



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO 58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre 2006

Punto 4.9 del orden del día provisional

CD4716 (Esp.)

24 agosto 2006

ORIGINAL: ESPAÑOL

PROMOCIÓN DE LA SALUD: LOGROS Y ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS ENTRE LA CARTA DE OTTAWA Y LA CARTA DE BANGKOK

La Carta de Ottawa (1986) surge de una profunda reflexión crítica sobre la salud pública, reconociendo los factores sociales y ambientales, e incluyendo los estilos de vida como elementos fundamentales de la promoción de la salud. Su influencia ha sido significativa a la teoría de la salud pública en la Región, contribuyendo al cambio del paradigma biológico de la salud y creando las bases para el entendimiento profundo de los determinantes sociales de la salud. La Carta hace hincapié en el carácter intersectorial de la promoción de la salud, así como en la importancia de las políticas públicas y el empoderamiento de la comunidad en este proceso. En estos últimos 20 años la Carta de Ottawa continúa siendo una guía de inspiración política de muchos gobiernos, organismos internacionales, universidades, múltiples sectores, así como de la sociedad civil en su objetivo de mejorar las condiciones de la salud y promover la equidad.

Se han desarrollado múltiples experiencias de promoción de la salud en los entornos donde la gente vive, estudia y trabaja. Estos son los más reconocidos ejemplos de la aplicación de las cinco acciones estratégicas de la Carta de Ottawa: el establecimiento de políticas públicas saludables profundizado a partir de la Declaración de Adelaide (1988); la creación de entornos saludables desarrollado a partir de la Declaración de Sundsvall (1991); la participación de la población en acciones de salud pública y de atención primaria fortalecida con la Carta de Bogotá; las habilidades personales fortaleciendo la comunicación social y la educación en salud profundizado en la Carta del Caribe; y la reorientación de los servicios de salud profundizado en la Declaración de Yakarta y la de México.

El presente documento contiene una revisión de las lecciones aprendidas a partir de las Cartas y Declaraciones de Ottawa hasta Bangkok, utilizando algunos ejemplos de la Región de las Américas. Asimismo, pone de relieve los desafíos para fortalecer la promoción de la salud como función esencial y estratégica de la salud pública, posicionándola en un mundo globalizado.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Antecedentes y contexto regional	3
Logros y lecciones aprendidas	5
Desarrollo de políticas públicas saludables	5
Creación de ambientes favorables para la salud (MCS)	6
Fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social	8
Desarrollo de las habilidades personales y empoderamiento	8
Reorientación de los servicios de salud	9
Colaboración intersectorial	9
Evidencia y evaluación de los alcances de la promoción de la salud	10
Cooperación técnica de los organismos internacionales	10
Posicionamiento de la promoción de la salud en la agenda de salud	11
Desafíos en el desarrollo de la estrategia de Promoción de la Salud	12
Posicionando la promoción de la salud en un mundo globalizado	13
Posicionamiento institucional	13
Fortalecimiento de la capacidad institucional	14
Apoyo y seguimiento de la OPS a la Carta de Bangkok	14
Intervención del Consejo Directivo	15
Referencias	

Introducción

1. En 2005, los Estados Miembros solicitaron que al cumplir 20 años de adoptada la Carta de Ottawa (1986), se evaluara la evolución, logros y lecciones aprendidas en el fortalecimiento de la promoción de la salud en el contexto de la Región desde Ottawa, hasta el último foro de promoción de la salud en Bangkok en 2005. Este documento presenta una revisión basada principalmente en información suministrada por los países en dos encuestas sobre capacidades institucionales en promoción de la salud, realizadas en 2002 y 2005. Además, mediante información recopilada en reuniones y eventos en los cuales la OPS, Canadá y Chile aportaron a un primer esquema preparado a fines de 2005.

Antecedentes y contexto regional

2. Desde la década de los setenta los avances en la descentralización del sector salud y la atención primaria de salud (APS), nuevas corrientes de pensamiento en salud pública establecieron parámetros para las discusiones de los problemas de salud y los procesos sociales¹. Estas dieron origen al concepto de factores que determinan los procesos de salud-enfermedad. La nueva perspectiva social de la salud, influyó el pensamiento académico y algunas de las políticas y programas de salud de ciertos países de la Región. En Brasil se dieron procesos de reforma sanitaria con la participación social, promoviendo la equidad del acceso a los servicios considerando la salud como resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo y libertad. La Constitución de Brasil incluye el derecho a la salud como obligación del Estado y resultante de las condiciones dignas de vida y acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción y protección de la salud. En otros países de la Región, como Costa Rica, Chile y Cuba se han desarrollado modelos de atención integral que han producido un impacto positivo en la salud de la población. Los lineamientos de la atención primaria de salud (APS) continúan orientando y fortaleciendo un enfoque más integral a las intervenciones en salud pública. (1)

