



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



CRISIS ECONÓMICA, REGRESIÓN EN RENTA Y DESIGUALDADES EN SALUD

Guillem López-Casasnovas
Març 2013

CRES-UPF Working Paper #201303-69

RESUMEN

En la medida en que continúa la crisis económica, son muchas las voces, aunque menos los análisis, que alertan de la concatenación que se estaría produciendo entre pérdida de renta, desigualdades socioeconómicas y su derivado impacto sobre la salud. El mensaje principal de las observaciones aquí efectuadas es (i) que la evidencia de la relación entre crisis y desigualdades en salud es elusiva, aunque probable, y que los mecanismos de salvaguarda de daños de la crisis sobre la salud no tiene contrafactuales ajustados claros que orienten la acción de la política sanitaria, (ii) que en cualquier caso nuestro sistema de salud, anquilosado en sus inercias, no parece responder hoy con cambios en sus dispositivos destinados a enfrentarse a la parte del problema que se puede considerar mitigable, y (iii) finalmente, que el análisis de las desigualdades en salud requiere un enfoque más abierto desde la Economía de la Salud capaz de integrar diferentes perspectivas más allá de las tradicionales de la epidemiología sociológica.

Palabras clave: *Desigualdades en salud, determinantes socioeconómicos, políticas públicas intersectoriales, protección social y desarrollo económico.*

Introducción.

La literatura disponible acerca de cómo las crisis económicas afectan la salud de las poblaciones es dicotómica en sus conclusiones. Algunos autores argumentan los efectos de la crisis en positivo (experiencias EE.UU. básicamente) y otros en negativo (caso de la descomposición de las repúblicas soviéticas), y, entremedio, los que detectan un factor negativo pero neutralizable por las redes del estado de bienestar (Finlandia como ejemplo). De todo ello hay un número prolijo de aportaciones. De la supuesta experiencia americana, se cuenta que la crisis y el aumento del paro reducen el estrés poblacional, disminuye los costes de oportunidad de algunos comportamientos saludables (ejercicio, control dietético) y aumenta los de los insanos (tabaco y alcohol) por la bajada de renta. De todas estas hipótesis se me ocurren sin embargo

concatenaciones inversas, en sentido contrario; pero claro está, la parte empírica es decisiva. Del caso soviético, tan penoso, son precisamente los consumos nocivos los que más se asocian a la crisis, con efectos graves sobre la morbi mortalidad de la población. Pero la sospecha de que podría haber habido un cambio en las estadísticas que se hayan dejado de manipular con la Perestroika, puede ofrecer también una explicación plausible. En todo caso, tampoco parece razonable considerar, como resultado de la evidencia soviética, que la situación dictatorial anterior era ‘mejor’ habida cuenta de los efectos de la apertura de la economía, y posterior crisis económica, para la salud poblacional. Además, los factores explicativos podrían no deberse tanto a la desigualdad de la renta (fenómeno más fácilmente cuantificable) como a la corrupción y a la ausencia de capital social, intrínsecos a los años de regímenes comunistas autoritarios. Ya sabemos que, en general, cuanto más abierta es una economía, más desigualdad aparece conjugada al mayor crecimiento; cuanto menos restringidas las fronteras a la inmigración, más desigualdad social, aunque para los inmigrantes, su ‘voto con los pies’ es síntoma inequívoco de mejora. Y a sensu contrario, economías cerradas y con telón de acero hacen sociedades más iguales, más pobremente iguales.

Finalmente, el análisis finlandés (y en menor grado el sueco de los noventa) no tiene contrafactual: la crisis no tuvo incidencia en la salud de la población, pero la contribución del estado de bienestar no permite obviamente ser valorado respecto de lo que hubiera acontecido en su ausencia. Una constatación que ciertamente nadie creo estaría interesado en experimentar en propias carnes.

