente algunos de los puntos del informe.

Miquel Vilardell respondió que no había sentido ninguna decepción, ya que el informe no se había elaborado esperando una respuesta. Para él los puntos más importantes a tener en cuenta en la sanidad eran, por un lado, los profesionales, que son los que más recursos consumen, y la información al ciudadano.

Finalmente, el debate se cerró con la aportación de Montserrat Viladomiu, quien plasmó la decepción y desmotivación actual de los médicos de primaria como consecuencia de la elevada presión asistencial. «Muchos días –decía en voz alta esta doctora de atención primaria– piensas que, en efecto, has estado todo el día ahorrando en gasto de farmacia, pero visitando 40 personas y dedicándoles a cada una seis o siete minutos. Al llegar a casa, reflexionas sobre cuántas cosas se te habrán escapado hoy...» Sin duda, una descripción muy expresiva sobre algunos de los problemas más urgentes a solucionar.



MIQUEL ARGENTÉ
Director del Área de Recursos Sanitarios del Servicio Catalán de la Salud

Es cierto que el de 2008 es un presupuesto que no tiene el crecimiento que tenían los de los últimos cuatro años, pero no se puede olvidar que, desde el 2004, los crecimientos de los presupuestos han sido alrededor del 10 %. Concretamente, un 18 % en 2004, un 9,3 % en 2005, un 10 % en 2006 y un 9,2 % en 2007. Siempre entre uno o dos puntos por encima del PIB. En 2008, el presupuesto es más ajustado, pero se debe tener en cuenta que este año es de tránsito entre el sistema de financiación que tenemos ahora y el que precisamente se ha de negociar en 2008. Por lo que respecta al gasto per cápita en sanidad, se mantiene como objetivo para esta legislatura los 1500 €. Actualmente estamos en 1160 €. Al hablar de sostenibilidad del sistema sanitario hay que pensar en el equilibrio entre las necesidades sanitarias y la capacidad de financiación a largo plazo. Además, hay que disponer de indicadores claros que midan el rendimiento de la inversión, pensando en el sistema sanitario no sólo como un gasto público, sino también como un sector económico que contribuye al progreso del sistema.

CONCLUSIÓN



MIQUEL VILARDELL

Jefe del Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona.
Director de la revista *Medicina clínica*. Patrón de la Fundación Vila Casas

Mi experiencia en una comisión de estudio sobre la sostenibilidad del sistema sanitario me enseñó que el profesional es la persona a quien más debemos escuchar y respetar: él nos ayudará a resolver el desequilibrio. Y que, políticamente, hay que bregar con cuatro fuerzas en direcciones opuestas: la izquierda ideológica pedirá aumento de la presión fiscal (que paguen los ricos), la derecha defenderá el copago (que pague quien usa los recursos), el nacionalista deseará que pague el Estado central y el centralista reclamará que pague la autonomía...

Los avances tecnológicos, las nuevas prestaciones que se introducen en el sistema de salud, la mayor demanda poblacional, básicamente causada por un incremento de inmigrantes, y el aumento de la edad media del enfermo o paciente son factores que obligan a revisar el sistema, si queremos que sea sostenible. Para ello, todo el mundo debe coincidir en que es necesario incrementar los recursos económicos para lograr la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

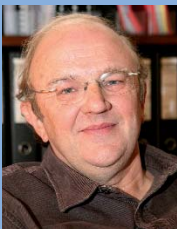
Las nuevas prestaciones deben ser consensuadas por todos los entes territoriales, pero con evaluaciones de calidad y eficacia probadas, así como con estudios de coste-eficacia, basadas en las balanzas fiscales y los presupuestos sanitarios de cada comunidad autónoma. El seguidismo de las políticas electoralistas no es buen camino ni para la sostenibilidad del sistema ni para determinados territorios.

El Estado y las autonomías tienen sistemas para incrementar los presupuestos sanitarios, consensuándolos previamente con las fuerzas políticas. Debe existir, por tanto, la voluntad política de pacto para alcanzar este sistema sanitario.

Es necesario e importante también que los profesionales sanitarios –que son los quienes consumen los recursos, solicitan exploraciones, indican terapias y, por tanto, son una pieza básica en el control del gasto– se sientan motivados e implicados en el sistema y la gestión clínica. La motivación del profesional dependerá de:

- Las condiciones laborales que, hoy día, dejan mucho que desear. Asumir un gran volumen de trabajo, optimizar el tiempo por visita y controlar el gasto sanitario sin olvidar, por supuesto, la gran responsabilidad y el importante componente humanitario implícitos en la profesión. Se trata de funciones que se realizan a diario y que generan un grado de estrés importante en el personal. De ellos depende el buen funcionamiento del sistema.
- La introducción de nuevas tecnologías y terapias en el sistema. Es necesaria una evaluación previa transparente, implantando aquellas en las que el coste-eficacia sea mejor que las anteriores. En este sentido, el apoyo a la investigación es fundamental. La colaboración con la industria farmacéutica es crucial para el desarrollo y la introducción de nuevas moléculas.
- Las políticas de salud pública y de medicina preventiva reducen costes al evitar enfermedades que consumen recursos.

En conclusión, para que la sanidad pública pueda seguir dando un servicio de calidad es urgente llevar a cabo una revisión del modelo sanitario actual para que se adapte a nuestra realidad.



VLADIMIR DE SEMIR
Director del Observatorio de la Comunicación Científica (UPF)



GEMMA REVUELTA
Subdirectora del Observatorio de la Comunicación Científica (UPF)



MARGARITA BECERRA
Observatorio de la Comunicación Científica (UPF)



DRA. MONTSERRAT VILADOMIU
Fundación Vila Casas

El proyecto Quiral es fruto de la colaboración entre la Fundación Privada Vila Casas y el Observatorio de la Comunicación Científica, de la Universidad Pompeu Fabra.

Agradecemos la colaboración de Carmen Fernández, Àngels Gallardo, Milagros Pérez Oliva y Marta Ricart por su participación en el debate que tuvo lugar en la Fundación Vila Casas, en Barcelona, el día 13 de noviembre de 2007.



CARMEN FERNÁNDEZ
Diario Médico



ÀNGELS GALLARDO
El Periódico



MILAGROS PÉREZ OLIVA
El País



MARTA RICART
La Vanguardia

Los cuadernos **Quiral Salud** recogen el resumen del encuentro que, periódicamente, organiza la Fundación Vila Casas y cuyo objetivo es fomentar el debate social y la información ponderada sobre temas de la actualidad médico-sanitaria. Este foro reúne a figuras destacadas del ámbito científico y sanitario, y a periodistas y divulgadores científicos para establecer un rico intercambio de ideas y opiniones, desde puntos de vista diversos. La selección de los temas que se abordan en los encuentros se realiza de acuerdo con los resultados del *Informe Quiral*, análisis anual de las noticias médicas y sanitarias publicadas en la prensa española.

QUIRAL SALUD

AÑO 10. NÚMERO 26
PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL. DICIEMBRE 2007

Edita: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF
© Fundación Vila Casas, Ausiàs Marc, 20. 08010 Barcelona. Tel.: 93 481 79 80

Coordinación: M. José Alcoriza

Producción editorial: Rubes Editorial (rubes.editorial@rubes.es)

ISSN: 1885-6950
Depósito legal: B-52114-98

con la colaboración



y