3. De esta forma, la Carta de Ottawa y el movimiento de la promoción de la salud encuentran en la Región un contexto dual². Por un lado, un desarrollo conceptual del pensamiento de salud pública que se aproxima a su nueva propuesta de salud pública y, por otro lado, un contexto de desarrollo social de los países, con profundas desigualdades. La Carta de Bogotá (1992), producto del primer evento regional de

¹ Las contribuciones históricas de Villerme, Virchow, Winslow, Sigerist, de Black Report, de Foucault, Berlinguer, Lalonde, Terris, Laurell y otros autores contribuyeron a este nuevo enfoque de la salud pública.

² (“...este concepto contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud...”) en Promoción de la Salud: una antología; OPS, Publicación Científica No. 557; 1996; 3-5.

promoción de la salud, enfatiza los aspectos de equidad y de violencia, y se orienta más hacia una propuesta de gestión intersectorial de la salud con liderazgo del sector salud. Esta última pierde legitimidad por el deterioro del sector con las reformas sanitarias. La inserción de la promoción de la salud, inicialmente se basó en experiencias y propuestas surgidas de un contexto de países desarrollados para una realidad de pobreza y desigualdades. Esta contradicción con la realidad de los sistemas se profundiza todavía aún mas en la década de los noventa, en los países sometidos a cambios estructurales de los servicios de salud.

4. En un balance histórico de la promoción de la salud se puede afirmar que la Carta de Ottawa reforzó los planteamientos de la atención primaria de salud de Alma-Ata, así como las teorías de determinación social de América Latina de la década de ochenta. Además, influyó de manera positiva en las políticas y programas de salud, incluyéndose tanto las políticas públicas como la acción comunitaria (2). La Carta de Ottawa afirma la concepción de salud como bienestar central al desarrollo sostenible. Veinte años después sus principios y áreas de acción, profundizados por los aportes de las cinco conferencias mundiales posteriores culminando en la Carta de Bangkok en 2005, se mantienen vigentes y vibrantes para orientar el trabajo de salud pública con otros sectores y la ciudadanía dirigidos a la equidad en salud.

5. Hoy en día, el gran desafío de la promoción de la salud en un mundo globalizado exige ir más allá de la mirada sectorial tradicional centrada en la atención primaria y los sistemas de atención de salud y las intervenciones de educación y comunicación sobre las conductas o estilos de vida de las personas. Precisamente por ello fue el tema central abordado en la Declaración de México³, la cual demanda que los Gobiernos ejerzan su liderazgo activo y con visión para asegurar el compromiso de todos los sectores públicos y privados y de la sociedad civil en el desarrollo de políticas públicas saludables. Hoy continúan relevantes los planteamientos de la Carta de Ottawa, para posicionar un nuevo paradigma de salud pública que respalde a la promoción de la salud como una estrategia que permite a las personas y a la comunidad ejercer mayor control sobre los determinantes sociales y su estado de salud para mejorar su calidad de vida. Igualmente, con el objetivo de implementar la acción en salud pública que fortalezca el potencial de salud de las personas con un enfoque ecológico, aplicando los principios de equidad, justicia, democracia, empoderamiento e intersectorialidad.

³ Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud (2000), plantea abordar los determinantes sociales de la salud, reforzar mecanismos de colaboración entre todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad, y llama al establecimiento de políticas publicas saludables en todos los países, en la búsqueda de la equidad. Se acuerda el establecimiento de planes nacionales de acción para la promoción de la salud, con el apoyo de la experiencia de la OMS y sus oficinas regionales

Logros y lecciones aprendidas

6. La Declaración de México establece un compromiso para posicionar a la promoción de la salud como una estrategia fundamental en la agenda política y de desarrollo, compromiso reafirmado en la Carta de Bangkok en 2005 y diversas resoluciones de la OMS y de la OPS. Cumpliendo con la Declaración de México y la Resolución CD43.R11 (2001) se ha elaborado un análisis de avance de la promoción de la salud en la Región de las Américas (3). La versión preliminar de este análisis fue presentada en el Foro de Chile en 2002, y el mapa de capacidades finalizado en 2005 se presentó durante la Conferencia de Bangkok. En general los países han avanzado en algunas áreas de acción de la promoción de la salud; todavía queda mucho camino por recorrer⁴. Por ejemplo, en el 44% de los países de la Región, la promoción de la salud ocupa un lugar significativo en la política pública nacional, siendo menos de la mitad los países que cuentan con un marco político o legal que apoya la promoción de la salud (4).

