

Iniciativas de salud en Latinoamérica: de la Oficina Sanitaria Panamericana a la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública

José Ignacio Santos Preciado, MC, M en C,⁽¹⁾ Carlos Franco Paredes, MC, MSP.⁽²⁾

Santos-Preciado JI, Franco-Paredes C.
Iniciativas de salud en Latinoamérica:
de la Oficina Sanitaria Panamericana
a la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 3:S289-S294.

Santos-Preciado JI, Franco-Paredes C.
Health Initiatives in Latin America: A historical
assessment from the inception of the Pan American
Sanitary Bureau to the Mesoamerican Health Initiative.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 3:S289-S294.

Resumen

Históricamente, la salud pública en Latinoamérica ha atravesado por diferentes etapas influidas por eventos regionales o globales, por instituciones públicas como la Organización Panamericana de la Salud, o por iniciativas de fundaciones filantrópicas u organizaciones internacionales bilaterales o multinacionales. Estas diferentes iniciativas han resultado en mejoras significativas en la salud pública en las diferentes regiones de América Latina. En general, ha habido un aumento en los índices de desarrollo humano y en la salud; sin embargo, estos éxitos no son compartidos por todos en América Latina. En la región Mesoamericana, que abarca desde el sur de México hasta Panamá, ha existido una transición epidemiológica inversa a pesar de esfuerzos regionales y nacionales. El determinante fundamental es la inequidad social prevalente en Mesoamérica y su focalización en poblaciones indígenas y en aquellas de origen afroamericano que viven en zonas urbanas, periurbanas y rurales. La Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública (IMSP) es una asociación público-privada que pretende cambiar el rumbo de la salud pública de las poblaciones más desprotegidas y, de esta forma, promover acciones que contribuyan a mejorar las desigualdades de salud y cumplir con los objetivos del milenio en la región.

Palabras clave: salud pública; Oficina Sanitaria Panamericana; Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública; Latinoamérica.

Abstract

Latin America has undergone gradual transformations in public health influenced by historical events locally or at a global level. These epidemiologic transitions have also occurred through the implementation of interventions by public institutions such as the Pan-American Health Organization, by philanthropic foundations, non-governmental organizations, and bilateral or multilateral international donor organizations. These public health initiatives have produced substantial improvements in the health status of many populations in Latin America. Overall, human development and health have advanced over the past century. However, these public health benefits have not been shared equally among all areas of Latin America. The Mesoamerican Region—the area encompassing from Southern Mexico to Panama—continues to experience profound social inequities focalized to indigenous communities and groups of African-descent living in urban, periurban, or rural areas. The Mesoamerican Health Initiative is a private-public partnership that attempts to close the gap of health inequalities affecting the most vulnerable populations in this region of Latin America.

Key words: Public health; Pan American Sanitary Bureau; Mesoamerican Health Initiative; Latin America.

(1) Unidad de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México DF, México.

(2) Hospital Infantil de México Federico Gómez y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Emory, Atlanta, GA, EUA.

Fecha de recibido: 26 de mayo de 2011 • Fecha de aceptado: 17 de junio de 2011

Autor de correspondencia: Dr. José Ignacio Santos Preciado, Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Dr. Balmis 148, Col. Doctores. 06720 México DF, México.

Correo electrónico: jisantosp@gmail.com

América Latina es la región económica y financieramente más volátil del mundo.¹ Mientras que el ingreso per cápita varía considerablemente entre los países de la región, se considera que esta parte del mundo comparte muchas características con otras zonas consideradas subdesarrolladas o como economías en transición. Sin embargo, existen tres importantes características que distinguen a América Latina y que incluyen: 1) mayor número de países con gobiernos democráticos; 2) mayor número de mercados financieros abiertos al exterior, y 3) mayor inequidad social.¹

