

# **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: LOS HECHOS IRREFUTABLES\***

**Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot**

## **Política de Salud para Todos (*Health for All*) en Europa: Objetivo 14 – ENTORNOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

En el año 2000, todos los entornos para la vida y las actividades sociales, como las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo, los vecindarios y los hogares, deben proporcionar más oportunidades para promover la salud.

### **Resumen**

Las políticas y las acciones para la salud deben estar diseñadas para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las causas de la mala salud antes de que puedan ocasionar problemas. Se trata de una tarea desafiante tanto para quienes toman decisiones como para los principales actores y defensores de la salud pública. La evidencia científica sobre los determinantes sociales es fuerte, pero es sometida a debate principalmente por los investigadores. Este folleto es parte de una campaña de la Oficina Regional Europea de la OMS para presentar las pruebas sobre los determinantes sociales de manera clara y comprensible. En esta publicación también se identifican las implicaciones generales para la formulación de políticas en diez áreas seleccionadas. La campaña está concebida para aumentar la conciencia, estimular el debate y promover la acción.

### **Palabras clave**

SALUD PÚBLICA  
FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
ENTORNO SOCIAL  
APOYO SOCIAL  
COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LA SALUD  
PROMOCIÓN DE LA SALUD  
CIUDADES SALUDABLES  
EUROPA

ISBN 92–890–1287–0

---

\* Título original en inglés: “*Social Determinants of Health. The Solid Facts*” (OMS, 2003). Traducción al castellano de Roberto Páramo Gómez del Campo ([rparamo@cablenet.co](mailto:rparamo@cablenet.co)), para el Instituto PROINAPSA-UIS, Centro Colaborador de la OPS/OMS en Colombia en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva.

## © Organización Mundial de la Salud

La Oficina Regional Europea de la OMS se reserva todos los derechos de este documento. No obstante, se está en libertad de revisar, resumir, reproducir y traducir a otro idioma este documento (pero no para la venta o para usarlo con fines comerciales), siempre y cuando se dé reconocimiento completo al documento original. Para usar el emblema de la OMS, debe solicitarse el permiso de la Oficina Regional de la OMS. Toda traducción debe incluir lo siguiente: El traductor de este documento se responsabiliza por la fidelidad de la traducción. La Oficina Regional agradecerá el envío de tres copias de toda traducción que se lleve a cabo. Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad única de sus autores.

EUR/ICP/CHVD 03 09 01  
1998

## Colaboradores

**Dr. Mel Bartley**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Dr. David Blane**  
Escuela de Medicina de Charing Cross  
y Westminster,  
Londres, Reino Unido

**Dr. Eric Brunner**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Dr. Danny Dorling**  
Departamento de Geografía,  
Universidad de Bristol,  
Reino Unido

**Ms. Jane Ferrie**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Dr. Martin Jarvis**  
Fondo Imperial para la Investigación  
sobre Cáncer  
Unidad sobre el Comportamiento y  
Salud  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Profesor Michael Marmot**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Profesor Mark McCarthy**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Dr. Mary Shaw**  
Departamento de Geografía,  
Universidad de Bristol,  
Reino Unido

**Profesor Aubrey Sheiham**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Dr. Stephen Stansfeld**  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Profesor Mike Wadsworth**  
Consejo para la Investigación Médica  
Encuesta Nacional sobre Salud y  
Desarrollo,  
Universidad de Londres,  
Reino Unido

**Profesor Richard Wilkinson**  
Universidad de Sussex, Brighton, y  
University College, Londres,  
Reino Unido

## **Contenido**

Colaboradores

Prólogo

Prefacio

Introducción

1. El gradiente social
2. Estrés
3. Primeros años de vida
4. Exclusión social
5. Trabajo
6. Desempleo
7. Apoyo social
8. Adicción
9. Alimentos
10. Transporte

## PRÓLOGO

El llamado a los responsables de tomar decisiones y a los profesionales de la salud pública para que afronten los determinantes sociales de la salud debe fundamentarse en evidencia clara. La mayoría de las personas comprenden intuitivamente cuáles son los efectos positivos y negativos que las condiciones de vida y de trabajo tienen sobre la salud. Aunque no hay escasez de pruebas que los validan, el debate sobre los determinantes sociales de la salud sigue estando limitado principalmente al campo académico. La historia reciente de la salud pública puede mostrar ejemplos de una falta de acción inexcusable, incluso cuando los hechos son claros, como sucede con el tabaco. Es preocupante que solo en el último año la industria del tabaco haya admitido finalmente que fumar crea adicción. La responsabilidad de la falta de acciones suficientes contra el tabaco a menudo se atribuyó a la escasez de pruebas presentadas públicamente.

Reconocer el impacto en la salud de las condiciones y políticas económicas y sociales podría tener grandes repercusiones en la manera como la sociedad toma decisiones sobre el desarrollo, y podría cuestionar los valores y los principios sobre los que se construyen las instituciones y se mide el progreso. La buena noticia es que los responsables de tomar decisiones en todas las áreas reconocen cada vez más la necesidad de invertir en la salud y el desarrollo sostenible. Para hacerlo, necesitan tanto hechos claros como herramientas políticas y asesoría estratégica. Nadie espera que la ciencia sea negra o blanca, sino que sea accesible y que brinde oportunidades para el debate y la toma de decisiones con conocimiento de causa.

En la Oficina Regional Europea de la OMS, el Centro para la Salud Urbana, en estrecha asociación con el Departamento de Comunicaciones y Asuntos Públicos y la nueva Red Europea de Comunicaciones de Salud, se ha embarcado en una campaña para promover la conciencia, el debate y la acción en relación con los determinantes sociales de la salud. La campaña está dirigida a llegar a la mayor cantidad posible de profesionales y defensores de la salud pública, representantes comunitarios y responsables de tomar decisiones. La campaña desarrollará y empleará materiales atractivos y fáciles de leer y traducir. Un mecanismo importante para la promoción de la campaña en toda la Región Europea estará conformado por las redes del proyecto de Ciudades Saludables de la OMS. El momento para realizar este esfuerzo es excelente, porque coincide con el lanzamiento de la estrategia renovada Salud para Todos para el Siglo XXI, el lanzamiento de la tercera fase del proyecto Ciudades Saludables (1998-2002) y el compromiso cada vez mayor de una serie de ciudades con la Agenda Local 21.

El fundamento de la campaña es proporcionar información actualizada en áreas clave sobre los determinantes sociales, de manera concisa, clara y fiable, lo que se consiguió con la asociación estrecha entre la OMS y el Centro Internacional para la Salud y la Sociedad de la Universidad de Londres. Deseo expresar mi agradecimiento a los profesores Michael Marmot y Richard Wilkinson por coordinar la preparación y edición de los materiales para este folleto. El trabajo inicial consistió en una serie de consultas y sesiones de lluvia de ideas. También agradezco a todos los integrantes del equipo científico que contribuyeron en este

trabajo excelente. Estoy convencido de que este folleto será una herramienta valiosa para comprender y manejar los determinantes sociales.

También debo unas palabras de agradecimiento a la Dra. Jill Farrington, consultora de la OMS y punto focal de la campaña de determinantes sociales, por sus ideas creativas, su valiosa retroalimentación editorial y por garantizar una buena comunicación con el Centro. Gracias también a la Sra. Patricia Crowley, administradora del Centro Internacional para la Salud y la Sociedad, por su supervisión eficiente y efectiva de todas las etapas de preparación de los documentos científicos. Por último, deseo agradecer a Mary Stewart Burgher por la edición del texto de este folleto en un plazo tan corto.

**Dr. Agis Tsouros**

Presidente del Centro para la Salud Urbana  
Oficina Regional Europea de la OMS

## **PREFACIO**

Traducir la evidencia científica en políticas y acciones es siempre un proceso complejo, que se dificulta particularmente cuando las implicaciones para la acción pueden cambiar nuestros conceptos de las políticas que afectan la salud. Los gobiernos y los responsables de tomar decisiones han necesitado más de media generación para reconocer y comenzar a abordar las inequidades sociales en la salud.

Hoy en día, el conocimiento científico sobre los determinantes sociales de la salud se está acumulando con rapidez. La necesidad de concentrar nuestros esfuerzos allí es cada vez más clara. Esto significa canalizar la salud pública, divulgar el conocimiento sobre los determinantes sociales y promover su debate.

El Centro Internacional para la Salud y la Sociedad está comprometido a investigar sobre los determinantes sociales de la salud y traducir los hallazgos de la investigación en un formato que sea de utilidad para los responsables de tomar decisiones y el público. Esta campaña de la OMS es una oportunidad bienvenida para contribuir a la tarea desafiante de promover políticas públicas saludables.

**Sir Donald Acheson**

Presidente del Centro Internacional para la Salud y la Sociedad  
Universidad de Londres

## INTRODUCCIÓN

Aún en los países más ricos, las personas más acomodadas viven algunos años más y sufren menos enfermedades que las pobres. Estas diferencias en la salud son una injusticia social importante y reflejan algunas de las influencias más poderosas en la salud en el mundo moderno. Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud y longevidad.



*Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud.*

La atención médica puede prolongar la supervivencia después de algunas enfermedades graves, pero las condiciones sociales y económicas que determinan que las personas se enfermen o no son más importantes para las ganancias en salud de la población en general. Las condiciones pobres dan lugar a una salud más pobre. Un entorno material perjudicial y un comportamiento malsano tienen efectos dañinos directos, pero las preocupaciones y las inseguridades de la vida diaria y la falta de entornos de apoyo también influyen.

En este folleto se discuten diez aspectos diferentes pero interrelacionados de los determinantes sociales de la salud, los cuales aclaran lo siguiente:

- 1 La necesidad de políticas para evitar que la gente caiga en situaciones prolongadas de desventaja.
- 2 La manera como los entornos social y psicológico afectan la salud.

- 3 La importancia de garantizar un buen entorno durante los primeros años de vida.
- 4 El impacto del trabajo en la salud.
- 5 Los problemas del desempleo y la inseguridad laboral.
- 6 El papel de la amistad y la cohesión social.
- 7 Los peligros de la exclusión social.
- 8 Los efectos del alcohol y otras drogas.
- 9 La necesidad de garantizar el acceso a suministros de alimentos saludables para todos.
- 10 La necesidad de sistemas de transporte más saludables.

En conjunto, los mensajes ofrecen claves para estándares más altos de salud de la población en los países industrializados de Europa. El objetivo de estos mensajes es destacar la manera como los factores sociales y económicos en todos los niveles de la sociedad afectan las decisiones individuales y la salud en sí. Cada persona es responsable de asegurarse de comer una dieta saludable, hacer ejercicio suficiente, no fumar y no beber en exceso. No obstante, ahora sabemos qué tan importantes son para la salud las circunstancias sociales y económicas que frecuentemente están más allá del control individual. Es por esta razón que el folleto está diseñado para garantizar que las políticas en todos los niveles del gobierno, las instituciones públicas y privadas, los lugares de trabajo y la comunidad, se ocupen de la responsabilidad más amplia de crear oportunidades para la salud. Con este fin, esta publicación proporciona información sobre el entorno socioeconómico que conduce a estándares más altos de salud en la población.

## **1. EL GRADIENTE SOCIAL**

**Como las circunstancias sociales y económicas de las personas afectan fuertemente su salud durante la vida, es necesario vincular las políticas de salud a los determinantes sociales y económicos de la salud.**

### **La evidencia**

Las circunstancias sociales y económicas deficientes afectan la salud durante la vida. Las personas que están en los estratos sociales más bajos por lo general tienen el doble de riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura que quienes están en los estratos altos. Entre ambos extremos, los estándares de salud muestran un gradiente social continuo, a tal punto que incluso en el personal administrativo subordinado hay más enfermedades y muerte prematura que en el personal de mayor rango.

La mayoría de enfermedades y causas de muerte son más comunes en los estratos más bajos de la sociedad. El gradiente social en la salud refleja desventajas materiales y los efectos de la inseguridad, la ansiedad y la falta de integración social.



*Las deficientes circunstancias sociales y económicas afectan la salud durante la vida.*

Las desventajas son de diversos tipos y pueden ser absolutas y relativas. Algunos ejemplos son tener un patrimonio familiar pequeño, una educación más deficiente durante la adolescencia, estar atrapado en un trabajo sin futuro o tener empleo inseguro, habitar en viviendas en malas condiciones y tratar de criar una familia en circunstancias difíciles. Estas desventajas tienden a concentrarse entre las mismas personas y sus efectos en la salud son acumulativos. Mientras más tiempo viva una persona en circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y menor la posibilidad de que disfrute de una vejez sana.

### **Implicaciones en las políticas**

La vida tiene una serie de transiciones críticas como los cambios emocionales y materiales en los primeros años de vida, la transición de la educación primaria a la secundaria, comenzar a trabajar, salir del hogar y comenzar una familia propia, cambiar de trabajo y enfrentar el posible desempleo, y eventualmente, la jubilación. Cada uno de estos cambios puede afectar la salud porque empujan a la gente a seguir trayectorias más privilegiadas o menos favorecidas.

Las personas que han estado en desventaja en el pasado corren un mayor riesgo en cada transición. Esto significa que las políticas de bienestar deben proveer no solo redes de seguridad sino también maneras de equilibrar las desventajas anteriores.



La buena salud incluye reducir los niveles de fracaso educativo, la cantidad de inseguridad laboral y el grado de diferencias en ingresos en la sociedad. Debemos asegurar que menos personas caigan en desventaja y que éstas sean menos graves. Las políticas para la educación, el empleo y la vivienda afectan los estándares de salud. Las sociedades que hacen posible que sus ciudadanos desempeñen un papel pleno y útil en la vida social, económica y cultural de su sociedad, serán más saludables que aquellas donde las personas enfrentan inseguridad, exclusión y pobreza absoluta.

## BIBLIOGRAFÍA

BARTLEY, M. ET AL. Health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, **314**: 1194–1196 (1997).

BLANE, D. ET AL. Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European journal of public health*, **7**: 385–391 (1997).

DAVEY SMITH, G. ET AL. Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *British medical journal*, **314**: 547–552 (1997).

MONTGOMERY, S. ET AL. Health and social precursors of unemployment in young men in Britain. *Journal of epidemiology and community health*, **50**: 415–422 (1996).

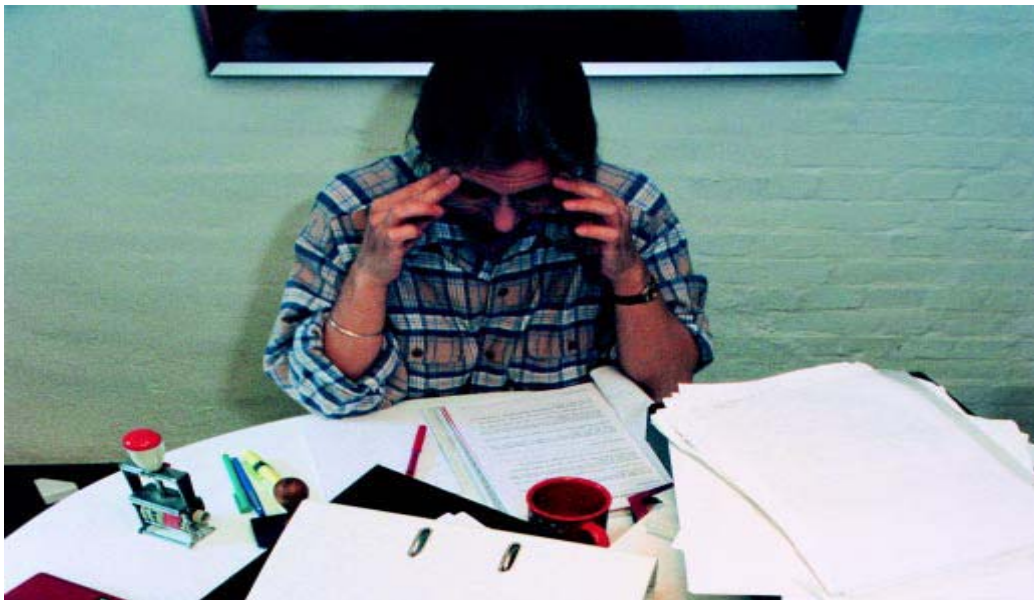
WUNCH, G. ET AL. Socioeconomic differences in mortality: a life course approach. *European journal of population*, **12**: 167–185 (1996).

## 2. ESTRÉS

**El estrés perjudica la salud.**

### **La evidencia**

Las circunstancias sociales y psicológicas pueden causar estrés por largo tiempo. Los estados continuos de ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y falta de control en el trabajo y la vida en el hogar tienen efectos poderosos en la salud. Tales riesgos psicosociales se acumulan en la vida y aumentan la probabilidad de salud mental deficiente y muerte prematura. Los periodos prolongados de ansiedad e inseguridad y la falta de relaciones de apoyo son perjudiciales en cualquier área de la vida en la que surjan.



*La falta de control en el trabajo y el hogar puede tener efectos poderosos en la salud.*

¿Cómo repercuten estos factores psicológicos en la salud física? En estados de emergencia, la respuesta al estrés activa una cascada de hormonas que afectan los sistemas inmunitario y cardiovascular. Las hormonas y el sistema nervioso nos preparan para enfrentar una amenaza física inmediata aumentando la frecuencia cardíaca, desviando la sangre a los músculos e incrementando la ansiedad y el estado de alerta. Sin embargo, la activación frecuente y prolongada de la respuesta biológica ante el estrés puede tener costos múltiples en la salud como depresión, mayor susceptibilidad a las infecciones, diabetes, un patrón perjudicial de colesterol y grasas en la sangre, hipertensión y los riesgos relacionados de infarto y accidentes cerebrovasculares.

Los humanos y varios primates no humanos sometidos a estudio en su hábitat natural y en cautiverio, tienen mecanismos similares para enfrentar el estrés psicológico. Los estudios en primates muestran que los animales subordinados

tienen más probabilidad de sufrir de obstrucción de los vasos sanguíneos y otros cambios metabólicos que los animales socialmente dominantes. En los humanos, tales cambios están relacionados con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. En países industrializados, cuanto más bajo se encuentre una persona en la jerarquía social, con más frecuencia se verá afectada por estos problemas de salud.

## Implicaciones en las políticas

Una respuesta médica a los cambios biológicos que acompañan al estrés podría consistir en controlarlos con medicamentos. Sin embargo, la atención debe dirigirse en otro sentido, a hacer frente a las causas de la mala salud.

En escuelas, negocios y otras instituciones, la calidad del entorno social y la seguridad material a menudo son tan importantes para la salud como el entorno físico. Las instituciones que ofrecen a las personas un sentido de pertenencia y de que son valoradas, tienen más probabilidad de ser lugares más saludables que aquellas donde las personas se sienten excluidas, ignoradas y utilizadas.

Los gobiernos deben reconocer que los programas para el bienestar deben atender las necesidades psicosociales y materiales ya que ambas son fuentes de ansiedad e inseguridad. En particular, los gobiernos deben apoyar a las familias con niños pequeños, estimular la actividad en la comunidad, combatir el aislamiento social, reducir la inseguridad material y financiera, y promover habilidades para afrontar situaciones desde la áreas de educación y rehabilitación.

## BIBLIOGRAFÍA

BRUNNER, E.J. Stress and the biology of inequality. *British medical journal*, **314**: 1472–1476 (1997).

KARASEK, R.A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

MARMOT, M.G. Does stress cause heart attacks? *Postgraduate medical journal*, **62**: 683–686. (1986)

MARMOT, M.G. ET AL. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease. *Lancet*, **350**: 235–239 (1997).

SAPOLSKY, R.M. & MOTT, G.E. Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic social stress. *Endocrinology*, **121**: 1605–1610 (1987).

SHIVELY, C.A. & CLARKSON, T.B. Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis thrombosis*, **14**: 721–726 (1994).

### 3. PRIMEROS AÑOS DE VIDA

**Los efectos del desarrollo en los primeros años de vida duran toda la vida. Un buen comienzo en la vida implica apoyar a las madres y a los niños pequeños.**

#### **La evidencia**

Durante la etapa prenatal y la infancia se sientan bases importantes para la salud en la edad adulta. Un crecimiento deficiente y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumentan el riesgo de por vida de tener una mala salud física y reducen el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional en años posteriores. Las malas condiciones sociales y económicas plantean la amenaza más grande al crecimiento infantil y trazan una trayectoria social y educacional deficiente para niños y niñas.

La pobreza de los padres de familia, que ocasiona alimentación deficiente o inadecuada de la madre, y el tabaquismo, pueden reducir el desarrollo prenatal e infantil. El crecimiento lento en los primeros años está asociado con un menor funcionamiento cardiovascular, respiratorio, renal y pancreático en la edad adulta. El tabaquismo en los padres de familia impide el desarrollo del sistema respiratorio del niño, lo que a su vez reduce el funcionamiento de dicho sistema y aumenta la vulnerabilidad más adelante en su vida.



*Durante los primeros años de vida se sientan bases importantes para la salud en la edad adulta.*

La mala nutrición y el desarrollo físico deficiente afectan adversamente el desarrollo cognoscitivo infantil. Además, la depresión y el cansancio mental relacionados con la pobreza disminuyen la estimulación que los padres de familia brindan a los niños y pueden dificultar el apego emocional.

La pobreza en los padres de familia inicia una cadena de riesgos sociales. Comienza en la infancia con una menor disposición para el estudio y aceptación de la escuela, sigue con un comportamiento deficiente y pocos logros escolares, y conduce a un mayor riesgo de desempleo, marginalidad social percibida, y trabajos de bajo nivel social y poca responsabilidad en la edad adulta. Este patrón de educación y empleo deficientes perjudica la salud y, en los años de la vejez, el funcionamiento cognoscitivo.

## Implicaciones en las políticas

Se requieren nuevas acciones para promover la salud y el desarrollo en los primeros años de vida, sobre todo en las personas en malas condiciones sociales y económicas. Las políticas deben centrarse en:

1. Reducir el tabaquismo en los padres de familia.
2. Aumentar los conocimientos sobre salud de los padres de familia y su comprensión de las necesidades emocionales de sus hijos.
3. Introducir programas preescolares no solamente para mejorar la lectura y estimular el desarrollo cognoscitivo, sino también para disminuir los problemas de comportamiento infantil y promover los logros educativos, las oportunidades profesionales y el comportamiento saludable en la edad adulta.
4. Hacer partícipes a los padres de familia en los programas preescolares para reforzar los efectos educativos y reducir el maltrato infantil.
5. Garantizar que las madres tengan recursos económicos y sociales adecuados.
6. Aumentar las oportunidades para el logro educativo en todas las edades, ya que la educación está asociada con una mayor conciencia sobre la salud y mejor cuidado individual.

La inversión en estas políticas beneficiaría en gran medida la salud y la capacidad laboral de la futura población de adultos.

## BIBLIOGRAFÍA

BARKER, D.J.P. *Mothers, babies and disease in later life*. London, BMJ Publishing Group, 1994.

KUH, D. & BEN-SHLOMO, Y. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

BARKER, W. ET AL. *Child protection: the impact of the child development programme*. Bristol, Early Childhood Development Unit, University of Bristol, 1992.

HERTZMAN, C. & WIENS, M. Child development and longterm outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Social science and medicine*, **43**: 1083 (1996)

ROBINS, L. & RUTTER, M., ED. *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

TAGER, I.B. ET AL. Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary

function in children. *New England journal of medicine*, **309**: 699 (1983).

SCHWEINHART, L.J. ET AL. *Significant benefits: the High/ Scope Perry Preschool Study through age 27*. Ypsilanti, The High Scope Press, 1993.

## 4. EXCLUSIÓN SOCIAL

**La exclusión social crea miseria y cuesta vidas.**

### La evidencia

Los procesos de exclusión social y el grado de privación relativa en una sociedad tienen consecuencias significativas en la salud y ocasionan muertes prematuras. El daño a la salud no solo se debe a la privación material sino también a los problemas sociales y psicológicos de vivir en la pobreza.

La pobreza, el desempleo y la falta de hogar han aumentado en muchos países, incluidos algunos de los más ricos. En algunas naciones, hasta una cuarta parte de la población total —y una proporción mayor de niños— vive en condiciones de pobreza relativa (definida por la Unión Europea como inferior a la mitad del ingreso promedio nacional). La pobreza relativa, al igual que la pobreza absoluta, conducen a una salud deficiente y un mayor riesgo de muerte prematura. Las personas que han vivido la mayoría de sus vidas en la pobreza sufren especialmente de mala salud.

Los emigrantes de otros países, grupos étnicos minoritarios, obreros extranjeros y refugiados son particularmente vulnerables a la exclusión social, y es posible que sus hijos estén en riesgo especial. En ocasiones se les excluye de la ciudadanía y a menudo de oportunidades para el trabajo y la educación. El racismo, la discriminación y la hostilidad que enfrentan con frecuencia pueden perjudicar su salud.



*Las personas que viven en las calles tienen los índices más altos de muerte prematura.*

Además, existe la posibilidad de que las comunidades marginen y rechacen a las personas enfermas, discapacitadas o emocionalmente vulnerables, como los antiguos residentes de hogares infantiles, prisiones y hospitales psiquiátricos. Quienes sufren problemas de salud mental o física a menudo tienen dificultades para obtener una educación adecuada o ganarse la vida. Los niños y niñas con discapacidades tienen más probabilidades de vivir en la pobreza. La estigmatización proveniente de enfermedades mentales, discapacidades físicas o enfermedades como el sida empeora las cosas. Las personas que viven en las calles, que pueden padecer al mismo tiempo de varios problemas de este tipo, tienen los índices más altos de muerte prematura.

Las sociedades que buscan políticas más igualitarias con frecuencia tienen tasas más altas de crecimiento económico y estándares más altos de salud.

### **Implicaciones en las políticas**

Para hacer frente a los efectos de la exclusión social en la salud se requiere una variedad de acciones en diversos niveles, por ejemplo:

1. Las leyes pueden ayudar a proteger los derechos de inmigrantes y grupos minoritarios y prevenir la discriminación.
2. Las intervenciones de salud pública deben eliminar las barreras en el acceso a la atención sanitaria, los servicios sociales y la vivienda asequible.
3. Se requiere apoyo en el ingreso, un salario mínimo nacional adecuado y políticas educativas y laborales para reducir la exclusión social.
4. Los ingresos y la riqueza deben redistribuirse para reducir las inequidades materiales y la escala de pobreza relativa. Las sociedades más igualitarias tienden a tener estándares más altos de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

POWER, C. Health and social inequality in Europe. *British medical journal*, **309**: 1153–1160 (1994).

SIEM, H. Migration and health - the international perspective. *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*, **86**(19): 788–793 (1997).

WALKER, R. Poverty and social exclusion in Europe. In: Walker, A. & Walker, C., ed. *Britain divided: the growth of social exclusion in the 1980s and 1990s*. London, Child Poverty Action Group, 1997.

WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.

VAN DOORSLAER E. ET AL. Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*, **16**: 93–112 (1997).



## 5. TRABAJO

**El estrés laboral aumenta el riesgo de enfermedades.**

### **La evidencia**

La evidencia muestra que el estrés laboral contribuye de manera importante a las grandes diferencias en la salud, la ausencia de enfermedad y la muerte prematura relacionadas con la posición social.

Varios estudios sobre los lugares de trabajo realizados en Europa, muestran que la salud sufre cuando la gente tiene pocas oportunidades para usar sus habilidades y poca autoridad sobre las decisiones.

El poco control sobre el trabajo está fuertemente relacionado con un mayor riesgo de dolor lumbar y enfermedades cardiovasculares y de otro tipo.



*Los trabajos muy exigentes y en los que las personas tienen poco control conllevan un riesgo especial.*

Se ha encontrado que estos riesgos son independientes de las características psicológicas de las personas sometidas a estudio. En pocas palabras, parece que se relacionan con el entorno laboral.

Los estudios también han examinado el papel de las exigencias en el trabajo. Algunos muestran una interacción entre las exigencias y el control por parte de las personas. Los trabajos muy exigentes y en los que las personas tienen poco control conllevan un riesgo especial. Algunas pruebas indican que el apoyo social en el lugar de trabajo puede reducir este efecto.

Más aún, se ha encontrado que hay mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares cuando las recompensas por el esfuerzo invertido en el trabajo no son suficientes. Las recompensas pueden ser de diversos tipos, como dinero, posición laboral y autoestima. Los cambios actuales en el mercado laboral pueden modificar la estructura de las oportunidades y hacer que a las personas se les dificulte más obtener las recompensas apropiadas.

Estos resultados sugieren que el entorno psicosocial en el trabajo es un factor contribuyente importante al gradiente social de mala salud.

### **Implicaciones en las políticas**

1. No hay concesión entre la salud y la productividad en el trabajo. Se puede establecer un círculo beneficioso donde las mejores condiciones laborales den lugar a una fuerza laboral más sana, lo que conduce a una mejor productividad y así a la oportunidad de crear un lugar de trabajo aun más saludable.
2. Es probable que la participación adecuada de las personas en los procesos para tomar decisiones beneficie a los empleados de todas las categorías de una organización.
3. Rediseñar las prácticas en oficinas y otros lugares de trabajo para permitir que los empleados tengan mayor control, mayor variedad y más oportunidades para el desarrollo laboral, beneficia la salud.
4. El trabajo que no ofrece recompensas adecuadas en términos de dinero, autoestima y posición laboral, perjudica la salud.
5. Para reducir la carga de trastornos musculoesqueléticos, los lugares de trabajo deben ofrecer condiciones ergonómicas apropiadas y una buena organización del trabajo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

BOSMA, H. ET AL. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British medical journal*, **314**:558–565 (1997).

JOHNSON, J.V. Conceptual and methodological developments in occupational stress research in occupational stress research: an introduction to state-of-the-art reviews. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 6–8 (1996).

KARASEK, R.A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/lowreward conditions. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 27–41(1996).

THEORELL, T. & KARASEK, R.A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 9–26 (1996).

## 6. DESEMPLEO

**La seguridad laboral aumenta la salud, el bienestar y la satisfacción con el trabajo.**

### La evidencia

El desempleo es un riesgo para la salud, y el riesgo es mayor en regiones con altos índices de desempleo. La evidencia recopilada en varios países muestra que, aun después de dar margen a otros factores, las personas desempleadas y sus familias corren un riesgo substancialmente mayor de muerte prematura. Los efectos del desempleo en la salud están vinculados a las consecuencias Psicológicas y los problemas financieros, especialmente las deudas.

Los efectos comienzan cuando las personas experimentan por primera vez que sus trabajos están amenazados, incluso antes de que se queden sin empleo. Esto demuestra que la ansiedad relacionada con la inseguridad también es perjudicial para la salud. También se ha demostrado que la inseguridad laboral incrementa los efectos en la salud mental (particularmente ansiedad y depresión) y aumenta las enfermedades físicas y los factores de riesgo para las enfermedades cardíacas. Como los trabajos insatisfactorios o inseguros son tan perjudiciales como el desempleo, el simple hecho de tener un trabajo no protege la salud física o mental. La calidad del trabajo es importante.

Durante la década de los noventa, los cambios en las economías y los mercados laborales de los países industrializados produjeron una sensación mayor de inseguridad laboral. A medida que persiste la inseguridad laboral, actúa como factor de estrés crónico cuyo efecto aumenta cuanto más prolongada sea la exposición; incrementando las ausencias por enfermedad y el uso de los servicios sanitarios.



*Las personas desempleadas y sus familias corren un riesgo mucho mayor de muerte prematura.*

## Implicaciones en las políticas

Las políticas deben centrarse en tres objetivos:

- Prevenir el desempleo y la inseguridad laboral.
- Reducir las adversidades que sufren los desempleados.
- Reincorporar a la gente en trabajos seguros.

La administración gubernamental de la economía con el fin de reducir los altibajos en los ciclos de comercio, puede contribuir sustancialmente a la seguridad laboral y la reducción del desempleo. Las limitaciones en las horas de trabajo también pueden ser benéficas si van acompañadas de seguridad laboral y satisfacción en el trabajo.

Para preparar a la gente para los trabajos disponibles es importante tener estándares altos de educación y buenos esquemas de reeducación profesional. Es posible que los beneficios de desempleo tengan un efecto protector en quienes no tienen trabajo si se establecen a una mayor proporción salarial. Adicionalmente, las cooperativas de crédito pueden tener un efecto benéfico si reducen las deudas y aumentan las redes sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

BEALE, N. & NETHERCOTT, S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **35**: 510–514 (1985).

BETHUNE, A. Unemployment and mortality. In: Drever, F. & Whitehead, M., ed. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

BURCHELL, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: Gallie, D. et al., ed. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 188–212.

FERRIE, J. ET AL., ED. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press) (WHO Regional Publications, European Series, No. 81).

IVERSEN, L. ET AL. Unemployment and mortality in Denmark. *British medical journal*, **295**: 879–884 (1987).

## 7. APOYO SOCIAL

**La amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo mejoran la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad.**

### **La evidencia**

El apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de manera importante a la salud. El apoyo social ayuda a darle a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. El pertenecer a una red social de comunicación y obligaciones mutuas hace que las personas se sientan amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas, todo lo cual tiene un poderoso efecto protector en la salud.



*Pertenecer a una red social hace que las personas se sientan cuidadas.*

El apoyo funciona tanto a nivel individual como social. El aislamiento y la exclusión social están asociados con tasas más altas de muerte prematura y menores posibilidades de sobrevivir después de un infarto cardíaco. Las personas que reciben menos apoyo social de otras tienen más posibilidades de experimentar menos bienestar, sufrir más de depresión, tener un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y niveles más altos de discapacidad como consecuencia de enfermedades crónicas. Además, los aspectos negativos de las relaciones cercanas pueden conducir a problemas en la salud mental y física.

El acceso al apoyo emocional y social práctico varía de acuerdo con el estado social y económico. La pobreza puede contribuir a la exclusión y el aislamiento social.

La cohesión social, entendida como la existencia de confianza y respeto mutuo en la comunidad y la sociedad en general, ayuda a proteger a las personas y su salud. Las sociedades con grados altos de desigualdad en los ingresos tienden a tener menos cohesión social, más crímenes violentos y tasas más altas de mortalidad. El estudio de una comunidad con niveles altos de cohesión social mostró tasas bajas de enfermedad coronaria, que aumentaron cuando la cohesión social en la comunidad disminuyó.

### **Implicaciones en las políticas**

Algunos estudios experimentales sugieren que las buenas relaciones sociales pueden disminuir la respuesta física al estrés. Intervenciones en grupos de alto riesgo han demostrado que brindar apoyo social mejora el pronóstico después de un infarto del miocardio, la supervivencia de las personas con algunos tipos de cáncer y los resultados del embarazo en grupos de mujeres vulnerables.

En la comunidad, reducir las desigualdades en los ingresos y la exclusión social puede conducir a una mayor cohesión social y mejor salud en la población. Mejorar los entornos sociales en las escuelas, los sitios de trabajo y la comunidad en general, ayuda a que las personas se sientan valoradas y apoyadas en más áreas de sus vidas y contribuye a su salud, especialmente la mental. En todas las áreas de la vida personal e institucional, deben evitarse las prácticas que hacen que otras personas se sientan inferiores socialmente o menos valiosas, ya que son disgregadoras.

### **BIBLIOGRAFÍA**

BEALE, N. & NETHERCOTT, S. ERKMAN, L.F. & SYME, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, **109**: 186–204 (1979).

KAPLAN, G.A. ET AL. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American journal of epidemiology*, **128**:370–380 (1988).

KAWACHI, I. ET AL. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of epidemiology and community health*, **50**(3):245–251 (1996).