Desarrollo de políticas públicas saludables⁵

7. Los países de las Américas han tomado diferentes abordajes para abogar por el desarrollo e implementación de políticas públicas saludables que respondan a diferentes circunstancias sociales, políticas y económicas. En general, este campo aún está en ciernes, pero con una diferencia considerable entre los tiempos de Ottawa (1986) y los de Bangkok (2005). Brasil ha consolidado el Sistema Único de Salud, incluyendo el presupuesto participativo y ha tomado acción para adaptar e implementar áreas de demostración de políticas públicas saludables a nivel de los municipios, con el apoyo de los consejos de secretarios municipales y estatales de salud. Argentina ha hecho un profundo debate sobre el impacto de la economía en sus determinantes de la salud y, como respuesta, ha fortalecido sus políticas sociales, con logros importantes en política de control del tabaco, y en la formación de personal de salud comunitaria en promoción de la salud. Chile ha implementado la política de promoción de la salud conocida como “Vida Chile”, con un enfoque intersectorial para mejorar los determinantes sociales. Canadá, Perú y Paraguay han desarrollado políticas específicas para riesgos sanitarios

⁴ 30 países presentaron informes de avance en promoción de la salud en 2002, en el mapa de capacidades institucionales para la promoción de la salud realizado en el 2005 participaron 28 países de la región lo que corresponde a un porcentaje de respuesta del 77%.

⁵ Recomendaciones de Adelaide en Políticas Públicas Saludables (Australia, 1988), segunda Conferencia Internacional en Promoción de la Salud, reconoce el reto de avanzar hacia una nueva salud pública reafirmando la justicia social y la equidad como prerequisites indispensables para la salud. Reafirma las cinco áreas de acción de la promoción de la salud identificadas en Ottawa, y profundiza a la primera de ellas, construcción de políticas públicas saludables, como el eje central para mejorar los determinantes de la salud, e incluye los siguientes ejemplos de políticas públicas saludables: Salud de la mujer; Alimentos y nutrición; Tabaco; Alcohol y creación de ambientes sustentables.

como tabaco, alcohol y seguridad vial. En Barbados, se han establecido mecanismos de participación social para la formulación de políticas a través de consultas públicas tanto al nivel nacional como comunitario. En Estados Unidos de América se recibieron más de 11.000 comentarios de la ciudadanía para el establecimiento de su política pública conocida como "Healthy People 2010". En Trinidad y Tobago se aprobaron actas y políticas nacionales para promover la salud.

Creación de ambientes favorables para la salud (MCS)⁶

Municipios y Comunidades Saludables (5)

8. La creación de ambientes favorables para la salud ha sido una de las áreas con mayor progreso lográndose durante los últimos 10 años, una gran expansión de los mismos por toda la Región. En el 95% de los países existe alguna iniciativa en marcha para crear ambientes saludables. Así mismo, en el 70 % de los países hay un plan estratégico a nivel municipal para crear ambientes saludables. Esta iniciativa se basa tanto en el compromiso político de los alcaldes, y otras autoridades locales, como en la activa participación de la ciudadanía para definir las necesidades sentidas y establecer planes estratégicos para su abordaje (6). Planes que deben ser abordados de manera intersectorial y con la plena participación comunitaria (7). El monitoreo, evaluación y construcción de evidencias en esta materia continúa siendo un reto importante. Solamente el 35% de los países reporta que las iniciativas para crear ambientes saludables han sido evaluadas(8). El establecimiento de redes y alianzas ha sido un factor clave para la difusión y el intercambio de experiencias entre los municipios y los países. En el 75% de los países existen redes que abogan por la promoción de la salud. La red regional ha sido difícil de sostener, sin embargo, las redes nacionales en Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay y Perú han sido exitosas.

Iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud (EPS) (9)

9. La Iniciativa promueve el desarrollo de conocimiento, habilidades y destrezas en el ambiente escolar para minimizar las conductas de riesgo y apoyar la adopción de estilos de vida saludables. De acuerdo a los resultados de una encuesta realizada en el 2001, el 53% indicaron el desarrollo de esta estrategia. Países como Canadá, Chile, Colombia, El Salvador y México implementan la Iniciativa a nivel nacional; El Salvador

⁶ La Declaración de Sundsvall sobre Entornos Propicios para la Salud (Suecia, 1991), hace un llamado a todos para comprometerse en el establecimiento de entornos saludables, refiriéndose por entornos tanto al ambiente social como al físico. La propuesta de acción contempla dos principios fundamentales: equidad y fortalecimiento de la acción pública. En la Declaración se hace un llamado a la OMS y al Programa Ambiental de las Naciones Unidas (UNEP por sus siglas en inglés) a aumentar sus esfuerzos y desarrollar guías para el manejo de componentes dañinos a la salud y al medio ambiente, y a desarrollar guías de procedimientos basadas en el desarrollo sostenible.

ha pasado de una cobertura de 124 escuelas en un Departamento, en 1996, a 3.593 escuelas en 14 Departamentos, en 1999. Con base a la información obtenida de la encuesta, se desarrolló el Plan de Acción 2003-2012 para la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de Salud (EPS), el cual fue adoptado por la Redes de EPS en su tercera reunión anual en Quito, Ecuador, 2002(10). Los países participantes de la Iniciativa avanzan en un proceso para el desarrollo de guías de procedimientos para la certificación y acreditación de Escuelas Promotoras de la Salud. En materia de evaluación, el 47% de los países indicó tener métodos cualitativos y de proceso. La Iniciativa ha fortalecido las redes de EPS a nivel nacional y subregional.

Viviendas saludables (VS)

10. La Iniciativa de Viviendas Saludables ha contribuido a promover y proteger la salud de las poblaciones más vulnerables a peligros en la vivienda y ha contribuido al desarrollo local integrado. Se estima que el déficit habitacional en América Latina y el Caribe es de alrededor de 23 y 28 millones de unidades respectivamente. Esta situación de precariedad de la vivienda afecta la salud de las personas, en particular la de los más pobres y vulnerables, tales como los niños, los discapacitados y los adultos mayores dado que pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda. Red VIVSALUD cuenta con redes nacionales en 12 países, divulgando junto con el programa de las Naciones Unidas para el Asentamiento Humano (UN-HABITAT) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), lineamientos para las autoridades nacionales y locales sobre los principales componentes de la estrategia de vivienda saludable. Se ha abogado por la implementación, a nivel regional, del programa comunitario originado en Colombia “HACIA UNA VIVIENDA SALUDABLE, ¡Que viva mi hogar!” y en base al cual se ha capacitado a más de 300 profesionales y técnicos en arquitectura bioclimática, construcción sostenible, la eliminación de vectores y la vivienda saludable. La agencia canadiense “Canada Mortgage and Housing Corporation” (CMHC) promueve el concepto de viviendas saludables y desarrolla guías y folletos para hacer de sus viviendas hogares más saludables.

Lugares de Trabajo saludables

11. En esta iniciativa se ha avanzado tanto en colaboración con sector Público como privado, siendo la responsabilidad social del sector privado en las condiciones de vida de los trabajadores y de las comunidades una de las prioridades del acuerdo de Mar de Plata (13). Entre los aspectos que se están incorporando están el de políticas saludables en la gerencia de personal, la certificación y el etiquetado con información sobre salud, la responsabilidad social de la empresa en la comunidad, las auditorias y reportes de interés social. La experiencia de Costa Rica y Panamá con los mediadores ha logrado mejorar los

espacios de trabajo y fortalecido la protección de los derechos humanos. La AICD y EMPRESA ha formado una alianza para promover la responsabilidad social corporativa⁷.

12. Los esfuerzos de los países por establecer ambientes favorables a la salud continúan muy incipientes, por ende la importancia de apoyar estas iniciativas, especialmente por su contribución en mejorar los estilos de vida y los factores positivos que favorecen una vida sana. Las redes sociales como las de MCS, EPS y VS requieren de apoyo para articular y fortalecer las redes nacionales, como la red de Barrio Adentro en Venezuela, las redes de MCS en Argentina, México y Perú,

Fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social

13. El 90% de los países reporta mecanismos y oportunidades para la participación activa de sus ciudadanos y miembros de la comunidad. Los mecanismos o formas más comunes de participación ciudadana son a través de las mesas de diálogo, foros y consultas públicas; siendo que los ciudadanos participan, principalmente, en el diagnóstico de necesidades de promoción de la salud. Durante los últimos 20 años, el surgimiento de organizaciones no gubernamentales (ONG) asumiendo funciones de salud pública, ha crecido enormemente, convirtiéndose en un elemento indispensable para la definición, abordaje, seguimiento y evaluación de prioridades. Canadá tiene una iniciativa nacional de participación de las comunidades en salud (Iniciativa del Sector Voluntario). Brasil, Chile y Ecuador han hecho avances significativos en la incorporación de la participación comunitaria y de la sociedad civil en el sistema de salud.

