



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO 62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 4.15 del orden del día provisional

CD50/19, Add. I (Esp.)
15 de septiembre del 2010
ORIGINAL: ESPAÑOL

MESA REDONDA SOBRE URBANISMO Y VIDA SALUDABLE (Documento de antecedentes para el debate)

Urbanismo: un reto para la salud pública

1. La megatendencia de integración y crecimiento demográfico de las ciudades responde en parte a la dinámica cultural, económica y política concentrada en estos espacios. El resultado de esta tendencia es que, desde 1975, la población de las megaciudades (ciudades de más de 10 millones de habitantes) se ha triplicado; por lo general, esto ha ocurrido también en las ciudades de más de un millón de habitantes (1). El mundo se urbaniza a un ritmo sin precedentes: en 1900 el 13% de la población mundial (220 millones) residía en ciudades; en 1950, la población urbana ascendía al 29,1% (732 millones); mientras que en el 2005, el 49% de la población vivía en asentamientos urbanos, es decir, 3.171 millones de personas (2). Esta tendencia es muy marcada en las Américas, región que presenta el mayor grado de urbanización y de aglomeración de las ciudades de todo el mundo; esto se traduce en el crecimiento del número de ciudades pequeñas, medianas y grandes, y su aglomeración en zonas metropolitanas y megalópolis. En América Latina y el Caribe ha ocurrido una transición temprana y acelerada en comparación con otras regiones de desarrollo similar al pasar, en 1959, de 42% de población urbana con respecto a la población total a 77% en el 2005 (1).

2. La proporción de ciudades de más de 20.000 habitantes es mayor en América Latina que en Europa. En el 2010, el 79,4% de la población de la Región de las Américas vive en zonas urbanas y se prevé que la mayor parte del crecimiento demográfico futuro tenga lugar en las ciudades (2). En la Región de las Américas, seis de las zonas urbanas más grandes son megaciudades y se encuentran distribuidas así: dos en Brasil (São Paulo y Río de Janeiro), dos en Estados Unidos de América (Nueva York y Los Ángeles), una en Argentina (Buenos Aires) y una en México (Ciudad de México). Otras ciudades importantes son Bogotá (Colombia) y Lima (Perú), cada una de las cuales cuenta con más

de ocho millones de habitantes, seguidas de Santiago (Chile) y Belo Horizonte (Brasil), con unos seis millones de habitantes cada una (2). Si bien estas grandes urbes siguen creciendo, las ciudades de tamaño intermedio de la Región (en general, con poblaciones de dos a cinco millones) están experimentando actualmente las mayores tasas de crecimiento demográfico.

3. El nivel socioeconómico y político de las ciudades de tamaño intermedio de la Región es menor al de los grandes centros metropolitanos. Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la pobreza y las condiciones de vida precarias en las ciudades de la Región revela que, desde 1995, la mayor proporción de familias pobres se encuentra en las ciudades de tamaño intermedio (3). En el 2001, 127 millones de personas que representan un 33% de la población de la Región vivían en barrios pobres, es decir, 35% de la población de América del Sur y 24% de la población de Centroamérica y el Caribe (4).

4. Las ciudades atraen por su potencial de agrupar oportunidades de mejorar la calidad de vida y el bienestar humano (2). En las ciudades se alcanzan economías de escala en la eventual disponibilidad de servicios educativos, conocimientos, atención médica, alimentos, además de que el crecimiento industrial brinda oportunidades de empleo remunerado. La concentración tanto de tecnología e insumos como de profesionales para la prestación servicios de atención médica en la Región es muy desigual entre el medio urbano y el rural. Por ejemplo, hay de 8 a 10 veces más médicos en las ciudades que en el medio rural (5): en la Argentina, la razón es de 10:1, en el Paraguay de 16:1, en Nicaragua de 27:1, en el Perú de 5.3:1 y en Colombia de 2.4:1 (6). En el Canadá, en el 2004, solo 9.4% de los médicos trabajaba en zonas rurales, donde reside 21.1% de su población. Al 2005, un examen que condujera un Departamento de Salud mostró una concentración equivalente al 80% de todos los médicos y del 87% de los especialistas en las ciudades donde solo reside el 59% de la población (7). En general en los Estados Unidos de América, la razón urbano-rural de médicos de atención primaria en salud para el 2005 es 1.5:1, mientras que la de especialistas es de 2.4:1 (8); en México un estudio del 2005 mostró que en el estado de Chiapas, con un 54% de población rural, tenía 0.79 médicos por 1000 habitantes, cuando en la Ciudad de México, con 99.5% de población urbana, tenía 3.03, esto es, una razón de 3.8:1 (9). Un informe del 2002 en el Uruguay complementa el panorama (10). El Brasil, cuenta con 6 médicos por 10.000 habitantes en la región Norte, 8 por 10.000 en el Nordeste y 21 por 10.000 en el Sudeste; en Guatemala, la razón rural-urbana es de 4:1; en la Argentina la razón entre la ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego es de 10.13:1. Así la población alcanza en la ciudad mejores niveles de ingresos; para el 2007, en América Latina el nivel de pobreza de la población rural era 53% superior al de la población urbana (2). La mayoría de las personas de las grandes ciudades tienen acceso a los servicios básicos; las personas viven más, la esperanza de vida promedio es ahora de 75 años. La mayoría puede permitirse

