

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: DE LOS GRIEGOS A LA CARTA DE OTTAWA

*¿Un nuevo campo de acción
de la Salud Pública?*

Health Promotion: from the Greeks to the
Ottawa Charter. A new Field of Public Health
Action?

Helena E. Restrepo*

* M.D., Magister en Medicina Preventiva y Salud Pública. Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Medellín.

Correspondencia:

Helena E. Restrepo:
[helenaespinosarestrepo@
gmail.com](mailto:helenaespinosarestrepo@gmail.com)

Cómo citar: Restrepo-Espino-
sa Helena (2024). La promo-
ción de la salud: de los grie-
gos a la Carta de Ottawa: ¿Un
nuevo campo de acción de la
Salud Pública? [Health Promo-
tion: from the Greeks to the Ot-
tawa Charter. ¿A new Field of
Public Health Action?]. Anales
de la Academia de Medicina de
Medellín (An Acad Med Mede-
llín) 20 (1):45-54.

<https://doi.org/10.56684/ammd/2024.1.06>.

Resumen

Este artículo revisa la historia de los principios, conceptos y aplicacio-
nes que se enmarcan en la Promoción de la Salud (PS), componente
importante del campo de la Salud Pública. Se parte de las propuestas
y conceptos de *higiene* que tenían los griegos para tener poblaciones
más sanas; se extiende la revisión a través de varios siglos hasta la
declaración llamada *Carta de Ottawa*, de 1986, producto de la primera
Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, llevada a cabo en
Ottawa, Canadá, con la participación de la OMS, el Ministerio de Salud y
Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública.
Esta declaración se considera la de mayor importancia porque definió los
términos, conceptos y estrategias para la aplicación y desarrollo de la
“nueva Promoción de la Salud”.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Políticas Públicas Saludables;
Intersectorialidad.

Abstract

This article reviews the history of principles, concepts, and applications that fall under Health Promotion (HP), an important component of the field of Public Health. It begins with the proposals and hygiene concepts of the Greeks to promote healthier populations, extending the review through various centuries to the Declaration known as the Ottawa Charter, from 1986. This charter resulted from the first International Conference on Health Promotion held in Ottawa, Canada, with the participation of the World Health Organization (WHO), the Ministry of Health and Social Welfare of Canada, and the Canadian Public Health Association. This declaration is considered of utmost importance as it defined the terms, concepts, and strategies for the application and development of the “new Health Promotion.” Health Promotion requires Healthy Public Policies and intersectoral collaboration.

Key words: Health Promotion; Public Healthy Policies; Sectors integration.

Introducción

La Promoción de la Salud se consideró en el siglo XX como un nuevo paradigma de carácter más integral e integrador de acciones para alcanzar salud y calidad de vida óptima de las poblaciones. Los conceptos y aplicaciones de la Promoción de la Salud (PS) dentro del quehacer de la Salud Pública se remontan a la antigüedad de los griegos y romanos. Muchos de los conceptos que hoy forman parte de la teoría y práctica de la PS fueron considerados por muchos como componentes de la “higiene” (Hygea), como llamó Esculapio a una de las hijas del dios de la salud. Henry Sigerist 1891-1957 fue, sin duda, el historiador de la medicina y eminente hombre de Salud Pública, quien propuso en 1951 que la medicina debía tener cuatro “tareas básicas: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación”. (1) Estas cuatro tareas fueron convertidas posteriormente por Leavell y Clark en “niveles de atención” (2).

Según el mismo H.E. Sigerist, 1941 (3) el equilibrio entre lo que los griegos llamaron humores: *aire, agua, tierra y fuego*, era lo más importante

de mantener a través de “modos de vida con dosis adecuadas de alimentos, bebida, sueño, ejercicio, actividad sexual, etc.” Podemos, entonces, reconocer a esos modos de vida como los llamados hoy estilos de vida o comportamientos saludables. Sigerist también menciona en *Hitos en la historia de la salud pública* que, para los filósofos griegos no era posible tener salud sin bienestar mental (4), un concepto que hoy apenas empieza a incluirse entre los requisitos para gozar de una vida saludable. Hipócrates consideraba la vida sana como fuente de riqueza y Epicuro, defensor de las cosas placenteras, consideraba que, indudablemente, el placer repercutía en el estado de salud de los individuos (5). Quizás los romanos fueron los que más avanzaron en crear las condiciones sanitarias y la higiene para mejorar el bienestar y la salud; para ello, construyeron grandes y bellos acueductos para la conducción del agua, cuyos vestigios se conservan aún en la actualidad, como también cañerías y drenajes de aguas sucias.