Desarrollo de las habilidades personales y empoderamiento

14. A pesar del desarrollo de nuevas estrategias de educación en salud, el avance en este tema no es evidente. Las enfermedades con mayor influencia de actitudes personales han tomado el primer lugar como carga de enfermedad. Las adicciones, obesidad, sedentarismo, alimentación inadecuada y violencia intrafamiliar son algunos de los factores de riesgo cuya severidad ha aumentado. Escasos países han realizado actividades para cambiar tendencias conductuales. Esto, a pesar de los múltiples programas de educación para la salud y las campañas de comunicación social. Los estilos de vida sedentarios, la obesidad, la violencia, lesiones de tránsito, adicciones y otros riesgos continúan aumentando. En parte, esto se debe a la persistencia de enfoques verticales y lineales, con poca participación y enfocados a un solo factor. El modelo medicalista continúa influyendo en forma desmedida el enfoque hacia la enfermedad y el riesgo, menospreciando la importancia de las condiciones y los determinantes sociales.

⁷ AICP – Agencia Interamericana para la Cooperación y el Desarrollo (OEA); EMPRESA - Empresa Privada y Responsabilidad Social en las Américas

Reorientación de los Servicios de Salud

15. El 90% de los países reporta que existe alguna política o iniciativa en los servicios de salud para promover la salud más allá de la prevención y tratamiento de la enfermedad. Se ha diseminado la formulación e implementación de modelos de “*Atención Integral a la Salud*” en varios países, principalmente a nivel subnacional. El enfoque de “*Ciclo de Vida*” se ha incorporado paulatinamente en la reorganización de las redes básicas de servicios.

16. En Nicaragua y Costa Rica, así como en el Distrito Federal de México y en la ciudad de Bogotá en Colombia, entre otros, se están incorporando modelos de Atención Integral a los planes de salud y/o de desarrollo social. México cuenta con un Modelo Operativo y está estableciendo el servicio integrado de promoción de la salud en todo el país. El principio de “*Integralidad de la Atención*” es orientador de la Reforma Sanitaria Brasileña y eje central de la Estrategia de Salud de la Familia. El “Programa Puente” de Chile y el recién iniciado “Programa Juntos” de Perú integran servicios de atención primaria de la salud a otros servicios sociales dirigidos a la familia. FOROSALUD, una amplia federación de organizaciones de la sociedad civil en el Perú, y los Congresos por la Salud y la Vida en Ecuador, reivindican activamente la reorientación de los servicios de salud con una visión intersectorial e integral. Argentina también ha reorientado sus servicios con un enfoque participativo e intersectorial, especialmente a través del programa de salud social y comunitaria.

17. Todavía esos procesos enfrentan múltiples desafíos, desde la falta de recursos adecuados hasta las limitaciones de la profunda fragmentación operativa de los servicios en múltiples subredes, desarticuladas, paralelas, duplicadas y superpuestas, así como descoordinadas, en un contexto en que se incrementa la segmentación institucional y organizacional de los sistemas de salud en la Región.

Colaboración intersectorial

18. La construcción de consensos intersectoriales es fundamental para la promoción de la salud. El 35% de los países de la Región tiene un consejo o comité intersectorial. Las experiencias de Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, México, Perú, *Healthy People 2010 (USA)*, “*Vida Chile*” y otros ofrecen ejemplos de comités, consorcios y otras formas de colaboración y alianzas entre organizaciones sociales y agencias de gobierno para implementar políticas públicas y otras acciones estratégicas de promoción de la salud(11). A pesar de los esfuerzos y avances, la colaboración intersectorial ha enfrentado diversos desafíos. En parte por las estructuras sectoriales de la administración pública en los países y los departamentos y programas verticales, así como por la formación disciplinaria y poco conducente a la interdisciplinariedad. Otro factor

identificado es la dificultad de los sectores para trabajar en conjunto hacia una meta común.

