

Repensar la Carta de Ottawa 30 años después



Rethinking the Ottawa Charter 30 years later

Luis Andrés López-Fernández^{a,b,*} y Orielle Solar Hormazábal^c

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

^c Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Santiago de Chile, Chile

A 30 años de la Carta de Ottawa¹ para la promoción de la salud, aprobada en noviembre de 1986, es válido preguntarse cómo ha logrado influenciar las políticas de salud pública o específicamente, como señala la Carta, «avanzar hacia una nueva salud pública»². Cada efeméride de la Carta de Ottawa se escriben editoriales o suplementos de revistas sobre su alcance. Por ello cabe preguntarse qué nuevo tenemos que decir, qué pensamos de los avances o fracasos de la Carta de Ottawa (ya sea en su diseño, sus contenidos o su implementación) y, por último, qué vigencia tiene en la época actual considerando los profundos cambios que se han producido en todo el mundo.

Tales reflexiones son las que se comparten en este editorial. Los problemas y los desafíos que se presentan para la salud son muchos de ellos similares o incluso los mismos ya descritos; lo que cambian son los contextos, y lo que se requiere son nuevas intervenciones o estrategias para su abordaje.

La Carta de Ottawa y el contexto de su publicación

La Carta puede considerarse como un hito desde la declaración de Alma Ata³ de 1978, que buscó dar un cambio de enfoque en la salud, desde la erradicación y la prevención de enfermedades a la promoción de recursos para la salud. Algunos autores señalan que la aparición de la Carta de Ottawa fue también una consecuencia del fracaso de los postulados contenidos en la estrategia de «Salud para todos»^{4,5}.

La publicación de la Carta de Ottawa se produjo en el inicio del ciclo neoliberal y de expansión de la globalización, en 1986. En estos 30 años de recorrido ha habido una serie de cambios sociales que han recibido distintos nombres, como modernidad líquida⁶, posmodernidad^{7,8}, la sociedad red⁹ o del conocimiento¹⁰. Estos cambios, además de los derivados de la visión económica neoliberal, se han visto acompañados de modificaciones de las relaciones entre las personas, que se han hecho «líquidas» y frágiles, junto a un fuerte proceso de «individuación»; las instituciones sociales, desde la «fábrica» a los gobiernos nacionales y las organizaciones sociales, han perdido fuerza¹¹; los «grandes relatos» (religiosos, nacionales, revolucionarios...) han dejado de dar sentido a la vida de muchas personas⁷; el conocimiento y la información condicionan de forma esencial el funcionamiento económico, y viceversa; las mujeres están masivamente presentes en los espacios laborales

y sociales; y el medio ambiente ha pasado a ser una gran preocupación social. Este conjunto de cambios afectan a la salud y a las políticas necesarias.

Diferentes aproximaciones, enfoques y énfasis

Las lecturas que se han hecho de la Carta de Ottawa, así como los énfasis y las implementaciones, han sido muy diversos. Por un lado, algunos la han visto como un planteamiento más bien político, traducido en el llamado desarrollo de políticas saludables y en la necesidad de construir capacidades en las comunidades y en los individuos para controlar su vida, su salud y sobre todo para incidir en los contextos¹², predominando en su visión los aspectos estructurales de la salud y sobre todo enfatizando la necesidad de tener una respuesta contrahegemónica a los procesos de globalización¹³. Por otro lado, están los que han visto en la Carta de Ottawa una oportunidad para legitimar la necesidad de centrar los esfuerzos de la salud pública en la modificación de los estilos de vida individuales para afrontar las epidemias de las enfermedades no transmisibles crónicas. En estos predomina una mirada más funcionalista, que centra los esfuerzos en acciones de información y capacitación, lo que permitiría y facilitaría a las personas elegir «conductas saludables»¹⁴. Existe una cultura en la salud pública que opina que la promoción de la salud es cambiar las conductas, y que esto es posible dada la absoluta libertad de las personas. La Carta ha sido fundamentalmente un «terreno de juego» sobre el que se ha producido este debate social.

Desde esta mirada cabe preguntarse qué fue de la nueva salud pública que reclamaba la Carta de Ottawa. Y tal como fue planteado en su 25 aniversario, cabe preguntarse si es un documento obsoleto¹⁵.

La Carta de Ottawa ahora: viejos y nuevos desafíos

Tomando como marco los principios, las estrategias y los campos de acción definidos en la Carta de Ottawa (tabla 1), se analizan su relevancia y su pertinencia considerando los cambios ya señalados.

Uno de los aspectos más relevantes para la salud pública al que ahora nos enfrentamos es el relacionado con el aumento de las desigualdades entre los países y dentro de la mayor parte de los países^{16,17}. La lucha contra las desigualdades forma parte de la propuesta de la Carta de Ottawa. Sin embargo, en muchas ocasiones, dicho llamado ha estado reducido a la agenda de reducción de la pobreza y de la exclusión social, o en otras limitadas ocasiones a los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisandres.lopez.easp@juntadeandalucia.es (L.A. López-Fernández).

Tabla 1
Carta de Ottawa

Principios
La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y así poder controlarla
La salud es un recurso para la vida, no es el objetivo de la vida
Se trata de un concepto positivo que refuerza los recursos sociales y personales
La salud se crea y se destruye en todos los sectores sociales, no solo en los servicios de salud
La promoción de la salud se centra en buscar la equidad
Estrategias
Actuar de mediador
Capacitar a las personas
Abogar por la salud
Campos de acción
Elaborar políticas públicas saludables
Crear ambientes favorables para la salud
Reforzar la acción social en salud
Desarrollar aptitudes personales para la salud
Reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud

avances en la monitorización de los resultados en salud desagregados por educación, territorio e ingresos. Poco se ha visto sobre un abordaje de las bases sociales de la salud-enfermedad, las intervenciones necesarias sobre los determinantes sociales o la génesis misma de las inequidades sociales, que dicen tener relación con la distribución del poder en la toma de decisiones sobre las vidas de las personas y sobre las comunidades¹⁸. Si bien puede señalarse que se han logrado avances con respecto a las políticas públicas y la acción comunitaria, siguen existiendo retos con respecto a la promoción de la equidad relacionada con todas las áreas de acción de la Carta de Ottawa¹⁹.