Claudio Galeno, famoso médico cirujano y filósofo griego nacido en el siglo II d.C., considerado romano porque vivió y ejerció su oficio en el Imperio Romano, fue designado en el año 157 d.C. “médico de gladiadores” lo cual incluía vigilarles la dieta y “su modo de vida en el más amplio sentido” (4). El libro *Higiene* de Galeno fue más influyente en las clases dominantes de la sociedad. En él hizo énfasis en la alimentación, el ejercicio físico, la existencia de gimnasios y baños o termas que servían también para realizar conferencias, discusiones políticas, bibliotecas, etc., semejantes a los clubes de hoy en día, donde podían asistir los más educados y ricos. Galeno escribió también un tratado de nutrición sobre las cualidades de los alimentos, que se convirtió en una herramienta fundamental para los higienistas. Su influencia se extendió a la Edad Media. Desafortunadamente los antiguos griegos y romanos de las clases más altas eran los que tenían los conocimientos y ponían en práctica las recomendaciones higiénicas para gozar de buena salud. Se trataba de una higiene “aristocrática, elitista”. Los más pobres y esclavos no tenían acceso a los conocimientos higiénicos. No ha perecido aún esa discriminación en las sociedades actuales de los países socialmente más deprimidos (4).

En la Edad Media fueron muy pocos los avances de la medicina y la salud pública y se le dio más importancia al alma. Los médicos no eran tan importantes, lo primordial era lo divino y sobre todo las oraciones, baños y bautismos. Los médicos pasaron a tener un papel muy secundario. La Escuela de Salerno, ciudad italiana, era la más destacada de la medicina, pero su influencia se extinguió pronto. De esta época es el libro *Regimen Sanitatis Salernitanum* que prescindía de los preceptos de épocas anteriores para promover la salud, enfocando solamente las recomendaciones saludables a beber poco vino y vivir contento, tranquilo y moderado (4). En el resto de la Edad Media no hubo mayores progresos de la medicina y de la higiene.

Al llegar el Renacimiento, siglos XIV a XVI, el humanismo y el individualismo predominaron y la medicina y la higiene se orientaron a prolongar la vida, agregando a los modos de vida de la gente las características ambientales de los lugares donde se vivía, tales como el tipo de suelos y climas, así como también la higiene mental; se recomendaba evitar comer más de lo necesario para “mantener unidas tu alma y tu cuerpo” (4). En los siglos XV y XVI fue muy positivo el movimiento renovador en el arte y la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, desarrollando una actitud más abierta y creativa de la vida favoreciendo la salud mental y el cultivo del espíritu (5).

El *Tratado de Cornaro* fue muy relevante para la prolongación de la existencia, tan valorada en el Renacimiento y consistía primordialmente en la moderación en la comida y la bebida y la defensa de la sobriedad. “Cornaro llegó a ser casi un clásico inglés de la dietética popular” y a los 90 años quería vivir más y gozar de un “paraíso terrenal” (4). Es interesante destacar que se adelantó al concepto moderno de *envejecimiento saludable*.

El siglo XVIII marcó cambios importantes en la Salud Pública realizando tanto la salud física como la mental. Uno de los exponentes principales de un Estado autocrático para lograr promover a través de leyes y regulaciones policíacas ambas clases de salud, fue Johann Peter Frank en Alemania. A pesar de su autoritarismo, Frank hizo grandes aportes a la Salud Pública, los cuales podemos

extender a la PS; señaló, en Alemania, en diversas conferencias tituladas *La miseria del pueblo, madre de las enfermedades*, los factores socioeconómicos más relacionados con la mala salud. De igual modo hizo énfasis en que los estados hicieran más que reformas sanitarias, “reformas sociales y económicas” (5,4). Otra corriente de la salud pública del siglo XVIII se oponía al autoritarismo, inspirada en la filosofía de la *Iluminación* y en Jean Jacques Rousseau, la cual afirmaba que cuando el individuo no tenía educación, no se preocupaba de su salud, pero si tenía la posibilidad de educarse, se ocuparía más de promover su salud. En esta corriente se destacó John Locke quien propuso, a través de la educación, programas de salud física y mental (5).