Evidencia y evaluación de los alcances de la promoción de la salud

19. En el 60% de los países de la Región existe un sistema de vigilancia relacionado con los factores de riesgo para la salud. Argentina, Brasil, Cuba, México y Perú han adoptado metodologías y desarrollado iniciativas para la evaluación de la promoción de la salud. En Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala y Venezuela se trabaja en el establecimiento de un sistema de vigilancia de indicadores sociales y epidemiológicos de los determinantes de la salud, así como de los factores de riesgo sociales y de conducta. La encuesta de calidad de vida de Chile es un ejemplo de vigilancia de factores positivos y de riesgo. En los últimos cinco años, el Programa Global sobre la Efectividad de la Promoción de la Salud (UIPS/OMS/CDC) ha dado un gran impulso al fortalecimiento de la capacidad de evaluar las iniciativas de la promoción de la salud, así como una mayor difusión a las buenas prácticas en promoción de la salud. Desde la OPS se han establecido procesos de fortalecimiento de la evaluación de la efectividad de la promoción de la salud con publicaciones, guías técnicas y capacitación, mismos que aún requieren de seguimiento y apoyo para mantener los logros alcanzados.

Cooperación técnica de los organismos internacionales

20. En materia de promoción de la salud, la contribución de la OPS es extensa, tanto en la definición de las agendas y material, en las conferencias globales, en especial en la 5.^a Conferencia Global de Promoción de la Salud en México, 2000. Igualmente, la OPS ha apoyado activamente en las reuniones regionales de promoción de la salud, tales como la de Bogotá en 1992, el Caribe en 1993 y el Foro de Chile en 2002. Se ha posicionado la estrategia de Promoción de la Salud en la agenda de los Cuerpos Directivos a través de la Resolución CD37.R14 y el "Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud en las Américas" CE113/15 (OPS 1994); así como la Resolución CD43.R11 y el documento sobre "Promoción de la Salud" CD43/14 (OPS 2001). Cabe destacar también el posicionamiento de la promoción de la salud en los procesos de integración subregionales como en la Reunión de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana (RESSCAD) XVIII COR-1-5, 2002 y la Reunión de Ministros de Salud de los Países Andinos (REMSAA) #386, 2002.

21. La cooperación técnica directa ha aportado a la experiencia nacional en la formulación de políticas y facilitado el intercambio entre países, a través de redes de personas e instituciones involucradas en los entornos saludables: municipios, escuelas, viviendas, la Red de Centros Colaboradores y de Excelencia en Promoción de la Salud, como es el Consorcio Interamericano de Universidades para fortalecer la formación y desarrollo de profesionales en la promoción de la salud. El desarrollo de guías

metodológicas para la planificación estratégica y la evaluación de las acciones de promoción de la salud son áreas que igualmente han sido tema de colaboración con los países, así como en la elaboración de informes sobre progreso y capacidades institucionales en promoción de la salud realizados en 2002 y 2005. Otras agencias también han contribuido a la promoción de la salud, entre ellas el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) quienes han aportado a la iniciativa de escuelas promotoras de la salud; así como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) cuyo acuerdo con la OPS ha contribuido a la capacitación docente para mejorar la educación en salud y habilidades para la vida en las escuelas. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha contribuido al fortalecimiento de la acción comunitaria y apoyado el desarrollo local; así mismo, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) contribuyó a mejorar el saneamiento básico y la salud ambiental. Se recomienda fortalecer la cooperación técnica horizontal entre los países para mantener las buenas prácticas y diseminarlas. Los esfuerzos de los países por establecer ambientes favorables a la salud continúan muy incipientes; por ende la importancia de apoyar estas iniciativas, como la de vivienda saludable y escuelas promotoras de la salud. Es crítico reforzar las acciones para mejorar los estilos de vida y los factores positivos que favorecen una vida sana.

Posicionamiento de la promoción de la salud en la agenda de salud

22. En estos 20 años se ha avanzado considerablemente en cuanto al reconocimiento de la promoción de la salud como una estrategia y función esencial de la salud pública. El avance sustancial en su posicionamiento en la agenda del propio sector salud y en los planes de desarrollo ha sido difícil. Sin embargo, el desarrollo de planes nacionales de promoción de la salud, acordado en la Declaración de México, ha sido un esfuerzo importante en este sentido. “Vida Chile” es considerado como el ejemplo más completo. en los países latinoamericanos, de un plan nacional de acción para la promoción de la salud, en línea con la Declaración de México. Uruguay ha establecido su plan nacional de promoción de la salud. Canadá tiene un sistema descentralizado, en el cual muchas provincias tienen planes de promoción de la salud, con recursos y programas muy creativos e integrales. Perú así como otros países que han desarrollado políticas y estrategias sin alcanzar la categoría de un plan nacional, se distingue por su gran compromiso con las líneas de acción de la promoción de la salud. Se destaca la importancia del apoyo político de alto nivel para las estrategias integradas de gobierno en torno a las políticas públicas saludables, la sostenibilidad de los recursos y la participación ciudadana.