Una secuencia de concatenación elusiva

En el terreno de las evidencias, las valoraciones empíricas tienen una validez limitada; limitada (i) al período observado, sin clara capacidad extrapolativa, (ii) al país en cuestión, su cultura, la idiosincrasia de su gente, la naturaleza del sistema de protección social, o a los efectos composición que van de lo individual a lo comunitario; (iii) al funcionamiento efectivo del dispositivo asistencial y de sus instituciones en la práctica: así en contextos de flexiseguridad o de mercados de trabajo rígidos; por ejemplo, a igual

cifra de desempleo, en la combinación de parados de larga duración (desánimo y cronicidad acelerada en el tiempo sobre la salud) que de jóvenes 'ni nis' (efectos previsiblemente a más largo plazo); a igual estoc de parados, según rotación, entre 'entrantes' y 'salientes' por grupos de edad (es sabido que para los mayores, la incidencia marginal de las desigualdades económicas respecto de las desigualdades en salud dentro de su cohorte es menor que en el grupo de jóvenes); según el acompañamiento de política social que proceda, ya sea pasiva (welfare), o activa -vía mercado de trabajo (workfare). Etc.

La anterior es una observación general para distintos análisis empíricos de política sanitaria que no permiten extrapolación fácil: así cuando algunos utilizan resultados de otros países, por ejemplo en elasticidades precio ante copagos, haciendo caso omiso de la etapa analizada, el país en cuestión, su dispositivo asistencial, sus interdependencias y filtros (copagos en un ámbito y no en otro); el tipo de copagos (un fijo, un porcentaje, con o sin deducible, con o sin techos...), establecido donde no lo había o aumentado donde ya existía, sobre la base de un mayor desembolso o de un menor reembolso, vinculado o no a la renta, etc. ¿Qué sentido tiene en este sentido utilizar elasticidades del proyecto de la RAND para los setenta en EE.UU. a conveniencia (son múltiples y distintos sus resultados según colectivos en tipos de utilización y con distintos grados de efectividad) para aplicarlos para el caso español? ¿Por qué razón extrapolar resultados de un sistema que se aborrece? ¿Cómo justificar en el cómputo de las desigualdades la utilización observada que sea innecesaria y/o financiada privadamente? ¿Qué lógica tiene considerar quintiles de renta para medir la desigualdad en su incidencia sobre la salud desde una perspectiva temporal por parte de aquellos mismos que critican la renta como medida del bienestar, ignorando así el acceso de todas las decilas a mayores y mejores bienes de capital y beneficios en especie públicos y privados, colaterales a la consecución de renta en un momento dado? ¿Qué esfuerzo se observa en el análisis de aquellos estudiosos para neutralizar las diferencias de salud que se derivan del simple cambio demográfico? : Nuestros mayores, aún con una desigualdad socioeconómica más elevada, al acumularse en el tiempo la pérdida de salud,, son 'más iguales' en su

peor salud que los jóvenes; sanos en su estoc inicial, sean las que sean sus diferencias socioeconómicas. ¿Cómo se neutralizan las diferencias en morbi-mortalidad por diferente acceso a tecnologías, tan dispares como socialmente aceptadas (cuidado de prematuros, de terminales), o derivadas de comportamientos que priorizan en el bienestar individual, responsablemente, consumos nocivos (por lo que más allá de un cierto paternalismo en libertad ‘cada uno se suicida como quiere’, con tabaco, exceso de ingesta calórica, etc)? ¿Qué parte de no corrección de aquella morbi mortalidad, más allá de la educación para la salud, es imputable a un sistema sanitario o de protección social que se pueda considerar más efectivo?

En resumen, la concatenación entre crisis económica, desigualdades en renta y en salud no tiene siempre bases empíricas robustas, a menudo ni en las estimaciones econométricas originarias, y en muy pocos casos permite extrapolaciones de resultados fuera de tiempo y lugar. Tampoco en la definición de políticas preventivas que incidan en los efectos mitigables de dicha secuencia. Es por ello que puede resultar campo abonado para pre-juicios políticos en el que muchos analistas de política sanitaria rayan el ridículo ante la comunidad académica al imponer conjeturas y predicciones *ad hoc*.

Del Diagnóstico a la Prognosis

Aún con tan escasa evidencia que sea replicable *urbi et orbe*, dado su carácter más elusivo en la constatación de causalidades que en su más que probable correlación, conviene interrogarnos de cuál es, o puede ser, la respuesta de los dispositivos asistenciales a los problemas que se puedan estar larvando, con la crisis y su permanencia y sean abordables por las políticas para la salud. Ciertamente los efectos asociados a la crisis económica si se producen, pueden visualizarse más en el largo que en el corto plazo, aún sin desconocer que suicidios y depresiones agudas juegan su papel en el corto y con dureza extrema. Indudablemente, sin embargo, a nivel agregado la crisis puede mostrar su peor cara en la aceleración de procesos de cronicidad, no tanto en el momento de paro o de pérdida de renta como en la de consumo, desahorro o pérdida patrimonial; no en el paro en si mismo sino en la pérdida del subsidio, y vista

la duración del desempleo con o sin red familiar, con o sin cargas o responsabilidades frente a terceros u otras contingencias.