consumir bienes durables como televisores y equipos de música y cada vez más ciudades han construido parques y lugares de ocio (2).

5. En la región de América Latina y el Caribe (ALC) el proceso acelerado e inesperado de crecimiento supera las capacidades para prestar estos servicios, a la vez que en las ciudades se exagera la complejidad y la turbulencia de un mundo interdependiente y desigual. Si bien hay también más disponibilidad de servicios, en las ciudades se registra una mayor flexibilidad e inseguridad laboral y se intensifican las desigualdades intraurbanas en el acceso a los servicios de infraestructura (2) vivienda y economía. La urbanización inesperada es motivo de grave preocupación para ciertas poblaciones vulnerables y está creando rápidamente una crisis humanitaria. Así, este año, un 30,8% de los habitantes de las zonas urbanas de América Latina y el Caribe viven en barrios pobres que carecen de los servicios públicos básicos (2). En ellos, no hay servicios de agua y saneamiento, de eliminación de desechos, de transporte, de energía, de atención a la salud, de educación ni de protección, contra la pobreza, violencia, lesiones, ni ante las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

6. El contexto de “lo urbano”, que tantos retos plantea, refleja también la permeabilidad de las sociedades, la complejidad de las agendas políticas, así como la proliferación de redes y coaliciones que ejercen su poder e influencia (11). La urbanización no solo diferencia a las poblaciones en términos de la dicotomía tradicional de lo rural y “lo urbano”, sino que además intensifica la heterogeneidad en las condiciones que determinan la situación de salud de sus pobladores, tanto en su distribución y su inequidad como en su dinámica. Estas diferencias no siempre se identifican en los datos que recopilan y manejan los ministerios de salud (12) ya que tratan a toda la población como un conjunto homogéneo; al no visualizarse la información y la distinción poblacional, la respuesta del sistema de salud no se ha diferenciado lo suficiente con respecto a la condición urbana y sus gradientes sociales, ni permite generar los argumentos para la interacción con los interesados directos.

7. Los edificios, el transporte, el suministro de energía, la industria, la demanda de transporte de los alimentos y el manejo de los residuos de las ciudades dejan una profunda huella climática. (13). De igual manera, las ciudades de las Américas están expuestas a las repercusiones en la salud derivadas de huracanes, vectores que transmiten enfermedades, temperaturas extremas y otros. Se calcula que los desastres naturales relacionados con el cambio climático les cuestan a los países afectados alrededor de 0,6% de su PIB (14). En algunos países como Brasil, se ha documentado que los establecimientos de salud consumen alrededor de un 10% del total de la energía producida en el país (15). Por lo tanto, en el Informe de la OPS “La protección de la salud contra los efectos del cambio climático en la Región de las Américas” (15) se incluyen los elementos de un plan regional cuyas acciones sirven de marco para los

planes nacionales (16); entre ellas se recomiendan explícitamente las acciones destinadas a la protección de la salud urbana. El abordaje de los complejos retos actuales y futuros que plantean los contextos urbanos para la salud humana y ambiental exige el cambio de nuestra manera de pensar y actuar acerca del papel de la sociedad en cuanto a “lo urbano” y, además, una mayor comprensión de las fuerzas y las relaciones que le darán forma a las ciudades en el largo plazo.

La carga de “lo urbano” sobre la salud

8. En las ciudades la población no se distribuye uniformemente, y menos en el contexto latinoamericano (2). Se observan diferencias entre las áreas residenciales de ricos y pobres, con viviendas formales e informales, muchas de estas edificadas por medio de procesos de autoconstrucción. Entonces, estas últimas cuentan con diferente accesibilidad y asequibilidad a los servicios urbanos; el resultado es que el agua potable es todavía escasa en tres de cada cuatro hogares de algunos países de América Latina, y el alcantarillado es deficiente en 50% de los hogares (2). El aumento de los asentamientos irregulares en la Región ha tenido como consecuencia que casi 50% de la población de la Región vive en ellos (18). La estructura y la extensión de este tipo de asentamiento dificultan las relaciones sociales, familiares, comunitarias y de género, todo lo cual se suma a su atracción migratoria, para modificar considerablemente el apoyo social disponible.