Desafíos en el desarrollo de la estrategia de Promoción de la Salud

23. Los avances de la promoción de la salud en la Región muestran la importancia de todos los procesos generados a partir de la Carta de Ottawa, así como la diversidad de resultados, de acuerdo al contexto de cada uno de los países. Sin embargo, existen limitaciones y dificultades que deben examinarse a profundidad para establecer estrategias y mecanismos para su consolidación y sostenibilidad en la Región.

24. Una dificultad está relacionada con el dominio de la actividad de la promoción de la salud. Como es un “nuevo paradigma”, partiendo del concepto de la OMS de la salud como bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad, amplía su campo de acción en una perspectiva multisectorial más allá del sector salud, en un momento donde la reforma del estado debilitó la posición de la salud frente a los otros sectores⁸. Todavía es común que profesionales y políticos tengan dificultades en comprender la especificidad del campo de la promoción de la salud más allá de las acciones de prevención de enfermedades. En muchos países, los programas abarcan la promoción de salud y la prevención de enfermedad como si fueran una misma acción. Siendo la promoción de la salud un campo novedoso, es indispensable continuar fortaleciendo la capacidad institucional en todos los niveles, a través del adiestramiento y desarrollo de recursos humanos, así como de la difusión del conocimiento y las experiencias.

25. La promoción de la salud tiene grandes desafíos que exigen que los gobiernos ejerzan su liderazgo y aseguren el compromiso de todos los sectores en el desarrollo de políticas públicas. En este sentido, el fortalecimiento del papel del sector salud en el desarrollo de la promoción de salud es fundamental. En la Declaración de Bogotá(12) se plantea la promoción de la salud como estrategia para buscar condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo. Por consiguiente, el desafío de la promoción de la salud en América Latina busca transformar esas relaciones, conciliando los intereses económicos con los propósitos sociales de bienestar para todos, así como fomentando la solidaridad y la equidad social. El sector salud tiene un rol vital de colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud, mejorando la calidad de vida y la equidad.

⁸ En relación al concepto de la OMS “un concepto tan global, sin embargo, corre el riesgo de convertirse en el objetivo idóneo de (y está ciertamente afectado por) toda la actividad humana. No deja espacio para un dominio de actividad identificable aparte, orientado específicamente a la salud.” (Evans, T. et al. *Challenging Inequities in Health*. Oxford U. Press, 2001).

Posicionando la Promoción de la Salud en un mundo globalizado

26. La intersectorialidad y las políticas públicas son la base de la promoción de la salud. Sin embargo, se utilizan escasamente recursos en el sector salud para promover acciones intersectoriales y hay gran dificultad en influenciar las políticas públicas que generalmente evocan la salud pública. Los gobiernos y Centros de Excelencia en los países, tanto a niveles regional, subregional y nacional requieren apoyo en la aplicación y evaluación de acciones de promoción de la salud que responden a los determinantes de la salud.

Posicionamiento institucional

27. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son una gran oportunidad para aumentar la inversión en la promoción de la salud y mejorar la equidad en salud. El trabajo de la Comisión Global sobre Determinantes Sociales de la Salud presenta una oportunidad única de desarrollar e implementar políticas públicas en línea con la Carta de Ottawa y los documentos que la sucedieron hasta Bangkok.

- Los ministerios de salud deben ejercer su responsabilidad de rectores nacionales de la salud pública en ambientes intersectoriales para promover la salud y mantener las iniciativas y buenas prácticas, especialmente en las iniciativas de entornos y espacios saludables.
- En el marco de Ottawa, es imprescindible invertir en la reorientación de los servicios de salud para que éstos puedan tener mayor capacidad de impulsar desde el sector la promoción de la salud y la salud pública.