OXMAN, T.E. ET AL. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American journal of epidemiology*, **135**: 356–368 (1992).

## 8. ADICCIÓN

**Las personas recurren al alcohol, las drogas y el tabaco y sufren por usar estas sustancias. Sin embargo, el entorno social en general influye en su consumo.**

### **La evidencia**

El consumo de drogas es una respuesta al resquebrajamiento social y un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud. Brinda a los usuarios un escape ilusorio a la adversidad y el estrés, aunque tan solo empeora sus problemas.



*Las personas recurren al consumo de alcohol, drogas y tabaco para adormecer el dolor que provocan las duras condiciones económicas y sociales.*

La dependencia del alcohol, el uso ilícito de drogas y el tabaquismo están estrechamente asociados con marcadores de desventaja social y económica. En la Federación Rusa, por ejemplo, la década pasada fue una época de fuerte agitación social. Las muertes relacionadas con el consumo de alcohol —por accidentes, violencia, envenenamiento, lesiones y suicidio— han aumentado considerablemente. En otros países también hay una conexión entre la dependencia del alcohol y las muertes violentas.

Es probable que la trayectoria causal vaya en ambas direcciones. Las personas recurren al consumo de alcohol para adormecer el dolor que provocan las duras condiciones económicas y sociales, y la dependencia del alcohol conduce a una movilidad social descendente. Lo irónico de la situación es que, con excepción de una liberación temporal de la realidad, el alcohol intensifica los factores que condujeron a su uso en primer lugar.

Lo mismo sucede con el tabaco. La privación social —medida por cualquier indicador como vivienda pobre, bajos ingresos, presencia de padre soltero o madre soltera, desempleo o falta de hogar— se asocia con altos índices de tabaquismo y tasas muy bajas de cese del hábito. El tabaquismo es un factor principal que acaba con el ingreso de la gente pobre y una causa importantísima de mala salud y muerte prematura. No obstante, la nicotina no ofrece un alivio real del estrés ni tampoco un mejoramiento del estado de ánimo.

## Implicaciones en las políticas

El trabajo para enfrentar los problemas con las drogas no solo requiere del apoyo y el tratamiento de quienes han adquirido patrones adictivos de uso, sino que también exige atender los patrones de privación social en los que se originan los problemas. Las políticas deben regular la disponibilidad mediante la fijación de precios y la regulación, por ejemplo, para informar a la gente sobre formas menos perjudiciales de uso, recurrir a la educación sanitaria para reducir el reclutamiento de jóvenes y proporcionar servicios efectivos de tratamiento para las personas adictas.

Ninguna de estas políticas tendrá éxito si no se modifican los factores sociales que originan el consumo de drogas. Tratar de pasar todo el peso de la responsabilidad al usuario es a toda luz una respuesta inadecuada porque culpa a la víctima, en lugar de abordar las complejidades de las circunstancias sociales que generan el consumo de drogas. Por consiguiente, una política eficaz contra el consumo de drogas debe tener el apoyo del marco más amplio de políticas sociales y económicas.

## BIBLIOGRAFÍA

MAKELA, P. ET AL. Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *British medical journal*, **315** : 211–216 (1997).

MARKOV, K.V. ET AL. Incidence of alcohol drinking and the structure of causes of death in men 40–54 years of age. *Sovetskoe Zdravookhranenie*, **4**: 8–15 (1990).

MARSH, A. & MCKAY, S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

MELTZER, H. ET AL. *Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 3).

RYAN, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British medical journal*, **310**: 646–648 (1995).



## 9. ALIMENTOS

**Los alimentos saludables son un asunto político.**

### **La evidencia**

Una buena dieta y un suministro adecuado de alimentos son indispensables para promover la salud y el bienestar. La escasez de alimentos y la falta de variedad son causa de malnutrición y enfermedades por deficiencias nutricionales. El consumo inmoderado, también una forma de malnutrición, contribuye a las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades oculares degenerativas, la obesidad y la caries dental. La escasez de alimentos va de la mano con la abundancia de comida. El problema importante de salud pública es la disponibilidad y el costo de alimentos sanos y nutritivos. El acceso a alimentos buenos y económicos influye más en lo que la gente come que la educación sanitaria.

La industrialización trajo consigo la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, especialmente enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y cáncer. Este fenómeno se asoció con una transición nutricional, cuando la manera de alimentarse cambió a un consumo excesivo de grasas y azúcares de enorme valor calórico y condujo a una mayor obesidad en la población. Al mismo tiempo, la obesidad se hizo más común entre los pobres que entre los ricos.



*Producción local para el consumo local.*

Hoy en día, el comercio mundial de alimentos es un gran negocio. El Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio y la Política Agrícola Comunitaria de la Unión

Europea posibilitan que las fuerzas del mercado mundial definan el suministro de alimentos. Los comités internacionales como el Codex Alimentarius, el cual determina las normas de seguridad y calidad de los alimentos, no tienen representantes de salud pública, y los intereses de la industria alimenticia son fuertes.

Las condiciones sociales y económicas dan como resultado un gradiente social en la dieta que contribuye a las desigualdades en salud. La fuente de nutrientes es la principal diferencia en el régimen alimenticio entre las clases sociales. Los pobres sustituyen los alimentos frescos por alimentos procesados más baratos. El consumo de grandes cantidades de grasas ocurre en todos los grupos sociales. Las personas con bajos ingresos, como las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados, son menos capaces de comer bien.

Los objetivos dietéticos para prevenir enfermedades crónicas hacen hincapié en la importancia de comer más verduras frescas, frutas, legumbres y almidones mínimamente procesados, y menos grasas animales, azúcares refinados y sal. Más de 100 comités de expertos han estado de acuerdo con estos objetivos.