Aceptando por tanto que la crisis trastoca el status quo familiar y personal de los ciudadanos, emergiendo problemas de salud o encubriendo nuevos problemas a futuro, la pregunta relevante es la de si los sistemas de protección social están teniendo la orientación y respuestas apropiadas a las nuevas situaciones. Frente a ello, un sistema que algunos analistas valoran por su consolidación más que por su flexibilidad, es a menudo un sistema rígido y anquilosado que se mueve por inercias. Un sistema de protección social fragmentado, en el que importa más quien y en qué se gasta, que para qué y cómo se gasta, no parece ser el adecuado para afrontar la nueva situación.

Acabar con los silos departamentales de nuestra administración obligaría a una mayor coordinación entre las políticas de welfare (convenidas al 'no trabajo') con las de workfare (precisamente condicionando la ayuda al trabajo). La prevención de las situaciones por las que los condicionantes socioeconómicos pueden impactar en la salud se debiera de buscar en la ubicación del nicho que causa el problema: si el paro, en los condicionamientos al recibir las ayudas, o en los propios cursos de formación de parados. ¿Existen módulos acaso de naturaleza sanitaria o de protección de la salud en dicha formación? ¿Se explica al parado, la relevancia de las comparativas (por ejemplo, resultado de acminar sin costes de oportunidad elevados, respecto de otras formas de transporte público, en cuanto a diferenciales de tiempo –no de tiempos totales-, de costes monetarios y de beneficios en salud derivados del simple hecho de andar)? ¿Se expresa la prevención mayormente en los crónicos que en las poblaciones asintomáticas (en la desinversión en su caso de determinados programas)? ¿Responde la oferta asistencial haciendo más de lo mismo o cambiando la composición de lo que se hace (el cuidado paliativo frente al fármaco)? ¿Existe efectivamente con la crisis más atención a la salud mental del parado de larga duración y menos a revisiones de poblaciones sanas? ¿Se educa al parado para que sepa sacar máximo provecho de su renta, a través de consumos más austeros, más ricos en nutrientes e igualmente complacientes (por ejemplo, en el valor nutritivo de algunos desechos por hábito no consumidos -la piel de

una patata limpia, ingredientes de temporada, la fruta en caducidad- y de aprovechamientos alimenticios conocidos de etapas más frugales)?

Nada apunta a que ello sea objeto de preocupación de nuestras políticas, más centradas en la defensa del estado de cosas que en su evaluación o en la experimentación de nuevas estrategias. Los argumentos asociados a la amenaza de la crisis sobre la salud se utilizan a menudo como manifestación de escape de la consolidación fiscal. Austeridad sí, pero para otros menos capaces de hacer emerger sus peligros. ‘Luchemos por nuestros derechos’ rezan hoy muchas pancartas de reivindicación de nuestros centros sanitarios. ‘Nuestros’, de quienes? ¿Luchar por derechos impermeabiliza acaso de la necesidad de responder por los deberes incumplidos?. Con muchos de los anteriores argumentos, se están confundiendo una vez más los intereses de los trabajadores del estado de bienestar con el bienestar de los trabajadores del estado. Vicente Ortún dixit.

Todo ello sitúa el análisis en un enfoque mucho más abierto al hoy vigente en la materia. Algunas valoraciones alternativas se apuntan a modo de recomendaciones en este último apartado

Abriendo el enfoque del análisis de las desigualdades en salud

Como señalábamos, el análisis de las desigualdades en salud requiere un enfoque más abierto desde la Economía de la Salud capaz de integrar diferentes perspectivas, más allá de las tradicionales de la epidemiología sociológica. Algunos de sus componentes se apuntan a continuación.

1.- El problema de las tendencias de la mortalidad y la esperanza de vida entre diferentes estratos socioeconómicos no se debe tanto al grado de mejora de quienes se encuentran en gradientes superiores sino a la baja tasa de mejora que experimentan los que parten de una situación peor en términos de salud y esperanza de vida.

