

6. McKeown T. The modern rise of population. New York, NY: Academic Press; 1976.
7. Ruhm CJ. Are recessions good for your health? Quarterly Journal of Economics. 2000;115(2):617-650.
8. Gerdtam UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. Economics and Human Biology. 2006;4(3):298-316.
9. Tapia Granados JA. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. International Journal of Epidemiology. 2005;34(6):1194-1202.
10. Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. Demography. 2007;44(4):829-848.
11. McKinlay JB, McKinlay SM, Beaglehole R. Trends in death and disease and the contribution of medical measures. En: Freeman HE, Levine S, editors. Handbook of Medical Sociology. 2a ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1989. p. 14-45.
12. Ogburn WF, Thomas DS. The influence of the business cycle on certain social conditions. Journal of the American Statistical Association. 1922;18(139):324-340.
13. Tapia Granados JA, Ionides EL. The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries. Journal of Health Economics. 2008;27(3):544-563.
14. Galobardes B, Lynch JW, Smith GD. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established?: Update of a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health. 2008;62(5):387-390.
15. Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. International Journal of Epidemiology. 2005;34(6):1291-1301.
16. Rolden HJ, van Bodegom D, van den Hout WB, Westendorp RG. Old age mortality and macroeconomic cycles. Journal of Epidemiology and Community Health. 2014;68:44-50.
17. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. American Journal of Public Health. 2002;92(5):725-729.
18. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE. Economic crises and mortality: a review of the literature. International Journal of Clinical Practice. 2009;63(8):1128-1135.
19. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Dilélio AS, Saes MO, Miranda VIA, Volz PM, Osório A, Fassa AG. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30(1):161-174.
20. Kim H, Chung WJ, Song YJ, Kang DR, Yi JJ, Nam CM. Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81(8):567-572.
21. Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. 2a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

FORMA DE CITAR

Facchini LA, Nunes BP. Las complejas relaciones entre crisis económica y salud: la mortalidad general disminuye pero el problema no está resuelto. Salud Colectiva. 2014;10(1):98-101.

¿La Gran Recesión como causa de mejoras de la salud? Respuesta a mis críticos

The Great Recession, a cause of health improvement? A reply to my critics

Tapia Granados, José A.¹

¹Médico, Doctor en Economía. Profesor Asociado, Departamento de Historia y Ciencias Políticas, Drexel University, Filadelfia, EE.UU. jat368@drexel.edu

Respuesta a la discusión sobre: Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? Salud Colectiva. 2014;10(1):81-91.

Mi afirmación (1) de que la crisis ha tenido paradójicamente un efecto beneficioso para la salud en Europa ha provocado respuestas que van desde la matización y la puntualización (2,3) hasta el rechazo más o menos rotundo de quienes sugieren que soy un irresponsable por decir tal cosa (4), o señalan que “es equivocada la generalización de un efecto positivo de la crisis” (2). En esta nota contestaré las críticas concretas.

La Parra y Álvarez-Dardet (3) critican que en mi trabajo la posible asociación entre crisis económica y salud “no se analiza mediante ninguna técnica de análisis multivariable o bivariable”, a pesar de lo cual afirmo que hay una “correlación positiva entre la variación del desempleo y el aumento de la esperanza de vida al nacer”. Esta crítica es sorprendente, dado que mi trabajo

(1 p.89) da las correlaciones entre el aumento del desempleo y el aumento de la esperanza de vida al nacer (EVN) en 19 países europeos en los períodos 2007-2010, 2004-2007 y en ambos períodos considerados simultáneamente. Dado que todas esas correlaciones son positivas y significativas y, que la correlación de Pearson es una técnica para analizar estadísticamente la relación entre dos variables, lo que hice fue ofrecer los resultados de un “análisis bivariable” que muestra que hay mayor incremento de la EVN cuando es mayor el aumento del desempleo.