### **Implicaciones en las políticas**

Las agencias gubernamentales internacionales, nacionales y locales, las organizaciones no gubernamentales y la industria alimenticia deben garantizar lo siguiente:

1. La disponibilidad de alimentos frescos y de alta calidad para todos, sin importar sus circunstancias.
2. Responsabilidad y toma de decisiones democrática en toda reglamentación alimenticia con participación de todos los actores e incluso los consumidores.
3. Apoyo para la agricultura sostenible y métodos de producción de alimentos que conserven los recursos naturales y el entorno.
4. Protección de los alimentos producidos localmente de la invasión del comercio mundial de alimentos.
5. Una cultura alimenticia para la salud más fuerte, que promueva el conocimiento de la gente sobre alimentos y nutrición, las habilidades culinarias y el valor social de la preparación de alimentos y el compartirlos en la mesa con los demás.
6. La disponibilidad de información útil sobre alimentos, dieta y salud.
7. El uso de valores de referencia nutricional con base científica y directrices dietéticas basadas en los alimentos, para facilitar el desarrollo y la implementación de políticas sobre alimentos y nutrición.

### **BIBLIOGRAFÍA**

AVERY, N. ET AL. *Cracking the Codex. An analysis of who sets world food standards.* London, National Food Alliance, 1993.

COMMITTEE ON MEDICAL ASPECTS OF FOOD POLICY. *Nutritional aspects of*

*cardiovascular disease.* London, H.M. Stationery Office, 1994.

*Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases.* Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 797).

STALLONE, D.D. ET AL. Dietary assessment in Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socioeconomic variation in nutrient intake. *European journal of clinical nutrition*, 51: 815–825 (1997).

WORLD CANCER RESEARCH FUND. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997.

## 10. TRANSPORTE

**El transporte saludable consiste en reducir el uso de los automóviles y motivar a la gente a caminar y montar en bicicleta, con el respaldo de un sistema mejor de transporte público.**

### La evidencia

Montar en bicicleta, caminar y usar el transporte público promueven la salud de cuatro maneras: posibilitan el ejercicio, reducen los accidentes fatales, aumentan el contacto social y reducen la contaminación del aire.

Como la automatización ha reducido el ejercicio que se hacía en los trabajos y las faenas del hogar, la gente necesita encontrar nuevas formas de integrar el ejercicio en sus vidas. Eso puede lograrse reduciendo la dependencia de los automóviles, caminando más y montando en bicicleta, y ampliando el sistema de transporte público. El ejercicio frecuente protege contra enfermedades cardíacas y, como limita la obesidad, reduce el inicio de diabetes. También promueve un sentido de bienestar y protege a los ancianos de la depresión.

Si se reduce el tráfico vehicular, habrá menos muertes y accidentes graves en las vías. Aunque los accidentes vehiculares lesionan a ciclistas y peatones, los accidentes ciclísticos lesionan a relativamente pocas personas. Los espacios urbanos bien planificados que separan a ciclistas y peatones del tráfico vehicular, aumentan la seguridad de quienes andan a pie y en bicicleta.



*Las vías deben dar prioridad a los ciclistas.*

Si las personas recurren más a caminar y montar en bicicleta y a usar el transporte público con más frecuencia, se estimulará la interacción social en las calles, donde los automóviles han aislado a las personas unas de otras. El tráfico vehicular separa a las comunidades y divide cada lado de las calles. Las calles dejan de ser espacios sociales cuando el número de peatones se reduce y el miedo a ser atacado aumenta por el aislamiento resultante. Además, los suburbios que dependen de los carros para acceder a ellos aíslan a quienes no poseen un vehículo, particularmente los jóvenes y los ancianos. El aislamiento social y la falta de interacción comunitaria están fuertemente asociados con una salud más deficiente.

Si se reduce el tráfico vehicular habrá menos contaminación proveniente de los tubos de escape. Caminar y montar en bicicleta casi no requieren el uso de combustibles no renovables y no conducen al calentamiento global. Tampoco crean enfermedades por contaminación del aire, no ocasionan ruido y son medios preferibles de transporte para las ciudades ecológicamente compactas del futuro. En comparación con los carros, las bicicletas, que se pueden fabricar localmente, tienen una buena “huella ecológica”.

### **Implicaciones en las políticas**

A pesar de sus efectos perjudiciales para la salud, los viajes en carro están aumentando rápidamente en los países europeos, a diferencia de los viajes a pie y en bicicleta que cada vez son menos frecuentes. Las políticas públicas nacionales y locales deben invertir estas tendencias. No obstante, los gremios de transportadores tienen fuertes intereses personales. Muchas industrias —

petrolera, del caucho, vial, automotriz, ventas y reparaciones, y publicitaria— se benefician del uso de los carros. Al igual que en el Siglo XX presenciamos el comienzo en la reducción de la adicción al tabaco, el alcohol y las drogas, en el Siglo XXI deberíamos presenciar una disminución en nuestra dependencia de los carros.

Los caminos deben dar prioridad a los viajes cortos a pie y en bicicleta, especialmente en los pueblos. Es necesario mejorar el transporte público para viajes más largos y dotarlo de conexiones más frecuentes a las áreas rurales. También hay que cambiar los incentivos, lo que significa, por ejemplo, reducir los subsidios estatales para la construcción de caminos, aumentar el apoyo financiero para el transporte público, crear disuasivos fiscales para el uso comercial de carros y aumentar los costos y las multas del estacionamiento. También se requieren cambios en el uso del suelo, como convertir calles en espacios verdes, eliminar las zonas de estacionamiento, dedicar vías para uso exclusivo de peatones y ciclistas, aumentar las calzadas para autobuses y bicicletas, y detener el crecimiento de suburbios de baja densidad y supermercados fuera de la ciudad que incrementan el uso de los carros. Cada vez más la evidencia sugiere que la construcción de más vías promueve un mayor uso de los carros, mientras que las restricciones de tráfico pueden, contrariamente a las expectativas, reducir la congestión.

## BIBLIOGRAFÍA

DAVIES, A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

ELKIN, T. ET AL. *Reviving the city: towards sustainable urban development*. London, Friends of the Earth, 1991.

*On the state of health in the European Union*. Brussels, Commission of the European Communities, 1996.

PRICE, C. & TSOUROS, A., ed. *Our cities, our future. Policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).

*Traffic impact of highway capacity reductions*. Summary report. London, MVA and ESRC Transport Studies Unit, University College, University of London, 1998.