En las últimas décadas, el diseño e implementación de políticas de crecimiento económico y desarrollo social enfocadas a las poblaciones más desprotegidas han jugado un papel importante en la búsqueda de la superación de las inequidades sociales que América Latina ha arrastrado durante siglos. En este sentido, en cualquier discusión sobre equidad social y justicia, la salud y la enfermedad figuran como dos de los aspectos críticos en las agendas para la distribución equitativa de recursos económicos y justicia social.² La equidad en salud no sólo abarca la distribución y acceso a los servicios, sino la capacidad de obtener salud y bienestar mediante libertades sociales y políticas, disponibilidad de agua limpia y saneamiento proporcionada por autoridades, nutrición adecuada, mejoras en las condiciones de vida (habitación y vestido) y oportunidades para educación y empleo. Todos estos aspectos se encuentran actualmente expresados en la propuesta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000 y como parte del grupo de intervenciones dirigidas a mejorar los determinantes sociales de la salud.³

A lo largo del siglo XX, e inclusive extendiéndose al nuevo milenio, la región se ha caracterizado por tener tasas de mortalidad infantil y materna muy elevadas, debido a problemas que tienen que ver con la nutrición, el acceso inadecuado y falta de calidad en la atención antenatal, perinatal y neonatal, y ubicuidad de procesos infecciosos que afectan a niños menores de cinco años que, en su mayoría, son prevenibles, como diarreas, neumonías y otras enfermedades que pueden evitarse por medio de la vacunación. De la misma forma, en algunas zonas muy limitadas se ha identificado una disminución en la incidencia y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, pero ha habido un aumento en la de enfermedades crónico-degenerativas. Sin embargo, esta transición epidemiológica no ha ocurrido en muchos lugares y en realidad se considera que en muchas regiones existe una transición inversa, debido a la persistencia de enfermedades infectocontagiosas, aunada a un incremento en la presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

La región mesoamericana –desde el sur de México hasta Panamá– se considera una de estas zonas en América Latina, donde la inequidad social se encuentra focalizada en poblaciones indígenas y en las de origen afroamericano que viven en zonas urbanas, periurbanas y rurales, que se traduce directamente en mala salud. En esta revisión histórica se analiza la mayoría de las iniciativas de la salud pública en Latinoamérica en tres etapas: a) inicio del siglo XX; b) después de la segunda guerra mundial, y c) el nuevo milenio. El objetivo es, entonces, proporcionar el contexto histórico en la región, previo al establecimiento de la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública.

Principios del siglo XX

Como respuesta a la problemática de salud pública existente, desde los inicios del siglo XX, en la búsqueda de la equidad social y en salud en América Latina han existido múltiples actores:⁴ instituciones locales, regionales e internacionales; iniciativas y programas regionales y hemisféricos; así como innumerables sanitaristas⁵ y científicos que han colaborado dentro de un marco de solidaridad regional.

La Fundación Sanitaria Rockefeller, establecida en 1911, es la organización filantrópica considerada como pieza fundamental en la salud pública en América Latina en la primera mitad del siglo XX.³ Las aportaciones de la Fundación inician con programas para reducir enfermedades portuarias asociadas con la extensión y exploración marítima de rutas comerciales de la región (fiebre amarilla, cólera, paludismo y otras enfermedades tropicales); pero que después incluyó programas para mejorar las condiciones de vida de diversas poblaciones de la región, incluyendo intervenciones nutricionales e, incluso, de salud materno-fetal. Otras instituciones académicas norteamericanas y europeas dedicadas a la medicina tropical y a la salud internacional fueron y continúan siendo importantes colaboradoras en iniciativas regionales de salud pública en América Latina. A principios del Siglo XX, las universidades de Harvard, Columbia, Tulane y la Universidad de California en San Francisco fueron pioneras en colaboraciones en iniciativas de salud pública. Asimismo, organizaciones e instituciones europeas como la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Liga de Naciones, Liga de Sociedades de la Cruz Roja y el Instituto Pasteur, todas ellas motivadas por las epidemias de cólera, tifoidea y otras enfermedades tropicales, influyeron directamente en programas de investigación en enfermedades tropicales que azotaron la región. Estas colaboraciones europeas fueron cruciales en la capacitación y profesionalización de prominentes científicos latinoamericanos como Oswaldo Cruz y Carlos

Chagas, quienes posteriormente realizaron descubrimientos que cambiaron el panorama histórico de la salud pública en la región y dieron lugar al establecimiento de instituciones de prestigio internacional como el Instituto Oswaldo Cruz (Brasil), el Instituto Gorgas (Panamá) y muchas otras instituciones más.