La Parra y Álvarez-Dardet (3) ven también como defecto relevante de mi análisis que para hablar de la situación de Europa en general empleo datos para 19 países, “cuando la Unión Europea (UE) por sí sola contiene 27 países”. Esto es porque mi análisis se limitó a los países para los que la base de datos HFA contiene información para los años 2004, 2007 y 2010 que tomé como referencia para el análisis. Para demostrar que esta crítica no afecta a mis conclusiones he calculado las correlaciones entre el cambio *anual* (no trianual) de la tasa de desempleo y el cambio anual de varios indicadores de salud en 27 países europeos en años recientes. La muestra incluye Noruega, Suiza y todos los países de la UE exceptuando los de menos de un millón de habitantes. Las correlaciones (Cuadro 1), estadísticamente significativas en casi todos los casos, muestran que un aumento del desempleo se asocia a un aumento de la EVN –más intensamente en la población de varones–, a una disminución de

la mortalidad general, por cardiopatía isquémica y por lesiones relacionadas con el transporte, y a un incremento del suicidio. Como la variación de la tasa de desempleo se correlaciona negativamente con el crecimiento económico, medido como incremento porcentual del producto interno bruto, esas correlaciones muestran que el mayor crecimiento económico se correlaciona con una menor reducción de la mortalidad, como se ha hallado en otros estudios (6,7).

Facchini y Nunes (2) especulan sobre posibles efectos negativos de las crisis económicas sobre la mortalidad en zonas o países más pobres o en sectores de la población desfavorecidos o marginadas. Algo así se ha hallado en México, donde las recesiones económicas de décadas recientes se asociaron, en el conjunto del país y en los estados más industrializados, a reducciones de la mortalidad, pero se correlacionaron con aumentos de la mortalidad en estados muy atrasados (8,9). Sin embargo, en China y en la India, en las décadas autárquicas y de estancamiento económico de 1960 y 1970, la mortalidad general disminuyó de forma significativa mientras que, a partir de 1980, hubo un crecimiento económico acelerado a la vez que la mortalidad disminuyó poco o se estancó (10). En Centroamérica, la mortalidad a edades infantiles declinó de forma sostenida entre 1980 y 1995, a pesar del estancamiento económico, en contraste con las dos décadas anteriores, en las que la economía creció a tasas elevadas y la mortalidad disminuyó poco (11). En Argentina, la

Cuadro 1. Correlación (coeficiente de Pearson) de la variación anual de la tasa nacional de desempleo con la variación anual de varios indicadores de salud en 27 países europeos en tres períodos de años recientes.

Indicador de salud	Muestra		
	2007-2010	2004-2010	2001-2010
Esperanza de vida al nacer (EVN)	0,36**	0,37***	0,24***
EVN varones	0,38***	0,41***	0,30***
EVN mujeres	0,23†	0,21*	0,10
<i>Tasas de mortalidad estandarizada por edades</i>			
Todas las causas	-0,33**	-0,31***	-0,15*
Cardiopatía isquémica	-0,24*	-0,11	-0,05
Lesiones traumáticas relacionadas con el transporte	-0,45***	-0,52***	-0,43***
Suicidio	-0,01	0,25**	0,24**
No. de observaciones	75 o 76	148 a 151	226 a 229

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Health for All Database (HFA-DB) de la Organización Mundial de la Salud (5).

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; † $p < 0,1$.

mortalidad provincial empeoró durante los años de crecimiento económico intenso de la década de 1990 (12). No parece pues que en países de América Latina y Asia las recesiones se asocien con deterioro de la mortalidad, es más bien lo contrario lo que se observa.

Pero ¿en quiénes repercuten más estos efectos macroeconómicos sobre la mortalidad? En EE.UU. durante la Gran Depresión de 1929-1933 quienes más se beneficiaron de la caída de la mortalidad fueron los varones de raza no blanca, el estrato de población con mortalidad más alta (6,13). En Finlandia, entre 1990 y 1994 la tasa de desocupación pasó del 5% al 18%, la mortalidad disminuyó más rápidamente que en los años previos de *boom*, y fue el grupo con mayores tasas de mortalidad –los varones de ocupación manual– el que más se benefició de esa disminución de la mortalidad (14,15). En los japoneses varones, durante el estancamiento económico de los años noventa se observó un notable empeoramiento de la salud, con un aumento sustancial de los suicidios, entre gerentes y profesionales, pero no en personal de ventas y trabajadores manuales (16). Parecería pues que las recesiones tienden a cerrar la brecha de mortalidad entre grupos sociales (17). Un estudio que quizá no apoya esa hipótesis es un análisis de defunciones en décadas recientes en EE.UU., en el que se halló que el aumento de la mortalidad en las expansiones y su disminución en las recesiones afecta sobre todo a personas de raza negra y a varones de edad laboral y nivel educativo medio mientras que, en los sectores de nivel educativo muy bajo, la mortalidad parece aumentar en las recesiones (18).

Borrell *et al.* (4) afirman que la situación que se vive en España desde el inicio de la crisis ha generado en la población sufrimientos de diverso tipo y que los datos demuestran “el deterioro de los determinantes sociales de la salud”. Concluyen así que es difícil pensar que todo ello no perjudique la salud de la población (4). Facchini y Nunes razonan de forma parecida diciendo que no encontrar un efecto negativo de las crisis en la mortalidad general no quiere decir que ese efecto no exista. Abogan así por dudosas “encuestas poblacionales de gran alcance y capacidad de detalle, que recolecten datos rápidamente y produzcan resultados con igual velocidad”. Pero, puestos a gastar recursos, ¿no sería mejor gastarlos en

subsídios de desempleo o servicios de prevención del suicidio? Porque si el supuesto efecto nocivo de las crisis no se observa en las tasas de mortalidad de países con buenas estadísticas ¿a partir de qué datos puede sospecharse que exista? De la misma manera podrían sospecharse efectos cancerígenos del café, o efectos esquizofrenógenos de mirar a la luna. ¿O es que gracias a nuestra omnisciencia podemos sospechar que algo existe aunque no se observe en ningún sitio? Por supuesto que no cuestiono ni que la población sufra durante las crisis, ni que el desempleo *en quienes lo sufren* tenga efectos perjudiciales sobre la salud física y mental, ni que los determinantes de la salud que mencionan Borrell *et al.* se hayan deteriorado. Pero si las tasas de mortalidad en 2007-2010 disminuyeron más que en los tres años de expansión económica previa, sobre todo en los países donde la crisis fue más severa, debe ser entonces que hay otros determinantes de la mortalidad (¿ritmos de trabajo, consumo de sustancias nocivas, contaminación atmosférica, apoyo y solidaridad social, quizá alguna otra cosa que desconocemos?) que han mejorado durante la crisis (y que Borrell *et al.* están ignorando). Razonar que, como la economía va mal y mucha gente está en aprietos, la salud ha tenido que deteriorarse, aunque los datos muestren que ha mejorado, revela una actitud antiempírica similar a la de quienes criticaban a Ignaz Semmelweis cuando señalaba que las parturientas atendidas por médicos morían mucho más a menudo por fiebre puerperal que las atendidas por parteras o comadronas (19,20). ¡No puede ser!, decían los indignados doctores. Y cómo va a ser verdad que durante los años de escasez y sufrimiento por la ocupación alemana durante la Segunda Guerra Mundial, diversos indicadores de salud mejoraran sustancialmente en Dinamarca y Noruega (21); o que las tasas de mortalidad general disminuyeran durante la Gran Depresión en EE.UU. (22,23); o que lo mismo ocurriera en Cuba durante el llamado período especial, cuando la ayuda soviética desapareció y la población sufrió una importante escasez alimentaria asociada a aumentos de la actividad física forzados por la falta de transporte (24). Esos son fenómenos inesperados, contraintuitivos. La ciencia busca regularidades en los fenómenos observables y en base a esas regularidades elabora teorías, que a menudo son equivocadas, o válidas solo en circunstancias

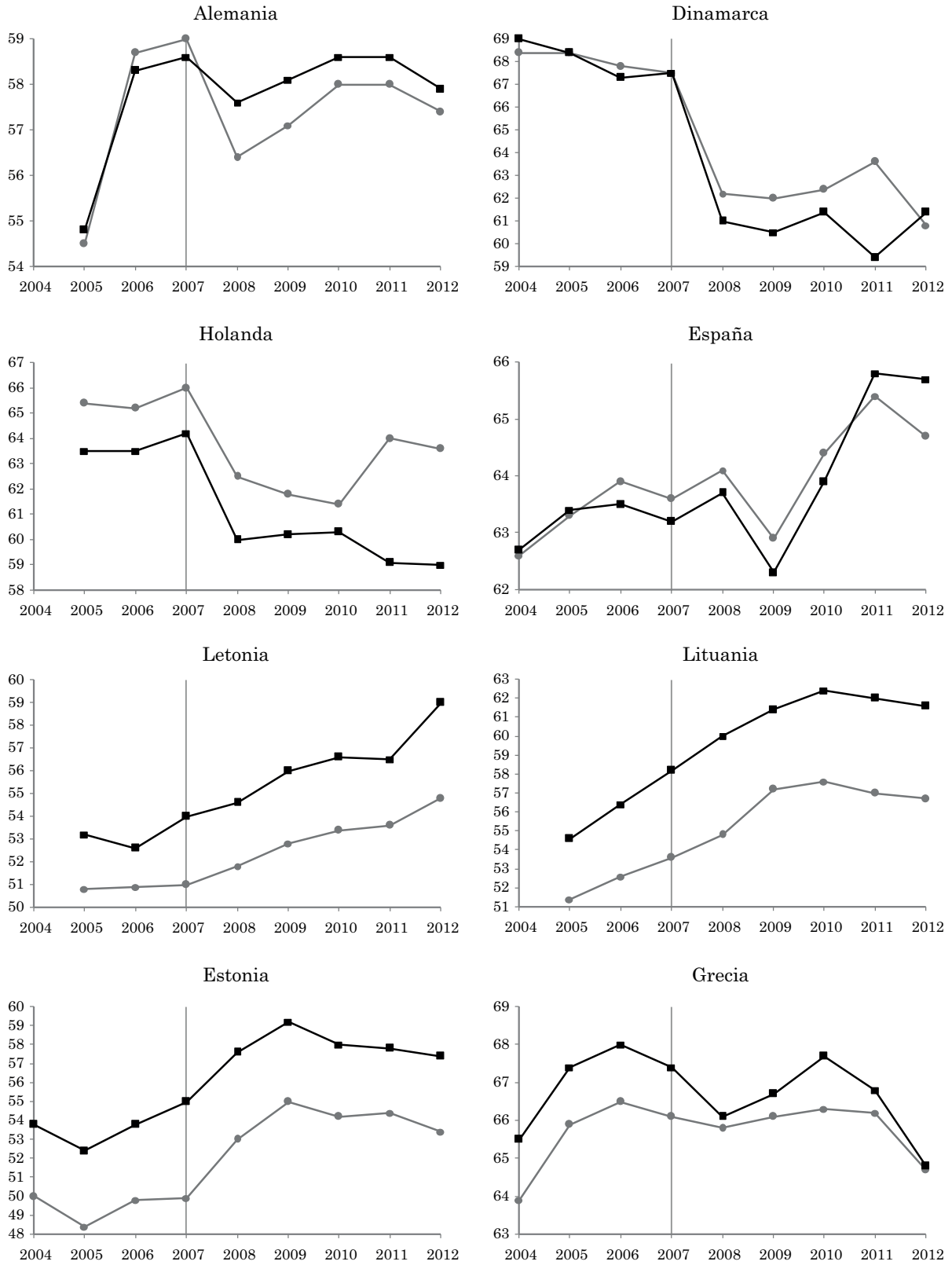


Figura 1. Años de esperanza de vida saludable al nacer para varones (círculos, en gris) y para mujeres (recuadros, en negro) en doce países de la Unión Europea.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de European Commission (32).
 Nota: La línea vertical en 2007 marca el comienzo de la Gran Recesión.

particulares. La ciencia progresa cuando las predicciones de una determinada teoría son negadas por los datos empíricos y ello fuerza a modificar la teoría previa o a desecharla poniendo en su lugar una teoría nueva. La idea de que las crisis económicas se asocian a aumentos de la mortalidad es una idea malthusiana (25), propia de economías agrícolas como, por ejemplo, la Suecia del siglo XIX, donde las crisis económicas eran fundamentalmente años de mala cosecha agrícola que originaba escasez de alimentos, epidemias y picos de mortalidad (26). Pero los datos indican que, en general, eso ya no ocurre en las economías actuales, ni tan siquiera en países como la India. La catástrofe demográfico-sanitaria de Europa del Este en la década de 1990 es un caso completamente distinto.

Borrell *et al.* (4) dicen que la salud es “mucho más que la mortalidad” y la definen como “aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa”. No dudo que la salud sea “mucho más que la mortalidad” y celebro su poética definición de salud, pero la actividad científica se impone las prosaicas tareas de pesar, contar y medir y, lamentablemente, es difícil medir en qué grado la vida es “solidaria y gozosa”. Por ello los indicadores basados en tasas de mortalidad, particularmente la EVN, son los que desde hace mucho se consideran apropiados para comparaciones intertemporales, intergrupales o internacionales de niveles de salud (27-29).

Si se considera la mortalidad como indicador clave para medir la salud de la población, resulta evidente que la crisis en Europa se está asociando a mejoras importantes de la salud. Cada vez son más los estudios que lo muestran (30,31). Los indicadores sintéticos de salud que combinan mortalidad y morbilidad a mi juicio tienen serias limitaciones y son cuestionables, pero ya que Borrell y sus colaboradores afirman que la salud es “mucho más que la mortalidad” y me acusan de ignorar datos recientes (limité los análisis al período hasta 2010, en el que se dispone de datos de la OMS), traeré a consideración datos de años de esperanza de vida saludable (AEVS) para los años 2004-2012, obtenidos en marzo de 2014 de fuentes de la Comisión Europea (Figura 1). En España y los países bálticos, duramente golpeados por la crisis económica, los AEVS han aumentado significativamente desde los años precrisis. Grecia, que según algunos estaría hundiéndose en una catástrofe sanitaria, muestra una evolución de este indicador casi idéntica a la

de los años precrisis, mientras que, en Alemania, Dinamarca y Holanda, países a menudo ensalzados por haber sido capaces de “seguir creciendo”, los AEVS han disminuido considerablemente desde 2007 o se han estancado.

La Parra y Álvarez-Dardet (3) concluyen su comentario abogando por la prudencia predictiva. Yendo probablemente en la misma dirección, pero usando términos más fuertes, Borrell *et al.* (4) afirman que “es una irresponsabilidad proclamar que la crisis no tiene efectos sobre la salud o que la mejora”. Así pues, me acusan de irresponsable. Diría que la verdadera irresponsabilidad es la de quienes ignoran o niegan lo que muestran los datos y desconocen la investigación que muestra que en nuestra economía capitalista los períodos de recesión son más favorables que los períodos de expansión para el avance de la salud. Reconocer ese fenómeno permite por ejemplo pronosticar, de forma también *irresponsable* y carente de prudencia predictiva (la ciencia “dura” arriesga predicciones, la ciencia “blanda” se conforma con vaguedades), que la salud de los países europeos tenderá a empeorar cuando se produzca la ansiada recuperación económica. Y si la recuperación es intensa, el deterioro de la salud puede serlo también, como lo fue en Lituania en el *boom* previo a la crisis, cuando el desempleo bajó 7,1 puntos porcentuales y se perdió un año de EVN (1 p.85). En España, en los ocho últimos quinquenios del siglo XX la mortalidad infantil y la mortalidad de adultos disminuyeron tanto más rápido cuanto menor fue el crecimiento económico (33); y la mortalidad de las provincias en el período 1980-1997 disminuyó más en los años en los que mayor era el desempleo (34). Como he explicado otras veces (6,7,13,23,35-37) patrones similares se han observado en otros muchos países. ¿Es acaso irresponsable concluir que en el futuro seguirá ocurriendo aproximadamente lo mismo? ¿No será irresponsable ignorar que eso es lo más probable?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? Salud Colectiva. 2014;10(1):81-91.
2. Facchini LA, Nunes BP. Las complejas relaciones entre crisis económica y salud: La mortalidad general disminuye pero el problema no está resuelto. Salud Colectiva. 2014;10(1):98-101.

3. La Parra D, Alvarez-Dardet C. Relación entre crisis económica y salud: ¿lo relevante son las políticas de austeridad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):92-94.
4. Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Malmusi D, Novoa A. El sufrimiento de la población en la crisis económica del estado español. *Salud Colectiva*. 2014;10(1):95-98.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) [Internet] 2013 [citado 10 mar 2014]. Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
6. Tapia Granados JA. Economic growth and health progress in England and Wales: 160 years of a changing relation. *Social Science & Medicine*. 2012;74(5):688-695.
7. Tapia Granados JA. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(6):1194-1202.
8. Gonzalez F, Quast T. Macroeconomic changes and mortality in Mexico. *Empirical Economics*. 2010;40(2):305-319.
9. Gonzalez F, Quast T. Mortality and business cycles by level of development: Evidence from Mexico. *Social Science & Medicine*. 2010;71(12):2066-2073.
10. Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*. 2006;20(3):97-120.
11. McMichael AJ, Powles JW. Human numbers, environment, sustainability, and health. *BMJ*. 1999;319(7215):977-980.
12. Abdala F, Geldstein RN, Mychaszula SM. Economic restructuring and mortality changes in Argentina - Is there any connection? En: Cornia GA, Panicià R, editors. *The mortality crisis in transitional economies*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 328-350.
13. Tapia Granados JA, Diez Roux AV. Life and death during the great depression. *PNAS*. 2009;106(41). DOI: 10.1073/pnas.0904491106.
14. Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Makela P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health*. 2000;10(4):274-280.
15. Tapia Granados JA. Case study A2: Do health inequalities increase when employment grows? En: Benach J, Muntaner C, Santana V, editors. *Employment conditions and health inequalities - Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) prepared by the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Geneva: World Health Organization; 2007.
16. Wada K, Kondo N, Gilmour S, Ichida Y, Fujino Y, Satoh T, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: Retrospective cohort study. *BMJ*. 2012;344:e1191.
17. Tapia Granados JA. Crecimiento económico e inequidades en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014;30(4):657-664.
18. Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Social Science & Medicine*. 2008;67(12):2051-2058.
19. Buck C, Llopis E, Nájera E, Terris M. Discusión. En: Buck C, Llopis E, Nájera E, Terris M, editores. *El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionados*. Washington DC: OPS/OMS; 1988, p.3-17.
20. Semmelweis I. Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal. En: Buck C, Llopis E, Nájera E, Terris M, editores. *El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionados*. Washington DC: OPS/OMS; 1988. p. 47-62.
21. Malmros H. The relation of nutrition to health; a statistical study of the effect of the war-time on arteriosclerosis, cardiosclerosis, tuberculosis and diabetes. *Acta Medica Scandinavica*. 1950;138(Suppl 246):137-153.
22. Sydenstricker E. Health and the depression. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1934;11(4):273-280.
23. Tapia Granados JA. On the cost of catastrophes: Are recessions as bad as wars, famines and pogroms? *Capitalism Nature Socialism*. 2013;24(2):102-115.
24. Franco M, Ordúñez P, Caballero B, Tapia Granados JA, Lazo M, Bernal JL, et al. Impact of energy intake, physical activity, and population-wide weight loss on cardiovascular disease and diabetes mortality in Cuba, 1980 2005. *American Journal of Epidemiology*. 2007;166(12):1374-1380.
25. Malthus TR. *An essay on the principle of population*. Harmondsworth: Penguin; 1970.
26. Tapia Granados JA, Ionides EL. The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries. *Journal of Health Economics*. 2008;27(3):544-563.
27. Katkova IP, Ermakov VV, Gomélskaya GL. Salud de la población y métodos de su estudio. En: Serenko AF, Ermakov VV, editors. *Higiene social y organización de la salud pública*. Moscú: Mir; 1984. p. 193-268.
28. Cairns J. *A history of mortality*. En: *Matters of life and death: Perspectives on public health, molecular biology, cancer, and the prospects for the human race*. Princeton: Princeton University Press; 1997.
29. Sen A. Mortality as an indicator of economic success and failure. *Economic Journal*. 1998;108(448):1-25.
30. Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2013. DOI:10.1136/jech-2013-202944.
31. De la Fuente VS, López MAC, González IF, Alcántara OJG, Ritzel DO. The impact of the economic crisis on occupational injuries. *Journal of Safety Research*. 2014;48:77-85. DOI: 10.1016/j.jsr.2013.12.007.

32. European Commission. Healthy Life Years (HLY) [Internet]. 2014 [citado 10 mar 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm#fragment2.
33. Tapia Granados JA. Salud, economía y libertad: Cuarenta años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España. *Medicina Clínica*. 2007;128(12):463-467.
34. Tapia Granados JA. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population*. 2005;21(4):393-422.
35. López Arnal S. Vida, muerte, economía y libertad: una entrevista con José A. Tapia Granados [Internet]. 6 jun 2007 [citado 6 mar 2014]. Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=51878>.
36. Tapia Granados JA. La mejora de la salud durante las crisis económicas: Un fenómeno contraintuitivo. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*. 2011;(113):121-139.
37. Tapia Granados JA. Vicente Navarro, la salud y la crisis [Internet]. 21 sep 2013 [citado 6 mar 2014]. Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=174251>.

FORMA DE CITAR

Tapia Granados JA. ¿La Gran Recesión como causa de mejoras de la salud? Respuesta a mis críticos. *Salud Colectiva*. 2014;10(1):101-107.