9. La distribución de los determinantes inmediatos de la salud varía mucho entre las poblaciones urbanas, lo que incluye, entre otros, el acceso a los servicios de salud, a alimentos adecuados en cuanto a calidad y precio; la posibilidad de espacio para practicar la actividad física (20); el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas; la exposición a sustancias químicas tóxicas (19). Las condiciones de transporte y producción urbanas propician cambios en la calidad del aire, el agua y el suelo (19). Aunque no disponemos de información desglosada para la Región, la inseguridad vial es evidentemente mayor en las ciudades, y peor en aquellas con menor ordenamiento.

10. De esta forma, “lo urbano” genera una carga específica para los servicios de atención de salud, ya que tienen que asegurar equidad al hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, como cáncer, diabetes, trastornos respiratorios, cardiovasculares, enfermedades mentales y las que resultan de los entornos favorables a las enfermedades transmisibles, como las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el dengue, la fiebre amarilla y la tuberculosis, entre otras. La tendencia a la obesidad en ALC es mayor en las zonas urbanas y de mayor pobreza (21). Lo “urbano” es también un factor determinante de las lesiones por accidentes de tránsito que en la Región ocasionan no menos de un 3,2% de los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y la violencia. La tasa de homicidios de la Región, de 27,5/100.000,

es la más alta del mundo (2). Su determinación social se ha estudiado y se han documentado tasas de mortalidad de entre 23 a 62 por 100.000 habitantes en lugares de pobreza media y alta junto con alta densidad urbana, cifra mucho más alta que donde hay poca pobreza y niveles altos de urbanización cuyas tasas están en el intervalo de 3,0 a 7,7 por 100.000 habitantes (22). Las lesiones y la violencia contribuyen a la percepción de inseguridad con repercusiones en los trastornos mentales (ansiedad y depresión) en las personas y las familias residentes en los barrios pobres de las ciudades (11).

El costo de “lo urbano” para la salud

11. Las condiciones de la vida urbana tienen costos sociales, financieros y políticos para los sistemas de salud y para las familias mismas. Al abordar las condiciones de la vida urbana hay que tener en cuenta que se trata de un problema en gran escala debido al número de personas afectadas y a la vulnerabilidad de las ciudades. A título de ejemplo, cabe mencionar los impactos de la contaminación atmosférica que le cuestan anualmente a São Paulo unos 28.212 años de vida saludable (23); la concentración de personas en Ciudad de México aceleró el contagio interpersonal y la propagación de la gripe A (H1N1) lo que le costó al país cerca de 0,5% de su PIB (24); las inundaciones como lo ocurrido en Nueva Orleans, Estados Unidos de América y los terremotos, como los de Puerto Príncipe, Haití y el de Chile. La principal responsabilidad social y política de dar una respuesta para proteger a las personas en esas condiciones críticas recae en las autoridades y los servicios de salud, que deben estar al frente de toda respuesta social e intersectorial pertinente.

La pertinencia de influir en el futuro de las ciudades desde el sector de la salud

12. El entorno construido por el hombre define la situación de la salud. En ALC hay una combinación de ciudades, algunas muy bien establecidas y otras donde está ocurriendo un proceso de regularización de los asentamientos irregulares; este proceso implica decisiones de política en materia de construcción de nuevas viviendas, saneamiento básico, diseño de opciones de transporte, energía, manejo de residuos, e industrialización. Una vez que se ha construido la infraestructura, su modificación resulta muy costosa; esta define en gran medida el carácter y la cultura de la sociedad, sus relaciones, el impacto sobre la calidad ambiental y los resultados de salud de su población.