2.- La existencia y alcance de la protección social condicionan la salud, y la equidad en salud, ya que, según sea su diseño, podrá ser o no el instrumento más efectivo para

estabilizar los niveles de renta, al mismo tiempo que podrá contribuir a mejorar la tasa de ocupación laboral. La generación de la renta importa. La distribución es siempre previa a su redistribución.

3.- En los países con menores niveles de pobreza la mortalidad también es menor y además esta relación se intensifica cuanto menor sea el umbral de pobreza. Estas relaciones son curvilíneas, lo que significa que las mejoras en salud por euro gastado en programas de políticas públicas sociales son generalmente mayores para los niveles inferiores. Lo anterior sugiere que incluso los incrementos moderados tendrían importancia en los países pobres. En cierto modo también se detectan impactos diferenciados en las respuestas a los programas cuando se invierte en grupos con diferente nivel educativo, siendo los de menor nivel quienes mejoran más su salud, lo cual demuestra el claro potencial de aplicar a aquéllos dichos programas de reducción de desigualdades.

4.-Mientras que las desigualdades de renta pueden o no ser un determinante social de la salud, al nivel que lo es la pobreza, los mayores diferenciales de renta están en todo caso directamente relacionados con tasas de pobreza relativa más elevadas. La relación entre renta y salud es complicada y desde luego no es una cuestión de “más es mejor”. Normalmente el modelo de interrelación se formula a nivel individual. Sin embargo, los individuos viven en familias que residen en barrios que, a su vez, se sitúan en regiones dentro de países. Es decir, que los contextos sociales, económicos y físicos son sin duda muy importantes. De hecho, las políticas públicas que nos interesan aquí forman parte del contexto institucional, que varía entre países.

5.- En particular, los individuos con un bajo nivel educativo se benefician más de las transferencias sociales que aquellos con educación secundaria o terciaria. Tanto en términos absolutos como relativos las desigualdades en salud decrecen a medida que aumenta el gasto social. Sin embargo, la generosidad del gasto social en los Países Desarrollados (PD) y en los Países en Vías de Desarrollo (PvD) debe mantener la pauta

de su sostenibilidad financiera (también en los PD ante la crisis actual) así como los incentivos al crecimiento económico, al mismo tiempo que se eviten las trampas de la pobreza (para los Pvd).

6.- La generación de riqueza puede contribuir, por sí misma y de una forma importante, a la reducción de la pobreza y reducir así las desigualdades en salud resultante de motivos económicos (DSME). Pero la pérdida de progresividad fiscal que experimentan la mayoría de sistemas impositivos (en principio en favor de la creación de puestos de trabajo), obliga a ser cautelosos a la hora de financiar aquellos programas sociales que carecen de un buen diseño y que, por ende, pueden estar dejando de lado a los más pobres por su menor capacidad de respuesta a las acciones contenidas en dichos programas. Con la crisis, tanto en los Pvd como en los PD, los ciudadanos pueden percibir en las medidas activas para la creación de empleo el mejor programa de bienestar posible y así conducir a la reducción de las DSME. Lo que marca comúnmente la efectividad de las DSME es la adecuada integración de la protección social y las políticas del mercado laboral.

7.- Reconocido lo anterior, deberíamos remarcar que invertir en salud significa algo más que un mayor gasto público sanitario; sobre todo por la necesidad de orientar recursos hacia programas específicos anti tabáquicos y de prevención del consumo de alcohol, entre otros. Para los PD, dentro de los programas de carácter universal, se debe exigir que el gasto en servicios de salud sea coste-efectivo. Si ello no está garantizado y si se quieren mantener programas universales, los sistemas impositivos no deberían perder la progresividad fiscal ya que ello erosiona algunas de sus ventajas (esto es, la consecución de la redistribución más por el lado del gasto que de los ingresos).

8.- Los resultados respaldan la idea de que elevados niveles de pobreza están relacionados con una mayor mortalidad, lo que resulta un hecho fundamental para priorizar la lucha contra la pobreza. Sabiendo que la pobreza está fuertemente relacionada con la educación, para que la igualdad de oportunidades sea efectiva en el

caso de los Pvd, y para garantizar la prima salarial de la educación en los PD, la formación resulta crucial. La crisis económica y financiera en los PD, para los jóvenes sin empleo o los que están en período de prácticas, volver a estudiar o mejorar su formación profesional ofrece una nueva oportunidad.