Un médico general, Bernhard Christoph Faust, publicó, en 1794, una obra muy destacada: el *Catecismo de la Salud*, escrito para maestros, padres y niños (5). Tuve la oportunidad personal de ojearlo y copiar algunas de sus preguntas y respuestas dirigidas a sus lectores en la Biblioteca de la Universidad de North Carolina de Chapel Hill, donde lo guardan como un tesoro. Una de esas preguntas era *¿por qué medios particulares puede un cuerpo fuerte y saludable ser afectado o deteriorado?* Y más interesante es la respuesta planteada por el autor: *por una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el comer y beber...por respirar aire dañino... por excesivo ejercicio o inactividad...por aflicción, penas, sufrimientos y miseria*. Es muy significativo que un médico rural de un pueblo pequeño propusiera promover la salud y el bienestar general de su pueblo (5).

En el siglo XIX avanzaron mucho la medicina clínica, la patología, la microbiología y también la medicina preventiva, destacando la relación de la salud con las condiciones de vida, lo cual condujo al desarrollo de la *Medicina Social* a mediados de ese siglo. El autor Nunes es muy importante en este tema y analiza los aspectos históricos y teóricos de la Medicina Social (5). Fue también la época de la Revolución Industrial la que produjo un gran aumento de la pobreza, especialmente en Inglaterra. Entre los personajes más importantes en la Salud Pública de ese tiempo, debemos mencionar, entre

otros a Pasteur, Jenner, Finlay, Bernard y Snow; igualmente importante en el tema de la promoción de salud fue el inglés Edwin Chadwick, considerado uno de los pioneros de la Salud Pública inglesa y visionario de las *ciudades saludables*, por su enorme contribución al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades (6). Del mismo período fue el francés Louis-René Villarmé, quien hizo denuncias sobre las condiciones de salud de los obreros de la industria textil de Francia (5). Pero, sin duda, la figura más relevante de esta época fue el patólogo alemán Rudolf Virchow, considerado por muchos como el padre de la Medicina Social, quien, con base en los estudios que hizo de la terrible epidemia de tifo en Silesia, Prusia, presentó el famoso *Informe* con análisis de tipo “antropológico, sociológico y epidemiológico” en el cual se solicitaba que “medio millón de los paupérrimos de la Silesia alta, tuvieran “completa e ilimitada democracia o educación, libertad y prosperidad”. En otras palabras, planteó que la mala salud se debía a los condicionantes de la vida de los pobres (7). En términos de hoy, serían conocidos como *los determinantes sociales de la salud*. Algunos han afirmado que Virchow no obtuvo el merecido reconocimiento, posiblemente por sus fuertes críticas a los médicos por su activismo político para lograr la “Reforma Médica” que proponían, así como también por el amor al dinero. Desafortunadamente centró sus propuestas en la modificación de la enseñanza y práctica de los médicos y no en los profesionales de otros sectores sociales (5).

En este mismo siglo XIX, Sigerist propone nuevamente un “Programa de Salud” con los siguientes componentes: “1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud. 2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente. 3. Mejores medios de recreación y descanso. 4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable de la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado. 5. Centros médicos de investigación y capacitación”.

Hay que reconocer también que en el siglo XIX se pronunció McKeown con relación al mejoramiento

de la salud en Inglaterra que, según él, se debió “a un mucho mayor desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses y no a las intervenciones de tipo médico” (8). Por esto, a McKeown se le considera como uno de los precursores del concepto de determinantes de la salud. Se podrían seguir enumerando otros autores y sus trabajos que, como hemos señalado, dieron mayor énfasis a las situaciones sociales, económicas y políticas como condicionantes de los niveles de salud en las poblaciones.

Llegamos al siglo XX y aún no se había consolidado un nuevo paradigma que permitiera el desarrollo de la teoría y práctica de la PS, a pesar de algunos importantes movimientos dentro del quehacer de la Salud Pública que se caracterizaban por un enfoque sociopolítico y holístico de bienestar humano. Entre éstos debemos citar el movimiento de la *Medicina Social de América Latina* y como parte de ella, a la Epidemiología Social, término discutible para muchos por el hecho de que la epidemiología es esencialmente “social”. Se destacaron importantes corrientes en grupos de Brasil, Ecuador y México, entre otros, bajo el acertado liderazgo de Juan César García, considerado el fundador de este importante movimiento en los países de América Latina (9). Al mismo tiempo, después del gran hito histórico de la *Conferencia Internacional de Alma Ata*, (10 URSS, 6-13 de septiembre de 1978, sobre *Atención Primaria de Salud*; OMS Ginebra), bajo la dirección del Dr. H. Mahler, todos los países asistentes se comprometieron con las metas propuestas de *Salud para todos en el año 2000*, que exigían para su logro un trabajo integrado de los diferentes sectores gubernamentales; se produjo entonces un gran movimiento que, supuestamente, buscaba la transformación de la atención de la salud hacia un mayor acceso, tanto a servicios como a la implementación de estrategias integradoras en los Sistemas Nacionales de Salud. Desafortunadamente, empezaron los incumplimientos de los gobiernos en aspectos de financiación del sector salud y la deficiente integración de los sectores económicos y sociales. A esto se agregó que los diferentes actores, tanto médicos asistenciales como preventivos, tuvieron diferentes enfoques y estrategias,

perdiendo poco a poco la verdadera integralidad y el enfoque holístico. En este sentido, el Dr. H. Mahler planteó, en la Asamblea Mundial de esta Organización de 1986, su frustración ante el atraso del cumplimiento de los gobiernos con la *Atención Primaria en Salud* (APS) (11). En dicho discurso hizo un análisis del poco desarrollo de la APS cuando dijo: “la Atención Primaria en Salud parte de la población y de sus problemas de salud y, puesto que la gente tiene una función principal que desempeñar en la solución de esos problemas, debe participar activamente en la acción, en lugar de permanecer como beneficiaria de una atención prestada desde arriba... es esa participación activa la que distingue la atención primaria de salud del tipo de servicios de salud básicos de los que tanto se esperaba en el pasado y que tanto decepcionaron...”.

Otro elemento que influyó enormemente en el ambiente crítico de la Salud Pública y de la distribución regular de los recursos dentro de los Ministerios de Salud, fue el *Informe de Lalonde* (12), cuyo contenido fue una queja del Ministro de Salud canadiense de ese entonces, por los reducidos recursos que encontró —cuando asumió el Ministerio— para la prevención de los problemas responsables del estado de salud de los canadienses, como eran los trastornos cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, etc.; es decir, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) que exigían programas de prevención de riesgos e importantes cambios del “estilo de vida”. Es importante anotar que el Ministro no era médico sino un político; además, los recursos estaban primordialmente dirigidos a la atención de los enfermos y no a la promoción de la salud. Varios epidemiólogos importantes de Canadá apoyaron entonces las iniciativas para plantear una “Nueva Salud Pública”, orientada a los determinantes sociales de la salud, la prevención de riesgos y la promoción de la salud (13). Hubo una feliz coincidencia, de intereses de la OMS, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública para organizar una Conferencia Internacional sobre el tema de la PS de la cual salió la crucial declaración: “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” (Ottawa, Canadá. 17-21 noviembre 1986) (14). Este documento se consideró y se sigue considerando básico para el

desarrollo de un nuevo paradigma de la PS, considerada por algunos expertos como “*La Nueva Salud Pública*” (15). Importa anotar que se señala el concepto de devolver a la gente el poder de mejorar sus condiciones de salud por medio de su participación, como lo anotaba Mahler. A la reunión internacional de Ottawa concurrieron expertos de todo el mundo quienes lograron producir un documento muy completo y conciso que reúne la teoría conceptual y las estrategias para la aplicación práctica de la PS en las poblaciones. Son innumerables los trabajos e intervenciones que se han propuesto y desarrollado con la aplicación de los contenidos de la Carta de Ottawa. Desafortunadamente solo participó un delegado de América Latina y como consecuencia se desconoció la importancia del documento y, por ende, la renovada PS en este continente; parece que para los latinoamericanos se trataba de un tema dirigido a los países desarrollados para que tuvieran “estilos de vida sana” diferentes a los de los países pobres, lo cual, posiblemente, fue la causa del poco interés en asistir a la Conferencia de Ottawa; por el contrario, de otros continentes sí hubo una amplia participación y la Carta de Ottawa se consagró definitivamente como piedra angular del quehacer en la PS.

A continuación se enumeran brevemente los aspectos más importantes del contenido de la Carta de Ottawa: “La salud es un concepto positivo como recurso para la vida... por consiguiente no es solo responsabilidad del sector de la salud sino que va más allá del cuidado médico, va hacia el bienestar y la calidad de vida”. Quizás, de los contenidos más importantes del documento fue el de haber definido en forma clara los prerrequisitos para la salud, a saber: “*la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad*”. Complementa a estos importantes prerrequisitos la necesidad de dar mayor capacidad a la gente para ejercer el control de su salud. El proceso de empoderamiento de grupos, como el de las mujeres, de instituciones e igualmente de la gente, se ha vuelto indispensable para lograr objetivos de derechos humanos como de equidad, igualdad, democracia y derecho a la salud y bienestar de las poblaciones. Es importante anotar que —contrario a la opinión de algunos funcionarios

de los ministerios de salud— la PS no se opone al mejoramiento de los servicios de salud hospitalarios, por el contrario propone su reorientación hacia una acción comunitaria complementaria. La concepción amplia de la salud, de acuerdo con los requisitos que enumera la Carta de Ottawa, supera a la de contar con una atención curativa exclusiva, de carácter individual, para alcanzar la salud a nivel poblacional; de hecho, esta misma concepción supera a la de crear y administrar un Sistema Sanitario y Curativo porque da prelación a la salud colectiva, desarrollando el concepto epistemológico de lo *salutogénico y/o saludable*, de carácter humanístico e integrador, como lo planteó Antonovsky (16). “La Promoción de la Salud es el proceso de fortalecer la capacidad de la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore” en función del objetivo mayor de crear opciones saludables para la población. Como la definió Hancock (17): *La promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder. La salud, en forma importante, dentro de la agenda política.*

Ottawa también contiene la propuesta concreta de cinco áreas de acción propias y específicas de la PS, a saber: “1. Construir Políticas Públicas Saludables 2. Reforzar la acción comunitaria a través de la participación y empoderamiento 3. Crear Entornos Saludables 4. Desarrollar habilidades individuales y grupales para adoptar comportamientos, modos y estilos de vida saludables 5. Reorientar los Servicios de Salud y de Bienestar Social”. Estas áreas conforman el quehacer práctico de la Promoción de la Salud.

Se plantea entonces que los gobiernos permitan la construcción de lo conceptual como también la aplicación práctica de la PS. Para ello, ésta toma conceptos y métodos de varias disciplinas, tales como la Sociología, la Economía, la Epidemiología, la Psicología, la Educación, las Políticas Sociales, la Comunicación y el Mercadeo Social (5). Esta necesidad de recurrir a diversas disciplinas para el trabajo en la PS, se debe a la complejidad que tienen sus acciones, proyectos y programas, pues hay que operar en dos dimensiones, la individual y la poblacional, muy conectadas entre sí. En general priman las intervenciones a grupos o

colectivos, pero también, a nivel individual, a usuarios de los servicios de salud, con contenidos de promoción de la salud integral. Estas complejidades determinan también los tipos de perfiles de los funcionarios que se requieren para el trabajo de la PS.

Como lo discutió Terris, M. (18), refiriéndose al concepto de promoción de la salud: “un concepto muy amplio, unificado y basado en el estudio de sus antecedentes históricos”. La hipótesis de Terris es que las diferencias del concepto de PS surgen fundamentalmente de una dualidad de la teoría de la causalidad de las enfermedades; causas específicas de un lado y causas generales del otro. Estas últimas implican, definitivamente, una visión más compleja de la red de factores causales.

Es pertinente también considerar la diferencia entre PS y Prevención de Enfermedades y Riesgos (PER), que permanecen en la Salud Pública y en el desarrollo sostenible actual, a pesar de que van siempre relacionadas y explícitas en todo Programa de Atención Integral en Salud de una población (a este respecto me permito remitir al lector a Nutbeam D. “Glosario de Promoción de la Salud”. En: *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No.557 pp. 383-403. 1996). Fundamentalmente, su diferencia está en las estrategias de cada una: la PS propone intervenciones en los campos de los comportamientos individuales y colectivos, de los aspectos socioeconómicos, ambientales y políticos que determinan situaciones de salud de la sociedad y su modelo, por lo tanto, es de naturaleza socio-política; en cambio, la prevención, subdividida en primaria, secundaria y terciaria, emplea estrategias más individuales para reducir enfermedades y factores de riesgo de las mismas que reduzcan la susceptibilidad del huésped a la enfermedad específica. Algunas intervenciones de PER, de tipo primario, pueden usar estrategias de PS, como por ejemplo la yodización de la sal, y la fluorización del agua, dirigidas a la prevención de enfermedades, actuando sobre riesgos específicos, el bocio, y las caries, pero que requieren de decisiones de políticas públicas saludables de los gobiernos para lograr intervenciones a nivel poblacional propias de la PS.

Muy importantes han sido las experiencias que surgieron a partir de la Carta de Ottawa como la de “Ciudades Sanas” en Europa, Estados Unidos y Canadá, que se convirtió en un proyecto de la OMS, extendiéndose luego por varios países. La idea de “Ciudades Sanas” surgió por primera vez en 1986 en Toronto (Canadá), donde el Informe Lalonde había dejado su huella y provocado importantes e innovadores cambios en la Salud Pública canadiense a cargo del norteamericano Leonard Duhl (19,20,21), experto en “*Healthy Cities*”, y sus alumnos canadienses.

En América Latina no pudo tener éxito la propuesta de “Ciudades Saludables” de la OMS, a pesar de que se intentó en La Paz, Bolivia y en Sao Paulo, Brasil. Al analizar las causas de este fracaso se sugirió que se debió muy posiblemente a las grandes diferencias entre las ciudades europeas y las de América Latina. Sao Paulo tiene una población muy grande y posee complejas estructuras administrativas; La Paz, por el contrario, mucho menos desarrollada. De igual manera influyen también las diferencias en los procesos de urbanización de Europa y Latinoamérica.

En la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propusimos entonces la estrategia de “Municipios Saludables”, teniendo en cuenta los factores favorables que había en ese entonces con relación a los procesos de descentralización y regionalización en la región de las Américas, posteriores al Consenso de Washington (22, 23), en el cual unos economistas reconocidos recomendaron para América Latina las políticas neoliberales y la reducción del tamaño del estado burocrático central, fortaleciendo los niveles locales.

Los diferentes movimientos y proyectos de “Municipios Saludables”, en América Latina, contaron con la cooperación técnica de la OPS/OMS, como parte de la implantación y desarrollo de la agenda de trabajo contemplada en la Carta de Ottawa, dentro de la estrategia denominada “Creación de Entornos Saludables”. El Movimiento de “Municipios Saludables” fue muy acogido en los diferentes países y alcanzó un importante desarrollo en la década de los años 90. En el movimiento se involucraron los gobernantes locales:

alcaldes, presidentes municipales, mayores, etc., como actores principales de la estrategia intersectorial, integradora entre sectores sociales, políticos, económicos, ambientales, etc., con importante participación ciudadana (24). Se lograron avances importantes en varios países y en algunos como México, Venezuela, Panamá, Cuba, Colombia y Argentina se crearon redes nacionales y regionales; en Brasil, Paraguay, El Salvador y Perú surgieron también movimientos locales de comunidades saludables. Un ejemplo que fue muy difundido tanto a nivel nacional como internacional, por su éxito, fue el del municipio de Versalles en el Valle del Cauca, en Colombia (25). Durante el encuentro de celebración del Quinto Centenario del Descubrimiento de América, realizado en Sevilla, España, en 1992, se presentó la experiencia de Versalles, comparándola con la de Barcelona —una ciudad sana de Europa—, lo cual fue muy ilustrativo para el análisis de las diferencias relacionadas con cada uno de los contextos: la comparación entre una ciudad desarrollada europea y un pequeño municipio semiurbano de Latinoamérica. De igual modo, con apoyo de la OPS, se presentó la experiencia de Versalles, en México, durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en el año 2000, resaltando que su éxito se debió especialmente al proceso amplio de participación de toda la población, de las instituciones de educación y, fundamentalmente, de todas las autoridades gubernamentales: alcaldía, políticos locales y otros funcionarios, así como el excelente trabajo de las directivas y del personal de salud del Hospital Municipal de Versalles, desde 1993. Fueron resultados de gran impacto la participación amplia de la comunidad y la notable reducción de la violencia.

Hay que destacar en las propuestas tanto de “Ciudades Sanas” como de “Municipios Saludables”, el tema de las “Políticas Públicas Saludables (Healthy Public Policies)”, cuya definición y desarrollo se debió a la experta Nancy Milio quien, a través de su experiencia en Estados Unidos como enfermera de Salud Pública, en poblaciones muy pobres que consultaban a los servicios de salud en forma crónica por los mismos problemas de enfermedades ligadas a la pobreza, de forma valiente expuso ante el Senado norteamericano la necesidad de que los legisladores tomaran conciencia de

la importancia de este tipo de políticas que pudieran incidir en los determinantes sociales de los problemas de salud, especialmente en la población infantil más pobre (26,27,28). En Colombia, en 1997, se realizaron dos eventos: uno sobre las características e importancia de las políticas propias del Sistema Nacional de Salud, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud; y otro, sobre las Políticas Públicas Saludables de tipo multisectorial, con la responsabilidad de varios decisores de diferentes sectores. En ambos casos se contó con la asesoría de la Dra. Milio.

Seguimiento a Ottawa

A la reunión internacional de Ottawa de 1986, siguieron varias conferencias mundiales con el tema central de la PS. En ellas, además de la OMS, participó activamente la *Unión Internacional de Promoción y Educación de Salud (UIPES, IUHPE)*. La lista parcial de estas conferencias internacionales, llevadas a cabo en diferentes países y ciudades, es la siguiente:

1. **Conferencia de Adelaida, Australia en 1988.** Con el tema central de *Políticas Públicas Saludables, Public Healthy Policies*).
2. **Sundsvall, Suecia 1991.** Sobre *Apoyo a los Ambientes para Salud (Supportive Enviroments for Health)*.
3. **Santa Fe de Bogotá, Colombia: Promoción de la Salud y Equidad. Noviembre 1992 (29).** En esta conferencia se discutió la importancia de la equidad como elemento fundamental para promover la salud e incluirla en los sistemas de salud. También se hicieron planteamientos contra la violencia presente en nuestras sociedades.
4. **Jakarta Indonesia, julio 1997.** *Liderando la Promoción de la Salud para una Nueva Era (Leading Health Promotion. (New Players for a New Era)*. Sustentó la importancia de la PS para el siglo XXI.
5. **México, diciembre 2000.** *Bienestar de las Sociedades. Bienestar como conquista para la sociedad (30)*.

6. **Bangkok, Tailandia, 2005.** Se centró en los desafíos principales para abordar los *“determinantes de la salud en un mundo globalizado*. Le dio un nuevo impulso a la Promoción de la Salud.
7. **Nairobi, Kenya, 2009.** *Identifica estrategias y compromisos clave que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la Promoción de la Salud*.
8. **Helsinki, Finlandia, 2013.** Con la *Promoción de la Salud en los Objetivos del Desarrollo Sostenible; prioridades y acciones para la promoción de la salud mental*.

Las reuniones internacionales han continuado, siempre con propuestas y declaraciones importantes sobre la PS. No solamente la OMS ha estado y sigue organizando estos eventos, sino que se han unido otras organizaciones internacionales y nacionales, así como instituciones y organizaciones que, a nivel de los países, siguen avanzando con el fin de asegurar que la PS continúe contribuyendo a cambios sociales importantes en la sociedad (31).

Envejecimiento Saludable

Para terminar este recuento histórico, es importante mencionar el movimiento actual de la PS, a nivel mundial, como lo es el más reciente pronunciamiento de las Naciones Unidas llamado “*Década del Envejecimiento Saludable*”, 2021- 2030 (32), que es considerado por muchos como el tema de Salud Pública más urgente hoy, ante los cambios demográficos que están ocurriendo a nivel mundial, y que, además, es un desafío que exige el mayor compromiso de los gobiernos y sectores sociales y económicos de los países, bajo el liderazgo no solamente de la OMS y sus Oficinas Regionales, sino de diferentes agencias de las Naciones Unidas. Los desarrollos y eventos que se realizan, correspondientes a la *Década* en diversas regiones y países, la OMS los publica mensualmente por internet para todos los interesados en ellos.

Como directora de la División de Promoción y Protección de la Salud de OPS/OMS, participé en muchas de las actividades que se mencionan en este artículo.

Conclusiones

1. La PS como estrategia global para avanzar en la creación de sociedades más sanas, igualitarias, y equitativas sigue viva y moviliza Gobiernos, Academias, Instituciones Nacionales e Internacionales No Gubernamentales de Salud, Grupos Comunitarios, etc. No obstante, persisten obstáculos que afectan los determinantes sociales de la salud, difíciles de vencer en las sociedades contemporáneas.
2. La producción de programas y proyectos de poblaciones e instituciones saludables sigue siendo importante en el contexto de las diferentes regiones del mundo. Vale la pena destacar las redes de “Ciudades Saludables” como la RECS (Red Española de Ciudades Saludables) y las de los Municipios y Comunidades Saludables de América Latina.
3. La importancia del envejecimiento es considerada una prioridad universal y forma parte de la agenda actual de PS de las Naciones Unidas Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, debido a los cambios demográficos presentes en las poblaciones actuales. ■