28. Una acción fundamental de la promoción de la salud es la capacidad de convocatoria, para realizar los foros ciudadanos y académicos que ayudan a insertar esta perspectiva en la agenda de salud pública y de desarrollo. En el nivel comunitario, se debe insistir en la necesidad de articulación de las acciones de promoción de la salud con otras de los servicios de salud; así como fortalecer los mecanismos de participación de la comunidad (el capital social) para su autonomía y empoderamiento.

29. Si bien es cierto que en la Región se han establecido múltiples iniciativas y resoluciones para abordar de una manera u otra los determinantes sociales de la salud (pobreza, educación, alimentación y servicios básicos), también es cierto que las condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y políticas, así como las inequidades, continúan siendo un desafío importante para todos los países. El establecimiento reciente de la Comisión Global de los Determinantes Sociales de la

Salud, así como las acciones en la Carta de Bangkok han posicionado este importante tema en la agenda de la promoción de la salud.

Fortalecimiento de la capacidad institucional

30. Los Estados Miembros continúan solicitando el apoyo y seguimiento técnico de la OPS para fortalecer su capacidad institucional en promoción de la salud. A partir de la Conferencia de Yakarta, se han aumentado los esfuerzos para forjar alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción de la salud y, especialmente, en la construcción de enfoques intersectoriales que involucren el gobierno como un todo, por su impacto en las políticas económicas y sociales. Desde la Conferencia de México se han incrementado los esfuerzos para evaluar la efectividad de la promoción de la salud y el impacto en la salud de las políticas públicas. Es urgente continuar fortaleciendo la base de evidencia de la efectividad y el costo-efectividad de la promoción de la salud, así como la combinación de acciones estratégicas más apropiada. Se ha fortalecido la visibilidad de la opinión de los ciudadanos como instrumento de cambio de las condiciones y modos de vida, estimulando también la participación social para implementar acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover comportamientos saludables. También se ha colaborado en la reorientación de los servicios de salud, a fin de que éstos incorporen acciones de promoción de la salud, así como para fortalecer el papel rector del sector salud en la promoción de la salud.

Apoyo y seguimiento de la OPS a la Carta de Bangkok

31. La Secretaría propone que el proceso de elaboración de la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, tome en cuenta la Carta de Bangkok la cual anima a los gobiernos, comunidades, profesionales de la salud, sector privado y todos los involucrados a trabajar juntos por la promoción de la salud en un esfuerzo mundial para enfrentar los desafíos a favor de la salud para todos: lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, lo cual representa una responsabilidad esencial de todo el gobierno, un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil, y un requisito de las buenas prácticas empresariales. La Secretaría plantea también fomentar y apoyar los intercambios de experiencias, conocimientos y lecciones aprendidas en promoción de la salud entre países, a través de los proyectos de colaboración horizontal (TCC).

Intervención del Consejo Directivo

32. Se solicita al Consejo Directivo, en base a la revisión de los logros y lecciones aprendidas en la promoción de la salud por los Estados Miembros, apoyar el proceso de consulta y proveer recomendaciones.

Referencias

Referencias

- (1) Documento de posición de OPS en APS, OPS/OMS, Washington, D.C., mayo 2005.
- (2) Promoción de la Salud. DC43/14, OPS/OMS, Washington, D.C., 2001
- (3) Cerqueira, MT; et al. Promoting Health in the Americas, A Review of Progress on the Mexico Ministerial Statement; PAHO/WHO; Washington, DC (en imprenta)
- (4) Cerqueira, MT; De La Torre, A. Mapa de capacidades Institucionales y Análisis Comparativo 2002-2005, OPS/OMS, Washington, DC (en proceso).
- (5) Municipios Saludables. Serie Comunicación para la Salud, No. 11; OPS/OMS, 1997
- (6) Planificación Local Participativa. Serie PALTEX No. 41, OPS/OMS, 1999
- (7) Guía de los Alcaldes para Promover Calidad de Vida. Municipios y Comunidades Saludables. OPS/OMS; 2002
- (8) Guía para la Evaluación Participativa. Municipios y Comunidades Saludables. OPS/OMS; 2003
- (5) Municipios Saludables. Serie Comunicación para la Salud, No. 11; OPS/OMS, 1997
- (10) Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, Serie Promoción de la Salud No.4, OPS/OMS, 2003.
- (11) Presentación de la Experiencia de Chile. Ministerio de Salud de Chile, Santiago de Chile, enero 2006
- (12) Declaración de Santa Fé de Bogotá, 1992
- (13) Informe de la XIII Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo, CD45 (D1) OPS 2004