9.- Por lo demás, los programas deberían garantizar, especialmente en los Pvd, una estrategia de “mujeres y niños primero” a la hora de otorgar cobertura de rentas mínimas que posibiliten una vida saludable, dadas las externalidades positivas que dicha prioridad alcanza para la comunidad, así como una mejor inversión en capital humano a largo plazo para las familias. Del mismo modo, ante la falta de un equilibrio adecuado entre las oportunidades laborales y la estabilidad de ingresos que pueda suponer una amenaza para la salud en los grupos más vulnerables, en los Pvd resulta altamente necesario que la creación de ocupación se concrete en puestos de trabajo que sean flexibles y seguros.

10.- Entre diferentes países y a lo largo de los años, las desigualdades en salud (DS) han sido el resultado de un conjunto de factores interrelacionados con múltiples causas. La renta parece pivotar en todas aquellas interacciones que afectan las DS. Sin embargo, el peso de los distintos factores sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud (DSDS) puede diferir en cada momento y puede no estar exclusivamente contribuyendo a las DSME. Puede que no se trate solamente de equilibrar el peso de todos aquellos factores, sino de sacrificar unos por otros. Por ejemplo sería apropiado reducir los impuestos sobre las nóminas e incrementar los impuestos regresivos sobre el consumo si los impuestos sobre la propiedad, sucesiones y donaciones consiguieran, a cambio, una progresividad que favoreciese la ocupación y redujese las desigualdades intergeneracionales.

11.- No hay necesidad de compensación alguna entre economía y salud cuando el crecimiento económico y las DSME pueden mejorar simultáneamente. En la actualidad, la flexiseguridad es una muestra de política del mercado laboral bien diseñada:

promueve una integraci3n adecuada, de migraci3n suave entre situaciones cambiantes a lo largo de la vida; reduce las distorsiones de eficiencia causadas por deducciones fiscales regresivas y as3 permite incluso mejorar las finanzas p3blicas; fomenta que los m3s j3venes retomen sus estudios, incrementa la formaci3n de hogares, y reduce la brecha entre trabajos de jornada completa y a tiempo parcial (que actualmente explica parte de las desigualdades salariales observadas) en la participaci3n de la mujer en el mercado laboral. Tambi3n resulta importante compensar de forma m3s precisa los riesgos macroecon3micos entre pa3ses y dentro de ellos mediante el comercio y la inversi3n extranjera, la regulaci3n macroprudencial, los programas de desempleo y equilibrando mejor los problemas intergeneracionales. Todo ello aminora los sacrificios posibles entre eficiencia y desigualdad y cerrando la brecha relativa a DSME entre pa3ses y dentro de ellos.

12.- Para conseguir los prop3sitos anteriores la evaluaci3n resulta crucial para mejorar la disposici3n pol3tica a favor de acciones sobre los determinantes sociales y de entornos favorecedores de los cuidados de la salud; evaluaci3n que ilustre tanto la carga de la inacci3n sobre los DSES como de los beneficios relativos de diferentes acciones de mejora. Esto es m3s plausible en los PvD donde los programas de salud p3blica tienen m3ltiples efectos externos en la salud de los individuos, la protecci3n de la renta, el crecimiento econ3mico y el bienestar comunitario. El an3lisis coste beneficio puede poner en evidencia la bondad de dichas intervenciones.

13.- La poblaci3n de m3s edad necesita pensiones adecuadas y acciones espec3ficas para sus grupos m3s vulnerables, especialmente en los PD, donde la mayor3a de problemas de salud muestran elevadas diferencias socioecon3micas.

14.- A la hora de tratar las desigualdades en salud, para un gobierno con capacidad limitada para incrementar los ingresos y/o que muestra falta de voluntad pol3tica para sacrificar otros programas que no sean de bienestar, parece m3s razonable que inicie su estrategia con programas de corte universal y obligatorio (sin que se favorezcan

alternativas al margen del mismo) dirigidos al conjunto de la población, incluso utilizando primero la prueba de medios y luego los copagos, en lugar de dualizar las intervenciones que se concentren en los más pobres para extender con el tiempo los servicios de forma incremental. Esta última opción puede acabar estigmatizando el programa en su conjunto.