La Fundación Kellogg comenzó a trabajar en la región en 1941 y, durante seis décadas de asociación, cerca de 2 000 proyectos en América Latina y el Caribe recibieron apoyo de más de 600 millones de dólares en financiamiento. Uno de los proyectos más emblemáticos con apoyo financiero de esta Fundación fue el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), fundado en 1949 por iniciativa de los ministros de Salud, con la colaboración de la Organización Panamericana para la Salud y el apoyo financiero de la Fundación Kellogg. Con sede en la ciudad de Guatemala y oficinas en cada uno de sus Estados miembro (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), el INCAP se desarrolló como una institución dedicada principalmente a la investigación en nutrición clínica sobre deficiencias de la alimentación y nutrición, que se ha traducido en intervenciones por medio de programas de suplementación nutricional y fortificación de alimentos básicos, lo que ha contribuido a mejorar la desnutrición infantil en todas sus formas en la región mesoamericana.

En este recorrido histórico, la institución coordinadora y regidora de la salud pública regional ha sido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde su establecimiento hace ya más de cien años.⁴ El papel coordinador de la OPS se complementa hasta la fecha con programas de otras agencias de la Organización de las Naciones Unidas, como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que han facilitado mejoras nutricionales y de programas de vacunación durante la infancia. Desde un punto de vista histórico, la institución precursora de la OPS fue la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), establecida en 1902 como resultado de la resolución de la Segunda Conferencia de la Unión Internacional de Países Americanos, celebrada en la Ciudad de México en enero del mismo año. La OPS se origina por la influencia de diversas iniciativas internacionales, de las cuales cabe la pena reconocer el liderazgo del Servicio de Hospitales Navales Estadounidense que, para 1912, cambió su nombre por el de Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.⁴ La salud portuaria regida por medio de leyes y normas para el control de enfermedades infecciosas, como el cólera y la fiebre amarilla, que permitiera la expansión comercial naval y apertura de mercados entre países americanos, fue el factor determinante para el establecimiento de la OSP. Para marzo

de 1923, esta institución pasó a denominarse Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) durante la celebración de la quinta Conferencia de la Unión de Países Americanos en Santiago, Chile. Una institución colaboradora muy cercana a la OSP fue la Fundación Rockefeller, cuya influencia y apoyo financiero inicial fue inyectado durante la campaña de la erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, el vector de la fiebre amarilla identificado por el doctor Carlos Finlay.⁵⁻⁶ Con la confirmación de la teoría de Finlay en colaboración con el doctor Walter Reed y su equipo, las primeras campañas sanitarias para combatir a los mosquitos se iniciaron en 1901, las cuales durarían varias décadas.⁷ El doctor Fred Soper, quien coordinó las actividades de erradicación del mosquito, fue más tarde nombrado director de la OSP.⁵ El instrumento legal que enmarcó las actividades y organización de la OSP hacia una política de salud continental fue el Código Sanitario Panamericano.⁸⁻¹⁰ Este código fue presentado en la Habana, Cuba, en 1924, en la ocasión de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, y fue firmado por 21 países en el salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales (actual Museo de Historia de las Ciencias Doctor Carlos J. Finlay). Desde su concepción y diseño, subrayó la contribución de la salud humana al progreso económico de los países y al intercambio comercial, así como el papel fundamental de la higiene portuaria en la promoción de la salud.^{4,8} Puesto en práctica en 1936, se le considera uno de los sucesos de mayor trascendencia en la historia de la salud pública de los países americanos. El código también representa el mayor logro histórico en la normalización de la salubridad en el continente americano, ya que sintetiza la culminación de décadas de iniciativas internacionales, dirigidas a promover la salud y prolongar la vida.

Después de la segunda guerra mundial

La salud pública floreció en Latinoamérica y otras regiones del mundo después de la segunda guerra mundial, con el interés geográfico-histórico en el creciente poder administrativo de los Estados dominantes modernos y del desarrollo de los sistemas de bienestar social y la redistribución social.¹¹ Previo a este periodo, la salud pública se enfocaba principalmente en la idea sanitaria de reforma ambiental y medicina preventiva.¹²

En esta época histórica, el papel de la OSP continuó siendo muy importante. Por medio de un acuerdo internacional al término de la segunda guerra mundial, con el establecimiento de la ONU, la OSP se convirtió en la oficina regional de la Organización Mundial de Salud. Es en 1959 cuando la OSP pasa a denominarse Organización Panamericana de la Salud (OPS), al ser reconocida

como una institución interamericana encargada de la salud pública dentro del sistema institucional de la ONU. Con este cambio organizacional, la OPS comienza a contratar a un número mayor de personal internacional, ya que previamente eran principalmente trabajadores del Servicio Público de Salud Estadounidense quienes se encargaban de su operación y funcionamiento. Desde un inicio, y a lo largo de sus tres fases históricas (primera OSI, después OSP y finalmente OPS), la OPS se ha encargado de dirigir los esfuerzos de los países de la región de las Américas para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes.^{5,8,9} La construcción del edificio sede de la OPS inicia el 16 de septiembre de 1963, con la ceremonia de la colocación de la primera piedra del edificio permanente en la ciudad de Washington, D.C., que, hasta la fecha, continúa albergando a la institución.⁸

Desde un punto de vista financiero y de promoción social, es importante hacer notar la influencia regional de agencias de desarrollo internacional de tipo multilateral como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo; y de tipo bilateral como la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) y la Iniciativa Europea para Centroamérica y México. Finalmente, es fundamental mencionar que, durante varias décadas, el gobierno estadounidense, a través del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades en Atlanta y de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, ha proporcionado capacitación y asistencia técnica para iniciativas regionales y hemisféricas en salud pública en América Latina y el Caribe.¹³ Estas contribuciones han favorecido el control y eliminación de enfermedades tropicales como oncocercosis, esquistosomiasis, leishmaniasis, el control de la tuberculosis, el manejo y prevención de VIH/SIDA, y han hecho aportaciones a los sistemas de vigilancia epidemiológica y de monitoreo y evaluación en la salud pública regional. Actualmente, muchas de estas instituciones se han enfocado en el fortalecimiento de los sistemas de salud y en promover esfuerzos de reforma en los sistemas de salud.

En forma análoga, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (creado en el 2002) es una asociación independiente público-privada dedicada a aumentar el financiamiento para luchar contra estas tres enfermedades en los países con mayores necesidades y contribuir a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Fondo Mundial ha proporcionado apoyo financiero para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria en América Latina. El portafolios de subvenciones del Fondo Mundial está organizado en ocho regiones que incluyen los diez países de Mesoamérica. En este periodo,

otros países, por medio de sus agencias internacionales bilaterales de cooperación, como los gobiernos de Japón y España, han contribuido al control de enfermedades infectocontagiosas, en particular al control del paludismo y otras enfermedades por vectores.

En la segunda mitad del siglo XX, la colaboración regional, influida por todos estos y otros actores regionales e internacionales, ha permitido alcanzar las metas históricas propuestas, como el control de la fiebre amarilla, la erradicación de la viruela del hemisferio, la eliminación del sarampión y la viruela, el control de la rabia y tétanos neonatal, y la disminución regional en la mortalidad infantil, asociada a mejoras de vida, incluyendo mejoras alimenticias, de vivienda y acceso a agua limpia. A través de las décadas, y gracias a varias transformaciones secundarias a cambios estratégicos, la OPS ha adquirido un prestigio internacional debido a las importantes mejoras en la salud pública del continente. Otras oficinas regionales de la OMS han utilizado como modelo muchas de las exitosas iniciativas de las OPS. Estos logros en la salud pública han contribuido directamente al mejoramiento de las condiciones de vida y salud, reflejadas en adelantos en los índices de desarrollo humano en varias zonas de la región hacia finales del siglo pasado.

El nuevo milenio

Actualmente, los logros coordinados por la OPS en las Américas han sido muchos y muy importantes. Estos alcances han tomado en cuenta los aspectos producidos por la movilidad de poblaciones, animales y productos que caracterizan a la etapa de la globalización. No cabe duda que las mejoras en salud también han contribuido a optimizar los índices de desarrollo humano, disminuir el crecimiento poblacional y aumentar la longevidad en la región. Se ha conseguido la aplicación de principios de salud que han filtrado a todos los países miembro. Hay varias experiencias exitosas de implementación de sistemas de salud basadas en las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Todos están contruidos sobre la base del fortalecimiento de los sistemas de salud locales (SILOS), atención primaria de la salud, participación comunitaria, y otras políticas que buscan integrar todos los niveles de atención para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la equidad en este aspecto.

Uno de los programas emblemáticos de la OPS es el programa de vacunación universal. Bajo su liderazgo, la región de las Américas fue el primer continente en erradicar la poliomielitis en 1991, eliminar la circulación del virus silvestre de sarampión en el 2004, y controlar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita entre

los años 2000 y 2010. La creación del Fondo Rotatorio, desarrollado en 1979 para la compra de vacunas, jeringas/agujas y equipo de cadena de frío, ha permitido garantizar la compra de vacunas de calidad a un costo menor para los países de la región, con lo que asegura las coberturas de vacunación más altas entre las regiones de la OMS, así como la introducción acelerada de las vacunas de *Hemophilus influenzae b* (Hib), Hepatitis B, rotavirus y antineumococcica. Para el 2010, se preveía que el Fondo suministrara cerca de 155 millones de dosis de vacunas, además de 20.4 millones de dosis de vacuna contra influenza H1N1 pandémica. Hasta el año 2009, más de 288 millones de personas habían sido vacunadas como resultado de la Semana de la Vacunación en las Américas (SVA). Llevada a cabo anualmente, esta iniciativa aboga por la igualdad y el acceso a la vacunación, y promueve el panamericanismo. El objetivo general es fortalecer los Programas Ampliados de Inmunización de la Región, por medio de la vacunación de poblaciones que tienen un alto riesgo de contraer enfermedades prevenibles con inmunización, como las que viven en fronteras y áreas rurales, periferias urbanas, comunidades indígenas, y en municipalidades con baja cobertura de vacunación.¹⁴

A pesar de las mejoras en salud alcanzadas en las últimas dos décadas, desafortunadamente persisten focos de inequidad social en algunas zonas de México, Centroamérica y Sudamérica que se traducen en inequidad en salud: enfermedades que son prevenibles o tratables y que su incidencia y complicaciones contribuyen a generar injusticia social. Los países de Mesoamérica comparten serios problemas y rezagos en lo que se refiere a desarrollo social, mismos que influyen de forma directa a generar desigualdades de salud y requieren de políticas y estrategias innovadoras que capturen las experiencias y lecciones aprendidas de las iniciativas arriba mencionadas.

Como consecuencia de lo anterior, la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública (IMSP) surge como una respuesta contemporánea de los actores e instituciones públicas y privadas a estas desigualdades. Es una iniciativa de carácter regional y análoga a los esfuerzos regionales de la OPS y otras instituciones multilaterales o bilaterales de salud global con importante sustento político y financiero. La IMSP es una propuesta regional de diálogo y coordinación público-privada que articula esfuerzos de cooperación, desarrollo e integración entre los países de la región, y mejora la vida de sus habitantes y se encuentra suscrita por los mandatarios de los gobiernos de los países mesoamericanos y sus ministerios, con miras al fortalecimiento regional del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica del Sistema de Integración

Centroamericana (SICA). El apoyo financiero y técnico de la IMSP proviene de la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF), el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICS) y el gobierno español. La región mesoamericana del hemisferio, conformada por México, los países de Centroamérica, Colombia y República Dominicana, actualmente han iniciado un esfuerzo sinérgico y complementario con las actividades de la OPS, dirigida a fortalecer la equidad en salud en Mesoamérica, mediante la dirigencia de políticas y servicios de salud para las poblaciones más desposeídas.