«Hacer fáciles las elecciones sanas» es un lema de éxito en la creación de ambientes saludables asociado a los movimientos de municipios y comunitarios, campo sobre el cual se ha logrado incidir en las políticas públicas, sobre todo de los gobiernos locales. Sin embargo, el debate de las elecciones sanas ha estado en tensión entre las diversas corrientes vinculadas a la Carta de Ottawa, desde aquellos que enfatizan las elecciones individuales asociadas a la entrega de información y el desarrollo de habilidades individuales, hasta aquellos otros que enfatizan que los hábitos o pautas de elecciones sanas se construyen socialmente y, por ende, las elecciones sanas solo son posibles de abordar para la mayoría de la población, y sobre todo para los más vulnerables, en la medida en que se acompañan de intervenciones en los contextos sociales y en los territorios donde se vive y trabaja.

La Carta de Ottawa señala como otro campo de acción «la reorientación de los servicios de salud», que buscaba dar una mayor integración en la entrega de servicios y establecer puentes con otros sectores para el logro de sus resultados. Sin embargo, en estos momentos de grandes retrocesos en las esferas del bienestar social, asociados al posible impacto de los tratados comerciales que fuerzan a la mercantilización de los servicios sociales, dichas reorientaciones están en riesgo. A esto se suma la influencia, en los ámbitos de poder, de las corrientes que conceptualizan la salud como una mercancía negociable, que lleva a caer en el riesgo de quedar «atrincherados en la defensa de las acciones asistenciales y curativas» ante el despojo de dichos derechos básicos.

La Carta de Ottawa propone como estrategias capacitar, mediar y abogar, como instrumentos para la intervención. Capacitar, pensando en las poblaciones, en los profesionales, en los agentes que intervienen en las políticas; mediar y abogar como «abogados defensores de la causa de la salud», que en estos momentos de incertidumbre se nos muestra como una tarea indelegable, y central en nuestro tiempo, como activistas y profesionales de la salud pública.

En conclusión, la Carta de Ottawa sigue siendo un buen instrumento para orientar la reflexión y el debate sobre la salud pública que necesitamos. Sin embargo, el reto de cambiar la salud pública para que responda a nuestra realidad actual requiere instrumentos más claros para el desarrollo de políticas saludables y acciones sociales que afecten al conjunto de la salud pública de manera explícita, tanto en el sector de los servicios como en todos los sectores de la vida social. El pensamiento sobre la salud pública que necesitamos no debería legitimar las visiones que no reconocen la naturaleza social de las conductas y la salud de las personas. Debe reconocerse el papel central y vertebrador que corresponde a la lucha contra las desigualdades¹⁸ de una forma prioritaria²⁰. Por último, la salud pública tiene que reconocer los cambios sociales existentes en relación a la articulación global de la política, las nuevas relaciones sociales, la centralidad de los riesgos ambientales, el papel de las mujeres y los retos a los que se enfrentan los servicios de salud. Y como decía Espinosa-Restrepo⁵, nos debe animar, «como promotores de salud que somos, a volver a colocar en el orden del día la centralidad de lo político y la necesidad, más urgente que nunca, de implicarnos políticamente, ya sea a nivel personal o profesional».

Contribuciones de autoría

Ambos autores participaron en la concepción del editorial y su redacción, y aprobaron el manuscrito final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
2. Kickbusch I. The move towards a new public health. *IUHPE—Promotion & Education*. 2007; Suppl 2:9.
3. UNICEF-OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Ginebra: OMS-UNICEF; 1978.
4. Hancock T. The Ottawa Charter at 25. *Can J Public Health*. 2011;102:404–6.
5. Espinosa-Restrepo H. Controversias sobre la Carta de Ottawa: debate promovido por Michel O'Neill. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30.
6. Baumann Z. Vida líquida. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
7. Lyotard JF. La condición postmoderna. Madrid: Cátedra; 1987.
8. Jiménez Martín JM. Salud pública en tiempos postmodernos. *Serie Nueva Salud Pública* n° 6. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
9. Castells M. La era de la información. La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
10. UNESCO. Hacia las sociedades del conocimiento. París: UNESCO; 2005. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001419/141908s.pdf>
11. Sennett R. La cultura del nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama; 2006.
12. Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa charter: the critical role of health promotion for public health. *Can J Public Health*. 2011;102:244–8.
13. Porter C. Debate Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*. 2006;22.
14. McQueen D, De Salazar L. Health promotion, the Ottawa Charter and 'developing personal skills': a compact history of 25 years. *Health Promotion International*. 2011;26.
15. O'Neill M. La Carta de Ottawa. ¿un manifiesto para el indignado? *Global Health Promotion*. 2012;19:75–7.
16. Piketty T. El capital en el siglo XXI. México: Fondo de Cultura Económica; 2014.
17. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316–26.

18. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social. Determinants of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
19. Baum FE, Sanders DM. Ottawa 25 years on: a more radical agenda for health equity is still required. *Health Promotion International.* 2011; 26(Suppl 2):253–7.
20. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. (Consultado el 29 de junio de 2013.) Disponible en: <http://www.who.int/social.determinants/thecommission/finalreport/es/index.html>