15.- No existe una relación simple, uno-a-uno, entre tipología de estado del bienestar y nivel de desigualdad. Aún así, la evidencia vincula menores tasas de pobreza y políticas de bienestar más generosas a una salud mejor. En general, un sistema universal obligatorio (con requerimiento de prueba de necesidades para reequilibrar la utilización de los servicios, proporcional si no puede ser progresivo, bajo prueba de medios si se necesita financiación adicional...) es mejor que ‘no hacer nada’ y/o ‘dejar las clases de renta media y alta al sector privado’ para focalizar de forma exclusiva a los pobres con una atención de servicios precarios. De forma parecida, el aseguramiento, incluso el privado si no existe el público, es mejor que desembolsos directos si lo que se pretende es evitar el peor resultado (la insolvencia financiera de la población debido a problemas de salud). Para los PvD los seguros privados funcionan mejor a la hora de reducir las DS a través de primas comunitarias y libre adhesión, acompañados de algún gasto fiscal para aquellos con menor capacidad para asegurarse. En cualquier caso, en todos estos escenarios el gobierno es el responsable de reducir las DS y debe guiar todo mecanismo de transmisión que se adopte para abordar los DSES.

16.- Para aquellos PvD que se encuentran en dificultades financieras, construir capital social es una política especialmente efectiva y barata, que puede conseguirse estableciendo lazos y puentes a través de la participación, la información, la eliminación de los elementos de tensión y el fomento de la acción colectiva, entre otros. Esto puede ser especialmente relevante para la Salud Mental también en los PvD, donde aparece como una prioridad explícita. Si no se hace frente a las DSME de esta forma, podrían aparecer problemas políticos – y no sólo desafíos económicos – que alimentasen sentimientos populistas y proteccionistas que vayan en detrimento del bienestar.

17.- Las compensaciones o dilemas no tienen por qué aparecer cuando las acciones llevadas a cabo en el marco de programas universales proporcionados benefician a la mayoría de la población más necesitada. No obstante, a veces estos programas, especialmente en los PD, dejan de lado a los más pobres dada su baja capacidad de respuesta a las acciones universales debida a la falta de información y educación. Para combatir esto resulta fundamental abordar la reducción de DS a través de los factores que interfieren en aquellos mecanismos de transmisión (conocimiento, costes de acceso). Dado que los más pobres tienen mayor capacidad potencial para beneficiarse, el éxito en lo anterior podría garantizar una mejora de la salud efectiva al mismo tiempo que se podrían reducir las DS.

En definitiva, “mientras no se alcance el mando de los recursos monetarios, de propiedades, de conocimiento, psicológicos y de energía física, relaciones sociales, seguridad y todo aquello gracias a lo que el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida ‘a la Sen’ ”¹ debemos: (i) *Hacer mejor* (en PD); (ii) *hacer un poco más y un poco mejor* (en PVD); (iii) *hacer algo* (en PP, Países más pobres). Es en este caso, entre los países con los sistemas de peor protección social –no exclusivamente de menor gasto sanitario-, donde se puede ganar más fácilmente la batalla en reducir las desigualdades en salud².

¹ Johansson 1971 Johansson, S. (1971). *Om Levnadsnivåundersökningen*. (On the Level of Living Survey). Stockholm: Allmänna förlaget, p. 25

²- Olle Lundberg, Espen Dahl, Johan Fritzell, Joakim Palme and Ola Sjöberg. Social Protection Policies, Income and Health Inequalities. Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO Euro Region (2012)

Nota: La reflexión se hace desde el conocimiento de la literatura y de la evidencia proveniente de mi participación durante dos años como *senior advisor* en la Comisión de la OMS sobre Desigualdades en Salud (conocida también como Comisión Marmott). No se hace en este trabajo referencia bibliográfica alguna, habida cuenta de que la opinión resulta de múltiples lecturas, debates y análisis de estudios empíricos que no creo puedan recogerse en una selección que haga justicia al aprendizaje experimentado y sea fiel reflejo para el lector de las bases de dicha enseñanza. En cualquier caso existen trabajos publicados más exhaustivos que pueden alimentar el debate como en el caso de los recogidos en Gaceta Sanitaria, n 2 vol 26 Marzo-Abril del 2012. Sin financiación ni conflicto de interés alguno.



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



www.upf.edu/cres