La IMSP es un esfuerzo de cooperación horizontal que producirá bienes públicos regionales que, por su escala y complejidad, requieren de la acción conjunta de todos los países. A diferencia de iniciativas de salud existentes en la región en las últimas décadas, basadas en modelos verticales de control de enfermedades, la IMSP busca fortalecer los sistemas de salud en la región con intervenciones en forma horizontal. Para ello, desde su inicio, la IMSP les dio prioridad a cuatro grupos de problemas de salud: paludismo y dengue, desnutrición infantil, salud materno-infantil y enfermedades prevenibles por vacunación. Estos problemas, en general, pueden ser abatidos o erradicados con tecnologías disponibles, acciones concertadas, creación de redes de expertos y formación de capital humano.

Asimismo, la IMSP busca identificar y resolver las barreras para alcanzar a las poblaciones más pobres de Mesoamérica, con el fin de implementar intervenciones de salud que utilicen prácticas efectivas con esquemas de financiamiento basados en resultados directamente retroalimentados por evaluaciones de impacto y coordinados por el Banco Interamericano de Desarrollo. Esta iniciativa busca también apoyar a la región con un reforzamiento institucional y de recursos humanos. De esta forma, es factible que la IMSP contribuya a mejorar los sistemas de salud en Mesoamérica al darles cobertura efectiva a las poblaciones más vulnerables, mediante servicios integrados de atención primaria. En este sentido, la IMSP contribuirá a fortalecer el ideal de equidad en salud que promueva la justicia social y, eventualmente, elimine las inequidades sociales en la región.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Rojas-Suares L. Growing Pains in Latin America. CGD Brief [sitio de internet]. Center for Global Development. Septiembre, 2009. [Consultado: 2011 feb 23]. Disponible en: www.cgdev.org.
2. Sen A. Why Health Equity? *Health Econom* 2001;11:659-666.
3. Cueto M. International Health, the Early Cold War, and Latin America. *CBMH/BCHM* 2008;25(1):17-41.

4. Fee E, Brown TM. 100 Years of the Pan American Health Organization. *Am J Public Health* 2002;92(12):1888-1889.
5. Bustamante ME. Los sanitaristas y el ideal de salud en la historia de la OPS. *Bol Of Sanit Panam* 1977;83(6):507-522.
6. Malavassi-Aguilar AP. El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921. *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 2006;7(1):117-149.
7. White JH. Erradicación de la fiebre amarilla. *Bol Of Sanitar Panam* 1930;9(12):1415-1419.
8. Portner S. El edificio de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficial Regional de la Organización Mundial de la Salud. *Bol Of Sanit Panam* 1964;139-160.
9. World Health Organization. Everybody's business-Strengthening Health Systems to Improve Outcomes:WHO's framework for action. Geneva: WHO, 2007.
10. Delgado-García G, Estrella E, Navarro J. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. *Rev Panam Salud Pública* 1999;6(5):350-361.
11. McKeown T, Brown RG. Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century. *Popul Stud* 1955;9:119-141.
12. Szreter S. Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. *Am J Public Health* 2002;92(5):722-725.
13. Krieger N. Latin American Social Medicine: The Quest for Social Justice and Public Health. *Am J Public Health* 2003;93(12):1989-1991.
14. Franco-Paredes C, Jones D, Rodriguez-Morales AJ, Santos-Preciado JI. Improving the Health of Neglected Populations in Latin America. *BMC Public Health* 2007;7.