REFERENCIAS

1. Sigerist H.E; Milton I. Roemer. Un Pensador y un Hombre de Acción, Internacionalista de La Medicina Social. En: Sigerist H.E. Historia y Sociología de la Medicina: (Selecciones); ed. y tr. Por Gustavo Molina G. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa Interfacultades. Doctorado en Salud Pública, 2007.
2. Leavell y Clark 1953:11; incluídos en Terris, 1987:203 (1) (Citas en Quevedo Emilio: Henry E. Sigerist: Un Pionero de la Historia de la Medicina y de la Salud Pública Contemporáneas. En: Sigerist H.E. Historia y Sociología de la Medicina (Selecciones). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa Interfacultades. Doctorado en Salud Pública, 2007. p. 26-32.
3. Sigerist Henry E. Health En: Sigerist, H.E.,1941 “Medicine and Human Welfare” Yale University Press, reproducido en: J Public Health Policy. Vol. 17, No.2, 1996.
4. Sigerist H.E.: Hitos en la historia de la salud pública. México D.F.: Siglo XXI editores; 1981.
5. Restrepo H.E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.
6. Ashton, J. Ciudades Sanas. Versión española. Barcelona, España: Masson, S.A.;1993.
7. Evans, G.R., Barer, M.I., Marmor, T.R. Editores. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Edición española. Madrid: Díaz Santos, S.A.;1996.
8. McKeown T. El papel de la Medicina. Sueño, Espejismo, Némesis. México, España, Argentina, Colombia: Siglo XXI;1982.
9. García, Juan César. Médico argentino, investigador social de salud pública, funcionario de la OPS/OMS. Décadas 70s y 80s.
10. Alma Ata. Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS. OMS, Ginebra 6-13 de septiembre, 1978.
11. Mahler H. Discurso ante la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud, OMS, 1986.
12. Lalonde, M. A new Perspective on the Health of Canadians Ottawa. Information Canada; 1974.
13. Después de Lalonde: La Creación de la Salud. Carol Buck. En: *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica No. 557. 1996
14. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. 17-21 noviembre, 1986.
15. Ashton, J. y Seymour, H. La Nueva Salud Pública. Barcelona: Masson S.A. Versión española del original en inglés; 1990.

16. Antonovsky, A. The salutogenic model a theory to guide health promotion. *Health Promotion Int* 1996; 11(1): 11-18.
17. Hancock, T. Health Promotion in Canada: ¿Did we Win the Battle But Lost the War? En: Pederson, O'Neill, Rootman Editors. *Health Promotion in Canada*. Canada: W.B. Saunders. 1994. p. 8-17.
18. Terris, M. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No.557; 1996.
19. Duhl, Leonard J. The healthy city: Its function and its future. *Health Promotion International* 1986; 1: 55-60,
20. El origen de ciudades sanas. En: Ashton J. ed. *Ciudades Sanas*. Barcelona: Masson S.A. 1993; 2-11.
21. Tsouros A. El Proyecto de ciudades sanas de la OMS: un Proyecto que ha llegado a movimiento. Valencia. IVESP-Generalidad Valenciana, 1991.
22. Consenso de Washington. En: [https:// elordenmundial.com](https://elordenmundial.com). 1989
23. Políticas neoliberales en América Latina En: [http// revistas.bancomext.gob.mx](http://revistas.bancomext.gob.mx) 1989.
24. Restrepo, H.E. et al. The PAHO/WHO experience. Healthy municipalities in Latin America. In: *"Our cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development"*. WHO Regional Office for Europe, Ayuntamiento de Madrid, Organization for Economic Cooperation and Development OECD and the Foundation for the improvement of Living and Working Conditions (EFILWC). Price, C. Tsouros A.(ed) WHO Copenhagen; 1996.
25. Restrepo, H.E. Experiencia del Municipio de Versalles, Departamento del Valle del Cauca, Colombia: una mirada desde la Promoción de la Salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Universidad de Antioquia, Colombia 2002; 20 (1).
26. Restrepo Helena: Políticas de Salud y Políticas Públicas. Resumen y traducción de las conferencias de la Doctora Nancy Milio en el *Seminario Internacional sobre Políticas Públicas, Salud, Equidad y Democracia* Rionegro, mayo 1997. En: *Cartilla de Seguridad Social. Memorias*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Centro de Estudios de Seguridad Social y Organización Panamericana de la Salud. Diciembre 1997.
27. Draper, P.: Nancy Milio's work and its importance for the development of health promotion. Published by Oxford University Press. *Health Promotion* 1986; 1: 101-106.
28. Milio, Nancy: *Promoting Health Through Public Policy*: Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986.
29. Milio, N. The Profitization of Health Promotion. *Int J Health Serv* 1988; 18 (4):573-585
30. Restrepo, Helena E. Las Políticas de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. En: *Memorias de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santa Fe de Bogotá. Noviembre de 1992. Ministerio de Salud Colombia. Organización Panamericana de la Salud, 1993.
31. Colomer R , Concepción; Álvarez-Dardet Díaz, Carlos. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson S.A.; 2001.
32. Naciones Unidas Década de Envejecimiento Saludable. En: <https://www.who.int/>

Recibido: 25 de noviembre de 2023

Aceptado: 2 de diciembre de 2023