13. En razón de la fase de desarrollo en que se encuentran las ciudades de los países de la Región hay una gran oportunidad para generar un diseño más favorable para la salud de la población. Por lo tanto, incidir ahora en la definición del futuro de la ciudad es una inversión que se ve en el corto y mediano plazo e influye en el nivel de bienestar, en la calidad de vida, en la capacidad funcional y en la salud de la población. La

capacidad de planificación urbana sigue siendo limitada en toda la Región. En toda América Latina hay apenas 27 escuelas universitarias con programas de planificación urbana, en comparación con 88 tan solo en los Estados Unidos. Los ministerios de salud deben desempeñar una función primordial en las actividades de planificación urbana (20) vinculándola con los criterios de salud pública más allá de la distribución geográfica tradicional de los servicios de atención médica; este vínculo debe estar estructurado desde sus fundamentos legales hasta su ejecución. En ese contexto, se deben considerar las guías recientemente generadas por la OMS (25) que incluyen los esquemas formativos, incentivos financieros, mecanismos regulatorios y otros incentivos no financieros para impulsar la práctica rural, y los modelos para vincular funcionalmente al medio rural con los servicios médicos urbanos, como se intenta con las propias redes de servicios de atención médica bajo la rectoría directa de los ministerios de salud, vinculando virtualmente los servicios especializados (26) o a través de métodos de planificación de redes a mediano y largo plazo con la intención de acercar más los servicios a la población (27).

La respuesta dentro del propio sector de la salud

14. Dentro del sector de la salud propiamente dicho es necesario contar con modelos adecuados para los servicios de atención de salud que respondan a los recursos y a los retos planteados por la complejidad urbana. Hay que disponer de servicios que se acerquen a la población oportunamente, que puedan desplazarse fácilmente, en especial en materia de atención primaria, dotados de personal debidamente capacitado para trabajar en los medios urbanos, y que utilicen tecnologías que contribuyan a reducir las desigualdades. Esto es de particular importancia en el caso de los programas focalizados de mitigación de la pobreza (28), los programas de salud para la industria y los servicios de salud en escuelas y universidades. Los modelos deben abordar las capacidades sociales e institucionales, así como las necesidades de la población urbana para mantener la salud. Las actividades de promoción y reglamentación de los determinantes ambientales también tienen que responder a las condiciones urbanas, así como a su propia huella ambiental.

Respuesta de otros sectores motivada por la salud

15. Los ministerios de salud tienen que desplegar su capacidad de incidir en los determinantes de la salud que son manejados por otros sectores, y reducir en el origen la mayor carga de enfermedad. Para ello deben ejercer su función rectora incluyendo en ella (29) la generación de información y la vigilancia en materia de salud urbana, desarrollando indicadores socioeconómicos que indiquen las diferencias en el interior de las ciudades y con respecto al resto de la nación; producir guías y normas sobre salud para incluirlas en la planificación y el desarrollo urbanos; e incorporar las metodologías

de análisis de impacto en la salud en el diseño de políticas, programas y proyectos de desarrollo urbano. Los ministerios de salud deben aprovechar el propio contexto de las administraciones de las ciudades que integran múltiples sectores bajo un alcalde o gobernador para insertar en ellos la perspectiva de salud (30).

Pasos siguientes

16. En la discusión de la mesa redonda los ministros de salud habrán de analizar la oportunidad que representan las ciudades para tratar de mejorar la salud a escala de las grandes poblaciones que ellas concentran: el beneficio puede ser sustancial. Para ello habrá que discutir los elementos que se necesitan para definir una política de salud urbana y que sirvan para integrar los criterios de salud pública en la planificación de las ciudades. En esta acción rectora se deben considerar sistemas de vigilancia de la salud que diferencien la condición social de sus poblaciones y el grado de urbanización en el que viven; el diseño y la operación innovadores de sus propios servicios con modelos diferentes para las personas y familias que viven en el contexto urbano. Para que los ministerios ejerzan su función rectora habrán de considerar la incorporación del análisis de impacto que tienen en la salud las actividades de otros sectores y con ello emprender esfuerzos integrados hacia la promoción de una mejor calidad de vida de las poblaciones urbanas. Compete al Ministerio de Salud servir como elemento catalítico para este trabajo multisectorial, con su apoyo técnico y con las normas y guías pertinentes. Esperamos que los ministros de salud definan la necesidad de una estrategia o plan regional que la Oficina ponga en práctica para que sirva de marco a los procesos futuros y oriente mejor su labor.

Referencias

1. United Nations Population Fund. State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth United Nations Population Fund (UNFPA). Nueva York, 2007.
2. ONU-HABITAT. Estado de las Ciudades en América Latina y el Caribe. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-HABITAT), Río de Janeiro, (Brasil): 2010.
3. MacDonald J. La otra agenda urbana: tareas, experiencias y programas para aliviar la pobreza y precariedad en las ciudades de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas. Santiago: CEPAL: 2005.
4. Kjellstrom T, Mercado S, Sami M, Havemann K, Iwao S. Achieving Health Equity in Urban Settings. J Urban Health 2007 May; 84(1): i1-i6.

5. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007; Washington, D.C. (EUA); OPS: 2007. Puede consultarse en:
http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 622, Washington, D.C. (EUA): 2007.
7. Minnesota Department of Health. Demographics of Physicians, Nurses and Dentists: Urban-Rural Comparisons of Minnesota's Health Care Workforce. Office of Rural Health & Primary Care Health Workforce Analysis Program. Minnesota Department of Health, St. Paul, MN, November 2005.
8. Reschovsky JD, Staiti A. Physician Incomes in Rural and Urban America. CSHSC Issue Brief No. 92. Enero del 2005.
9. Nigenda G, Ruiz JA., Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. Human Resources for Health 2005, 3:3, doi:10.1186/1478-4491-3-3.
10. Lazarov L, Lorente JL., Turnes AL. Número de médicos en Uruguay: Elementos para un análisis. 10 de diciembre del 2002. Puede consultarse en:
<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/numeromedicos.pdf>
11. The World Bank. The urban poor in Latin America/Marianne Fay (editor). Washington, D.C. (USA): 2005. Puede consultarse en:
<http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPURBDEV/Home/20843636/UrbanPoorinLA.pdf>
12. Pan American Health Organization. First Meeting of the Pan American Health Organization's Regional Urban Health Forum: Toward a Conceptual Framework of Urban Health and Agenda for Action in the Americas; 27-29 November 2007; Mexico City. Washington, D.C. Pan American Health Organization; 2008 [Consultado el 15 de abril del 2010]. Puede consultarse en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd68/foroeng.pdf>
13. World Health Organization. What WHO is doing for climate and health. [Consultado el 20 de agosto del 2010]. Puede consultarse en:
http://www.who.int/globalchange/health_policy/who_workplan/en/index.html
14. The World Bank. The politics of climate change in Latin America. [Consultado en agosto del 2010]. Puede consultarse en:
<http://www.latinocambio.com/2009/05/latin-america-and-climate-change-crisis.html>

15. World Health Organization. Healthy Hospitals Healthy Planet Healthy People: Addressing climate change in health care settings. World Health Organization (WHO) and Health Care without Harm (HCWH). Discussion Draft. Puede consultarse en:
http://www.who.int/globalchange/publications/climatefootprint_report.pdf
16. Organización Panamericana de la Salud. Informe Oficial “La protección de la salud contra los efectos del cambio climático en la Región de las Américas: Pasar de las pruebas a la acción” (Anexo A) de la Mesa redonda sobre cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional (documento CD48/16). 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C. (EUA): OPS; 2008.
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe final de la Mesa redonda sobre cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional (documento CD46/16, Add. II). 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C. (EUA): OPS; 2008.
18. United Nations Human Settlements Programme. The challenge of slums: global report on human settlements, 2003 / United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat): 2003. Puede consultarse en:
<http://www.unhabitat.org/downloads/docs/GRHS.2003.pdf>
19. Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. WHO Kobe Centre, Kobe, Japan: (2008). Puede consultarse en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf
20. Global Research Network on Urban Health Equity (GRNUHE). Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health. Final Report of the Global Research Network on Urban Health Equity (GRNUHE), julio del 2010. Puede consultarse en:
<http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE/GRNUHEPublication/grnuhefinal>
21. Kain J., et al. Obesity trends and determinat factors in Latin America [Tendencias en la obesidad y factores determinantes en América Latina] Cad. Saúde Pública v.19 (Supl. 1), Río de Janeiro (Brasil): 2003.
22. Briceño León, R., et al. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. International Journal of Epidemiology (2008) 37(4): 751-757 doi: 10.1093/ije/dyn153.
23. Georges el Khouri Miraglia S, Nascimento Saldiva PH. An evaluation of air pollution health impacts and costs in São Paulo, Brazil. Environ Manage. 2005 May;35(5):667-76.

24. Stern AM, Markel H. What Mexico Taught the World About Pandemic Influenza Preparedness and Community Mitigation Strategies. *JAMA*. 2009;302(11): 1221-1222.
25. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. World Health Organization. Geneva (Switzerland): 2010.
26. Southon G. The role of professional networks in radiology services. *Rev Panam Salud Pública* v.20(2-3):99–103 Washington Aug./Sept. 2006.
27. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Plan Maestro de infraestructura física en salud. Red de servicios de atención a la salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPS), Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud de México, D.F. Noviembre del 2003.
28. Rawlings LB, Rubio GM. Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. *The World Bank Research Observer* (Spring 2005) 20(1):29-55 doi:10.1093/wbro/lki001.
29. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington, D.C. (EUA): 2007.
30. Stahl T., et al. Health in All Policies. Prospects and potentials. The European Observatory on Health Systems and Policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Puede consultarse en:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf.