



# Promotion & Education

Published by the International Union  
for Health Promotion and Education

QUARTERLY

INTERNATIONAL JOURNAL  
OF HEALTH PROMOTION  
AND EDUCATION

TRIMESTRIEL

REVUE INTERNATIONALE  
DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

TRIMESTRAL

REVISTA INTERNACIONAL  
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

## THE OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION: A CRITICAL REFLECTION

BACKGROUND TO THE 19<sup>TH</sup> IUHPE WORLD CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION, "HEALTH PROMOTION COMES OF AGE: RESEARCH, POLICY & PRACTICE FOR THE 21<sup>ST</sup> CENTURY"

### Reflecting back on Ottawa

–Commentaries from conference participants

### Reflecting on the Charter's action areas

–Perspectives from the field

### Reflecting on the future of health promotion

–The IUHPE's vision



Health santé salud



# Promotion & Education

*Promotion & Education*, the International Journal of Health Promotion & Education, is an official publication of the International Union for Health Promotion & Education (IUHPE). It is a multilingual journal, which publishes authoritative peer-reviewed articles and practical information for a world-wide audience of professionals interested in health promotion and health education. The content of the journal reflects three strategic priorities of the IUHPE, namely, advancing knowledge, advocacy and networking.

*Promotion & Education* publishes four regular issues a year, some of which are focused on specific themes, and a selection of supplement issues ranging in scope and size. Articles are generally published in the original language and the abstract is translated in to the other two. Given the relevance of the article, it can also be published in one or two of the other languages than the original. An index of articles is published every two years.

The views expressed in articles which appear in this journal are those of the authors, and do not necessarily reflect those of the IUHPE.

Any material published in *Promotion & Education* may be reproduced or translated provided credit is given and copy sent to the address of the Journal.

*Promotion & Education*, la Revue internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé, est une publication officielle de l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES). Il s'agit d'une revue multilingue, contenant des articles de référence sur tous les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Elle s'adresse à un public de professionnels de toutes les régions du monde. Le contenu de la revue reflète trois des priorités stratégiques de l'UIPES, à savoir, développement des connaissances et compétences, plaidoyer pour la santé, et communication et travail en réseau.

*Promotion & Education* publie quatre numéros réguliers par an, parmi lesquels certains sont consacrés à des thèmes particuliers, ainsi qu'une sélection de numéros spéciaux de portée et de taille variables. Les articles sont généralement publiés dans leur langue originale et leurs résumés, dans les deux autres langues. Ils peuvent aussi, en fonction de leur pertinence, être publiés dans l'une ou bien dans les deux autres langues. Un index des articles est publié tous les deux ans. Les opinions exprimées dans les articles de cette Revue sont celles des auteurs et ne sont pas nécessairement celles de l'UIPES.

Toute reproduction ou traduction des textes parus dans *Promotion & Education* est autorisée sous réserve de la mention de la source et de l'envoi d'une copie à l'adresse de la Revue.

*Promotion & Education*, la Revista Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud es la publicación oficial de la Unión internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). Es una revista que incorpora artículos revisados por una junta editora e incluye información práctica dirigida a una audiencia de profesionales interesados en los campos de la promoción de la salud y educación para la salud a nivel mundial. El contenido de la revista refleja las tres prioridades estratégicas de la UIPES, a saber, desarrollo de conocimientos y capacidades, argumentación en favor de la salud y fortalecimiento de los intercambios y del trabajo de redes.

*Promotion & Education* publica cuatro números al año, alguno de ellos dedicados a temas específicos, y varios números extraordinarios cuyo alcance y tamaño varían. Por regla general, se publican los artículos en el idioma original y un resumen de los mismos traducido los otros dos. Dependiendo de la relevancia del artículo, también es posible publicarlo en uno o dos idiomas más, aparte del original. Cada dos años se publica un índice de los artículos publicados.

Las visiones y opiniones expresadas en la revista por los autores de los artículos no reflejan necesariamente la visión institucional de la UIPES.

Todo material publicado en la Revista *Promotion & Education* que sea reproducido o traducido deberá ofrecer crédito a la revista y deberá enviarse copia a la dirección de la revista.

## Article submission

Please refer to the Author Guidelines on the IUHPE website: [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org). Submissions or queries on submissions should be addressed by email to the Managing Editor at: [mperry@iuhpe.org](mailto:mperry@iuhpe.org)

## Soumettre un article

Pour cela, référez-vous aux Directives pour les Auteurs sur le site web de l'UIPES : [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org). Les soumissions ou les questions à propos des soumissions doivent être adressées par e-mail à la Coordinatrice éditoriale : [mperry@iuhpe.org](mailto:mperry@iuhpe.org)

## Solicitud de publicación de artículos

Le rogamos lea las Instrucciones para los autores en la web de la UIPES: [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org). Las solicitudes o preguntas acerca de la publicación de artículos en la revista deberán dirigirse por correo electrónico a la Coordinadora editorial a: [mperry@iuhpe.org](mailto:mperry@iuhpe.org)

## Subscription

All members of the IUHPE automatically receive *Promotion & Education*. It is also available by subscription. For readers in Europe, North America, Northern Part of Western Pacific, South West Pacific: Ind. 71 €, Inst. 104 €.

For readers in Africa, Eastern Mediterranean, South-East Asia, Latin America: Ind. 37 €, Inst. 42 €. Individual copies of current and back issues may be ordered for 16 €.

## Abonnement

Tous les membres de l'UIPES reçoivent automatiquement la revue *Promotion & Education*, et elle est aussi disponible par abonnement. En Europe, Amérique du Nord, Pacifique Occidental Nord, et Pacifique Occidental Sud : Ind. 71 €, Inst. 104 €. En Afrique, Méditerranée Orientale, Asie du Sud-Est, et Amérique Latine : Ind. 37 €, Inst. 42 €. Il est possible de commander des numéros individuels de la revue : 16 € par numéro.

## Suscripción

Todos los integrantes activos de la UIPES reciben una copia de la revista como beneficio de su membresía a la organización. La revista también está disponible mediante suscripción. Para los lectores de Europa, Norteamérica, Pacífico occidental norte y Pacífico occidental sur, el precio de la revista es : Ind. 71 €, Inst. 104 €. Para los lectores de África, países del Mediterráneo oriental, del Sureste de Asia y de América Latina, el precio de la revista es : Ind. 37 €, Inst. 42 €. Es posible solicitar copias individuales de los números actuales y anteriores a precio de 16 €.

To subscribe to *Promotion & Education*, write to:

Pour s'abonner à *Promotion & Education*, veuillez contacter :

Para suscribirse a *Promotion & Education*, contactar :

# IUHPE

INTERNATIONAL UNION  
FOR HEALTH PROMOTION  
AND EDUCATION

# UIPES

UNION INTERNATIONALE  
DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

# UIPES

UNIÓN INTERNACIONAL  
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

42, boulevard de la Libération– 93203 Saint-Denis Cedex – France.

Tel: +33 1 48 13 71 20 – Fax: +33 1 48 09 17 67 – E-mail: [jcadinu@iuhpe.org](mailto:jcadinu@iuhpe.org)

[www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org)

## Founding Editor – Fondatrice – Fundadora:

Annette Kaplun • Director – Directeur:

Pierre Arwidson • Editorial Advisory Board

– Conseil de Rédaction – Consejo Editorial:

Hiram Arroyo (Puerto Rico), Dora Cardaci

(Mexico), Juan-Manuel Castro (Mexico), Shane

Hearn (Australia), Lloyd Kolbe (USA),

Balachandra Kurup (India), Diane Levin (Israel),

Gordon MacDonald (United Kingdom), David

McQueen (USA), Maurice Mittelmark (Norway),

David Nyamwaya (Kenya), Michel O'Neill

(Canada), Mihi Ratima (New Zealand), Irving

Rootman (Canada), Becky Smith (USA), Alyson

Taub (USA), Thomas Karunan Thamby (India),

Keith Tones (United Kingdom), Pat Youri (Kenya)

• Executive Editorial Board – Comité de

Rédaction – Comité Editorial :

Editor in Chief - Rédactrice en Chef – Jefa

de redacción : Jackie Green • Managing

Editor – Coordinatrice éditorial –

Coordinadora editorial : Martha W. Perry

Translators – Traducteurs – Traductores:

Marie-Claude Lamarre, Ma. Asunción Oses,

Martha W. Perry, Marie-Cécile Wouters • Graphic

Design – Conception Graphique – Diseño

gráfico: Frédéric Vion (01 40 12 27 41) • Printer

– Imprimeur – Impresor: Imprimerie Landais –

93160 Noisy-le-Grand (01 48 15 55 01)

Guest Editorial Advisory Board – Comité de

redaction de l'édition – Comité de redacción

de la edición: Brick Lancaster, Irving Rootman,

Michel O'Neill • Editorial support – Soutien

éditorial – Apoyo editorial: Simon Carroll,

Linnea Evans, Mary Hall.

## The Ottawa Charter for Health Promotion: a critical reflection

Background to the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, “Health Promotion Comes of Age: Research, Policy & Practice for the 21<sup>st</sup> Century”

### Editorial

At issue: two decades of the Ottawa Charter

*M. Hills and D. V. McQueen* ..... 5

### Reflecting back on Ottawa- commentaries from conference participants

Ottawa 1986: The fulcrum of global health development

*J. Catford* ..... 6

Creating environments for health – 20 years on

*T. Hancock* ..... 7

The move towards a new public health

*I. Kickbusch* ..... 9

Ottawa Charter: reflections from down under

*J. Raeburn* ..... 10

Ottawa 1986 revisited

*H. Saan* ..... 11

### Reflecting on the Charter’s action areas- perspectives from the field

Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity

*V. Ridde, A. Guichard and D. Houéto* ..... 12

Revitalising the evidence base for public health: an assets model

*A. Morgan and E. Ziglio* ..... 17

Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services?

*M. Wise and D. Nutbeam* ..... 23

Did the Ottawa Charter play a role in the push to assess the effectiveness of health promotion?

*L. Evans, M. Hall, C. M. Jones and A. Neiman* ..... 28

The “Montreal message”: the Ottawa Charter for Health Promotion is still useful for today’s public health practice

*M. O’Neill et al.* ..... 31

### Reflecting on the future of health promotion- the IUHPE’s vision

Enhancing the effectiveness of the International Union for Health Promotion and Education to move health promotion forward

*M. B. Mittelmark, M. W. Perry, M. Wise, M.-C. Lamarre and C. M. Jones* ..... 33

## La Charte d’Ottawa pour la Promotion de la Santé: Une réflexion critique

Contexte de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l’UIPES sur la Promotion de la Santé et l’Éducation pour la Santé  
“La Promotion de la Santé fait son chemin: Recherche, Politique et Pratiques pour le 21<sup>e</sup> Siècle”

### Éditorial

Histoire de deux décennies de la Charte d’Ottawa

*M. Hills et D. V. McQueen* ..... 36

### Réflexions a posteriori sur Ottawa – commentaires de participants à la Conférence

Ottawa 1986 : pivot du développement de la santé mondiale

*J. Catford* ..... 37

Créer des milieux favorables à la santé – 20 ans après

*T. Hancock* ..... 39

Vers une nouvelle santé publique

*I. Kickbusch* ..... 40

Charte d’Ottawa: réflexions des antipodes

*J. Raeburn* ..... 41

Ottawa 1986 revisité

*H. Saan* ..... 42

**Réflexions sur les domaines d'action de la Charte - perspectives du terrain**

Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »  
*V. Ridde, A. Guichard et D. Houéto* ..... 44

Le « message de Montréal » : la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est encore utile pour la pratique de la santé publique d'aujourd'hui  
*M. O'Neill et al.* ..... 48

Résumés ..... 50

**Réflexions sur l'avenir de la promotion de la santé- la vision de l'UIPES**

Résumés ..... 51

**La Carta de Ottawa de Promoción de la Salud: una reflexión crítica**

Contexto para la 19ª Conferencia Mundial de la UIPES de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, "La Promoción de la Salud Madura: Ciencia, Política y Práctica para el Siglo XXI"

**Editorial**

En tela de juicio: veinte años de la Carta de Ottawa  
*M. Hills y D. V. McQueen* ..... 52

**Reflexión atrás sobre Ottawa- comentarios de los participantes de la conferencia**

Ottawa 1986: Piedra angular del desarrollo de la salud mundial  
*J. Catford* ..... 53

Crear entornos para la salud- 20 años después  
*T. Hancock* ..... 55

Avanzar hacia una nueva salud pública  
*I. Kickbusch* ..... 56

La Carta de Ottawa: reflexiones desde las antípodas  
*J. Raeburn* ..... 58

Retorno a Ottawa 1986  
*H. Saan* ..... 59

**Reflexión sobre las áreas de acción de la Carta- perspectivas del terreno**

El "mensaje de Montreal": la Carta de Ottawa para la promoción de la salud es todavía útil para la práctica de la salud pública hoy en día  
*M. O'Neill et al.* ..... 61

Resúmenes ..... 63

**Reflexión sobre el futuro de la promoción de la salud- la visión de la UIPES**

Resumen ..... 64

**Conference programme at a glance** ..... 65



Canadian Consortium for Health Promotion Research  
 Le Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé

The production of this Supplement issue has been made possible through a financial contribution from the Canadian Consortium for Health Promotion Research, host of the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, June 10-15, 2007, in Vancouver, Canada. The views expressed herein do not necessarily represent the views of the Canadian Consortium for Health Promotion Research.

La production de ce numéro Hors Série a bénéficié du concours financier du Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé, hôte de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l'UIPES sur la Promotion de la Santé et l'Éducation pour la Santé, qui aura lieu du 10 au 15 juin 2007, à Vancouver, au Canada. Les points de vue qui y sont exprimés ne représentent pas forcément ceux du Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé.

La producción de esta edición especial ha sido posible gracias a la amable contribución del Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud, organización anfitriona de la 19ª Conferencia Mundial de la UIPES de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, del 10 al 15 de junio de 2007, en Vancouver, Canadá. Las opiniones expresadas no representan necesariamente aquellas del Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud.

## At issue: two decades of the Ottawa Charter

Marcia Hills<sup>1,2</sup> and David V. McQueen<sup>1,3</sup>

The views and opinions in this article are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the Centers for Disease Control and Prevention and the Department of Health and Human Services of the United States.

It is a pleasure to serve as Guest Editors for this Supplement issue of *Promotion & Education*, intended to be published and available at the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Education in Vancouver, Canada, June 2007. The aim of the issue is to approach the overall conference theme of “Health Promotion Comes of Age: Research, Policy & Practice for the 21<sup>st</sup> Century” in a unique way. The idea of doing a special issue of the journal prior to the conference is to provide a sort of introductory set of documents which lay the foundation for the conference participants and introduce innovative ways of thinking about the journey which health promotion has made as a field of research, policy and practice since Ottawa. Essentially, the issue aims to track and record how the Ottawa Charter has influenced the development of health promotion, and what kind of a path the Ottawa Charter has taken since its inception.

We had several ideas for how to frame this special issue. First, we wanted to consider and reexamine what was in the conference bag for those who attended the Ottawa meeting in 1986. Obviously every one of the selected invitees of the Ottawa meeting would bring their own ideas about the present state and the future possibilities for health promotion; however, those ideas and the subsequent discussions in Ottawa would also be shaped by the reading materials that greeted them. It was anticipated that Ottawa would be a learning experience as well as a participatory one. In this Supplement issue we asked several of the original attendees in Ottawa to comment on their thoughts and expectations at the time, and to reflect back on those ideas in light of today. One of us (DVM) was also among those original attendees, and so we had a nice balance to understand the varying perspectives. What is most remarkable in these

recollections is the sense of urgency about health promotion that was present in Ottawa and also how recent the event itself seems to be some two decades later.

We also commissioned papers to deal with the perceived effect of the Charter on the areas of work emphasized originally, namely: building healthy public policy; creating supportive environments; strengthening community actions; developing personal skills; and, reorienting health services. It soon became apparent that the task of finding authors to deal directly with these topics would be unsuccessful. The Ottawa Charter, with all its strengths and weaknesses, is not so prescriptive that the subsequent development of health promotion would take on each of these areas in any systematic way. More specifically, it seemed to be a call to embrace a broad vision of health promotion with the goal to place health promotion clearly in the center of work that related to these five topic areas. The papers that follow very much support the ideas of the Charter and its vision, yet are testimonies, in many ways, to the failure of a single document to transform public health across the globe. Nevertheless, the inspiration of the Ottawa Charter is a common theme in all the papers. Perhaps this seeming conundrum is not surprising, for Charters, goal statements, mission statements, constitutions, and other such documents are inspirational rather than specific. They often represent the loftiest and often unobtainable goals of the creators. This does not mean that such documents are failures, but that their expectations far exceed the abilities of mere mortals.

A comparison of documents is invidious and some of the authors discuss the Ottawa Charter in the light of more recent documents, notably the “Bangkok Charter.” No doubt this is a discussion that will continue for some time and be a hot topic in the conference in Vancouver. Nonetheless, it seems apparent to us that this is a comparison without a firm conclusion. All documents are products of their times, Bangkok and Ottawa are no exceptions. Topics that have become key concerns of health promotion

such as effectiveness and impact are scarcely visible in the Ottawa document; they simply were not on the agenda in those frigid Ottawa days and nights. What remains clear, however, is that the Ottawa Charter remains more than just a shibboleth in the global health promotion community.

1. Guest Editors

2. IUHPE Vice-President for the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference; Professor, School of Nursing; Director, Centre for Community Health Promotion Research; President, Canadian Consortium for Health Promotion Research, University of Victoria, British Columbia, Canada. Correspondence to: mhills@uvic.ca

3. IUHPE Vice-President for Scientific and Technical Development; Chair, Scientific Committee of the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference; Associate Director for Global Health Promotion, DHHS/CDC/NCCDPHP/OD, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, United States. Correspondence to: dvm0@cdc.gov



## Ottawa 1986: The fulcrum of global health development

John Catford<sup>1</sup>

When Ottawa's starting pistol was fired in the snow blizzards of November 1986, who would have thought that the health promotion race would have run so long and so hard? Across the world there are government health promotion strategies and reviews, statutory authorities and foundations, consumer interest groups, professional associations and journals. University departments and professors proudly bear the name, Masters and Bachelor degrees are in abundance and a new textbook seems to appear every few months. Millions of dollars are increasingly being invested in health promotion programmes by governments and international organisations, like the World Bank, as well as through voluntary contributions from people themselves. It is quite remarkable that this has all happened in just two decades.

The origins of health promotion are complex and no single driver is responsible. However, most commentators would agree that the shift in thinking began to occur around an important Global meeting of WHO at Alma-Ata, Kazak in the former Soviet Union in 1978. *The Declaration of Alma-Ata* formally adopted Primary Health Care as the principle mechanism for health care delivery. It crucially recognised that health improvements would not occur just by developing more health services or by imposing public health solutions from the centre. It heralded a shift in power from the providers of health services to the consumers of those health services and the wider community. This led WHO in 1981 to prepare a global strategy 'Health for All by the Year 2000' with a series of measurable targets and goals. This initiative became the driving force for comprehensive health development over the following two decades and provided the right environment for the concept of health promotion to foster and grow.

During the early 1980s the term 'health promotion' was becoming increasingly used by a new wave of public health activists who were dissatisfied with the rather traditional and top-down approaches of 'health education' and 'disease prevention'. It signalled a positive, creative and outcome oriented approach. However, in some contexts and languages the term 'promotion' was considered synonymous with 'marketing' and 'selling' rather than

'enhancement' and 'empowerment'. This prompted the WHO to call a special meeting in late 1984 in Copenhagen Denmark to provide some clarity and direction which led to the first substantive document on health promotion. The *Concepts and Principles of Health Promotion* published in the first edition of *Health Promotion International* in 1986 became the springboard for the Ottawa Conference and Charter.

Looking back twenty years later, the key achievement of Ottawa 1986 was to legitimise the vision of health promotion by clarifying the key concepts, highlighting the conditions and resources required for health, and identifying key actions and basic strategies to pursue the WHO policy of 'Health for All'. Importantly the Charter that emerged also identified the prerequisites for health including peace, a stable ecosystem, social justice and equity, and resources such as education, food and income. It highlighted the role of organizations, systems and communities, as well as individual behaviours and capacities, in creating choices and opportunities for better health. Since then the WHO has organized, in partnership with national governments and associations, a series of follow up conferences, which have focused on each of Ottawa's five health promotion strategies.

Building healthy public policy was explored in greater depth at the Second International Conference on Health Promotion in Adelaide, Australia in 1988. Organised to coincide with Australia's bicentenary, an invited audience from mainly developed countries created the *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. It called for a political commitment to health by all sectors. Policy-makers in diverse agencies working at various levels (international, national, regional and local) were urged to increase investments in health and to consider the impact of their decisions on health.

The focus of the Third International Conference on Health Promotion in Sundsvall, Sweden, in 1991 was on creating supportive environments. It came at a critically important time as it provided the first opportunity for health professionals from all over the world to consider how environments, whether physical, social, economic, or political, can be made more supportive for

health. Armed conflict, rapid population growth, inadequate food, lack of means of self determination and degradation of natural resources were among the environmental influences identified at the conference as being damaging to health. The *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health* stressed the importance of sustainable development and urged social action at the community level, with people as the driving force of development. This statement and the report from the meeting were presented at the Rio Earth Summit in 1992 and contributed to the development of Agenda 21.

The Fourth International Conference on Health Promotion held in Jakarta, Indonesia, in 1997 reviewed the impact of the Ottawa Charter and engaged new players to meet global challenges. It was the first of the four International Conferences on Health Promotion to be held in a developing country and the first to involve the private sector in an active way. The evidence presented showed that health promotion strategies can contribute to the improvement of health and the prevention of diseases in developing and developed countries alike. Five priorities were identified in the *Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century*. These were confirmed in May 1998 through the World Health Assembly Resolution on Health Promotion (WHA 51.12).

Despite all the progress and developments in health promotion over the previous decade, two important challenges still remained. The first was to demonstrate and communicate more widely to developing countries that health promotion policies and practices can make a difference to health and quality of life. The second was even more important; that health promotion action can achieve greater equity in health and can close the health gap between population groups. In response the Fifth Global Conference on Health Promotion in Mexico in 2000 focused on health inequalities both within and between countries. The *Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: from Ideas to Action* affirmed the contribution of health promotion strategies in sustaining local, national and international actions in health. It also pledged to draw up country-wide plans of action to monitor progress made in incor-

1. Editor in Chief, Health Promotion International; Professor, Health Development and Dean of Health, Medicine, Nursing and Behavioural Sciences, Deakin University, Melbourne, Australia. Correspondence to: jcatford@deakin.edu.au

porating strategies that promote health into national and local policy and planning.

With the birth of a new millennium it became increasingly apparent, however, that the world was changing fundamentally and this included our understanding of the determinants of health. Opportunities and challenges had emerged which were unthought of in 1986 such as the Internet, the human genome project, climate change, terrorism, geopolitical change, third world debt, and of course globalisation of people, money, products and services. The struggle is now about connecting global influences with everyday life and managing them to our best ability.

Against this context the Sixth Global Conference on Health Promotion in Bangkok was organised in 2005, which was structured around four thematic tracks: the new context; health-friendly globalisation; partners; and sustainability. Participants reviewed and soundly endorsed the original five Ottawa action areas, but they also found that building capacity to promote health goes beyond community and skills development; it includes global and local policy, partnerships and alliances, finance and information systems, and trade considerations. Through the *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* four new commitments were identified: make the promotion of health (i) central to the global development agenda, (ii) a core responsibility for all of government, (iii) a key focus of communities and civil society, and (iv) a requirement for good corporate practices.

Over the two decades since the Ottawa Conference and Charter there have been major and diverse shifts in thinking, policy and action for better health at local, national and international levels. But a clear thread can be detected which leads back to this meeting of free thinkers from fifty countries which developed and affirmed a series of principles and actions framing the value systems and practice of health promotion. Much has been achieved and much still needs to be done, but whatever the blind spots and shortcomings, the Ottawa Conference and Charter has been the fulcrum or tipping point in global health development. Ottawa 1986 bridged the past successes of the public health reforms with the aspirations of the new health promotion movement. It has shaped and will continue to shape the world's health destiny.

## Creating environments for health—20 years on

Trevor Hancock<sup>1</sup>

This article is dedicated to the memory of Ron Draper, the driving force with Ilona Kickbusch behind the Ottawa Charter, from both of whom I learned so much, and to both of whom I owe so much.



Twenty years ago, I wrote and presented the theme paper on “Creating Environments for Health” for the Ottawa Charter conference. Looking back, I am impressed both by what it – and the Charter – did say and what they didn't say. My paper, and the discussions at the conference that were later reflected in the Charter, took a broad approach to the concept of “environment.” My paper discussed not only the physical environment but the social environment (particularly work and leisure) and the economic environment, with particular reference to the limits of conventional economics and the need for “an economics that is conscious of health”, while in my concluding section, I noted that “A discussion of the physical and social environments that influence health lead us inevitably to issues of economic theory, the international economic order, sustainability and planetary survival.”

This holistic approach was reflected in the Charter, which noted that “The inextricable links between people and their environment constitutes the basis for a socio-ecological approach to health,” while the section on creating supportive environments for health referred to changing patterns of work and leisure, living conditions, energy use and urbanization. However, I focused my paper on the physical environment, on the grounds that “the other major themes and workshops for the conference

are concerned almost entirely with the social environment”, and in particular on global environmental change and its health impacts, while also recognizing the need for local action, especially as typified by the newly-established WHO Healthy Cities Project. In the Charter itself, for the first time in a WHO document (and some months before the Brundtland report on sustainable development – WCED, 1987), a stable ecosystem and sustainable resources were listed as prerequisites (determinants) of health, and it was noted that “The protection of the natural and built environments and the conservation of natural resources must be addressed in any health promotion strategy.”

So what would I change, looking back? First, in light of the clear evidence of global warming (IPCC, 2001) and statements such as this – “The current rate of decline in the long-term productive capacity of ecosystems could have devastating implications for human development and the welfare of all species” (World Resources Institute, 2000) – I would strengthen the statements on global change, explicitly linking human health with ecosystem health (interestingly, the recent Bangkok Charter is much less specific on these global challenges). Global environmental change, including climate and atmospheric change, resource depletion, ecotoxicity, habitat destruction and species extinction, is the ultimate threat to health: other civilizations have collapsed (Diamond, 2004), and there is no reason to believe ours is exempt from this possibility.

Second, I would put far more emphasis on the built environment. We paid insufficient attention to the fact that in the developed world – and increasingly in the less developed world – we spend 90% of our time indoors (Leech, 1996) and we are 80% urbanized (and have passed the 50% mark globally). Thus the built environment is the principal – one might almost say ‘natural’- human environment. How we design, build and operate our built environments – homes, schools, workplaces, hospitals, neighbourhoods, cities – is of profound importance to health, and also has a profound impact on the natural environment.

Third, the concept of social capital (Putnam, 1993) and its relationship to health, not a significant part of the agenda for pop-

1. Health Promotion Consultant, Victoria, BC, Canada. Correspondence to: Greendoc@telus.net

ulation health promotion in 1986, is much more central today. However, I also believe that our current approach to social capital, with its focus on social cohesion and social networks – what I call ‘informal’ social capital– is too narrow and needs to be broadened to include at least 2 other forms of social capital. First, there is ‘formal’ social capital – the system of social programs and institutions such as education, social services, social assistance, unemployment insurance, health care, disability and retirement pensions and many others– that we have built up over the past century or more in many countries around the world. These are investments that contribute to the health and wellbeing of the population as a whole, and particularly the most vulnerable members of the population. Second, and more profound, is what I refer to as our ‘invisible’ social capital – the legal, political and constitutional infrastructure that underpins our societies and communities and, through the UN, our world. We have been developing this form of social capital for hundreds, even thousands of years, and where it is in place and honoured, it makes it possible for us to lead civilized and peaceful lives; where it is absent or ignored, life, health and safety are threatened. Health promotion needs to pay more attention to the creation and maintenance of both these other forms of social capital in the future.

Finally, while we are somewhat closer to a new economics based on human wellbeing, we still have a long way to go. Ethical investment and the ‘triple bottom line’ (environmental, social and economic benefits) are steps in the right direction, but we need to move much further. First, health promotion needs to insist that the focus be on human development (of which health is one key component), recognizing that, “Human development and the achievement of human potential require a form of economic activity that is environmentally and socially sustainable in this and future generations” (CPHA, 1992). Second, if human development is to be at the centre of our concern for sustainability, we need to expand the ‘triple bottom line’ to become a quadruple bottom line, including human development. Indeed, as I have remarked elsewhere (Hancock, 2001), real capitalists in the 21<sup>st</sup> century will be those who can simultaneously build all four forms of capital – natural, social and human as well as economic capital. In so doing, they will be promoting health, so we as health promoters need to encourage and support this new approach to an economics of sustainable human development.

---

## References

- Canadian Public Health Association (1992) *Human and Ecosystem Health*. Ottawa, CPHA
- Diamond, Jared (2004) *Collapse: How Societies Choose to Fail or Succeed* New York: Viking Books
- Hancock, Trevor (2001) “People, Partnerships and Human Progress: Building Community Capital” *Health Promotion International* 16(3):275 - 280
- Intergovernmental Panel on Climate Change (2001) *Climate Change 2001: Synthesis Report* Geneva: IPCC/World Meteorological Organization
- Leech, J. A. et al (1996) “Canadian human time-activity pattern survey report and population surveyed” *Chronic Diseases in Canada* 17: 118-123
- Putnam, Robert (1993) *Making Democracy Work* Princeton: Princeton University Press
- World Commission on Environment and Development (1987) *Our Common Future*. New York, Oxford University Press
- World Resources Institute (2000) *World Resources 2000-2001: People and ecosystems: The fraying web of life* New York, Oxford: Oxford University Press
-



# The move towards a new public health

Ilona Kickbusch<sup>1</sup>

The Ottawa Charter on Health Promotion, adopted by an international WHO conference in Ottawa, Canada, in November 1986 (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Kickbusch, 2003) has a very important sub title which is often forgotten: *the move towards a new public health*. Those of us involved in drafting the Charter were passionate about this link. We felt that many of the best public health traditions established in the 19<sup>th</sup> century had become eclipsed by medical strategies or a focus on individual behaviour. There were some who said that public health was dead – we argued fiercely against that. We thought it had a great future.

We had – I am proud to say – a strong sense of history. The Charter built on many sources, including in particular the work of Thomas McKeown (1980) – motivated by his findings – continuously asked the question “*What really creates health?*” It wanted to put the spotlight back on population health and in doing so it provided a framework on how to approach the “sanitation challenge” of the 20<sup>th</sup> century, which had been classified as “*lifestyles conducive to health*.” It was not by chance that the newly founded Journal “*Health Promotion*” (later renamed *Health Promotion International*) was launched at a pub called “*The John Snow*” in Soho, London, and included a visit to the replica of the Broad Street Pump (we did not have the choice of a Rudolf Virchow Bierstube or a Renée Villarmé Bistro.)

It was also not by accident that the first health promotion settings project was about “Healthy Cities” and that Liverpool, the home of another great public health pioneer Dr. William Henry Duncan, hosted the first healthy cities coordinating centre. The public health success story had originally emerged in cities: “*Cities were once the most helpless and devastated victims of disease, but they became the great disease conquerors*,” Jane Jacobs wrote in her classic on the great American city (Jacobs, 1969). Cities, we felt, again needed to come into focus as a potential solution – our spotlight was on the social environment and new types of pollution. “*Think global – act local*” was the slogan of the day and the Healthy Cities movement did spread all around the world – but it took the outbreak of an infectious disease in a city not far from Ottawa to turn the political attention back to urban public health, now with a new global twist.

The Charter established that “*health is*

*created in the context of everyday life: where people live, love, work and play*” and introduced a very active and interactive understanding of health. Our “Broad Street Pump” consisted of the interface between five essential areas of public health action: healthy public policies, supportive environments, personal skills, community action and reorientation of health services (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). The aim of health promotion – for us – was to combine a social determinants approach (the old public health) with a commitment to individual and community empowerment (the new public health). Many of us had been part of the women’s health movement, some of us were part of the newly emerging ecological movement, for some the gay pride movement was a driving force for understanding the new public health – the new public health was part of our lives. The “*settings approach*” was considered a new public health strategy to take this agenda forward. I still maintain that it was not capitalized upon enough.

Therefore I was very gratified to hear the recent Harveian Oration by the great 20<sup>th</sup> century public health pioneer, Sir Michael Marmot. He too considered these two factors – social environment and empowerment – to be the key to any health progress (Marmot, 2006). He references the work of the development economist Amartya Sen and states: “*that failing to meet the fundamental human needs of autonomy, empowerment and human freedom is a potent cause of ill health*.” But even this crucial insight misses one very central point: health in the Charter was no longer characterized as “*a complete state of wellbeing*” as postulated by the WHO Constitution or understood only as the result of the impact of health determinants, but it was in itself considered *a resource for living* – it became an *input*. Lester Breslow, the great epidemiologist, is in my view one of the few who has understood this fully. Consequently, he argued that the Ottawa Charter and its view on health constituted the third public health revolution (Breslow, 1999). I confess I was very proud and deeply touched when I read this.

But, where is this revolution? Did it really happen? To some extent it is happening quite silently but persistently – in another context I have spoken of health promotion as a rhizome that takes root, spreads out and takes over (Kickbusch, 2006). Of course it is more important that

the ideas spread and are accepted than that their source be mentioned, even though I am frequently motivated (and frustrated) to think “*But we said that years ago in the Charter....*” The generation that developed the the Ottawa Charter for Health Promotion set out to classify what it takes to address public health in modern societies, not only in the 20<sup>th</sup> but even more so in the health society of the 21<sup>st</sup> century (Kickbusch, 2007). I still maintain that the document was very much ahead of its time and that its full importance and potential has not yet been fully recognized. When teaching or lecturing on health promotion I need to remind myself all the time that many of my students were not yet in primary school when we met during those cold days in November 1986 in Ottawa. The future of the Ottawa Charter lies with them – in my view it has not yet really come.

## References

- Breslow L. (1999) *From disease prevention to health promotion*. JAMA, 281: 1030-1033.
- Kickbusch I. (2003) The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. AJPH, Vol.93, No.3: 383-388.
- Kickbusch I. (2006) “Health promotion – not a tree but a rhizome.” In O’Neill, M., Pederson, A., Dupere, S., & I. Rootman. (Eds.). *Health promotion in Canada: critical perspectives*. Toronto: Canadian Scholars’ Press.
- Kickbusch I. (2007) “Health Governance: The Health Society” in McQueen D., Kickbusch I. *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. Springer.
- Jacobs, J. (1969) *The Life and Death of American Cities*. New York: Random House.
- Marmot M. (2006) *Health in an unequal world – social circumstances, biology and disease*. HARVEIAN ORATION, 18. October 2006. <http://www.rcplondon.ac.uk/event/details.aspx?e=312>
- McKeown T. (1980) *The Role of Medicine*. Princeton, Princeton University Press.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986) In: *Health Promotion*, Vol. 1: iii-v.

1. Graduate Institute of International Studies, Geneva. Correspondence to: kickbusch@bluewin.ch

# Ottawa Charter: reflections from down under

John Raeburn<sup>1</sup>

My attendance at the Ottawa Conference resulted from the fact that I had gone from New Zealand (NZ) to spend 1986 on sabbatical in the Health Promotion Directorate, Ottawa, then the world's Mecca for health promotion (HP). That was a heady time, with the unforgettable Ron Draper, and other stars of Canadian health promotion, like Irv Rootman and Lavada Pinder. I was greatly excited and stimulated by what was happening in the leadup to the conference. At the same time, my own passion was, and still is, with the community and people dimensions of HP, and I sensed a growing momentum towards what seemed to me like the 'bureaucratisation of HP', where policy, rather than people, was going to dominate. It was also clear that the prevailing North American preoccupation with lifestyle in HP, originated by the Canadian Lalonde Report, was under attack.

The top-down process of the conference itself did little to allay the suspicion that 'the people' (in this case the participants) were not going to have much say in future HP. Larry Peters (the other NZ delegate) and I wrote an article on the conference for a NZ public health journal on our return (Raeburn & Peters, 1987), which I now draw on (Verbatim quotes indicated).

We saw the five-day conference as being 'very much a WHO dominated occasion,' with 'the agenda of the conference set by WHO.' Given that reality, we were puzzled that the focus was almost entirely on industrialised countries, with only a smattering of developing countries present. The aim was ostensibly 'to exchange experiences and share knowledge of health promotion,' although most participants felt that the main concepts and structure of the conference were pre-ordained by WHO, and not open to much debate. No mention was made until the last day that a Charter was to be produced! Much of our time was spent with the same subgroup in workshops designated by five themes which later emerged as the action streams of the Ottawa Charter (OC) (Predictably, I was in the 'Strengthening Communities' workshop).

In the workshops, a number of common themes kept emerging. Probably the most important related to the relationship between people/communities and professionals/bureaucracies, the latter seen as inevitably controlling the HP resources and decision-making. Certainly, of projects cited

from the 38 countries taking part, 'few were truly enabling.' Another theme that kept resurfacing was that of equity, and the need for an enabling/empowering approach which gives those most in need the highest priority.

We noted that early in the week, the conference seemed to 'lack soul.' But as the week went on, 'there was a powerful feeling of things coming together, of a real consensus.' But when on the final day we learned that that was to be a 'Charter' issued by the conference, there was a strong eruption of anger – as though the 'real purpose' of the conference had been withheld from us, and we had not had the opportunity to discuss this document. And when we saw the draft proposed by WHO, there was intense dissatisfaction with it. As a concession, delegates were given a brief time over lunch to hand deliver written changes to the organisers. (I personally wrote a whole sentence which got included in the final document). It was an extraordinary process. However, I am happy to report that when Ilona Kickbusch read out the final draft in the closing plenary, by some miracle, the changes met with general approval, and, there was long and emotional applause. As one delegate said, 'it had changed from an ugly duckling into a beautiful swan.' And another was heard to say that this was 'perhaps the most important event in the history of health.'

So what influence has this 'beautiful swan' had in the world? From a NZ perspective, we were ripe for a coherent model of HP. I went around the country enthusiastically promoting the OC to Area Health Boards, and most or all adopted the OC as their guiding HP document. To this day, the Ministry of Health still includes the OC in most of its public health documents, along with the Treaty of Waitangi, which is an empowering document relating to Maori constitutional rights. All our HP and public health students get a good dose of the OC. Larry, who was the first director of the Health Promotion Forum of NZ, did the same promotional job with the many NGOs who were the Forum's main constituency. In short, the OC had huge uptake among NZ health promoters and public health people generally, and Canadians sometimes comment that we outdo Canada when it comes to the OC.

Internationally, it is harder to judge, but it does seem that most governments around

the world now accept the need for HP, and that this is probably perceived through an OC lens. However, the limitations of the OC for the current global situation have been highlighted by the recent Bangkok Charter process, in which I also participated, where the OC was reaffirmed as the fundamental HP document, but where its many gaps regarding the 21<sup>st</sup> century reality were also apparent.

Personally, while I strongly support the OC, I also still feel that it has had the effect of overemphasising the top-down political at the expense of the more human and empowering aspects of HP. Its relative remoteness from everyday life, and its diffuse nature, means that it has not seized the hearts and minds of ordinary people the way it might have. Nor has it especially led to people having more control over their health. To me, it is more like a set of values plus a checklist than a coherent statement about effective and empowering HP. But it definitely has helped to get HP on the world's political agenda, and to promulgate the concept of broad social determinants which underlies considerations of population health. We would be much worse off without it. But it is now time to move forward to a new, coherent vision of HP which truly engages people and their communities in an empowering way.

---

## Reference

Raeburn, J.M. & Peters, L. (1987) "The first international conference on health promotion: a New Zealand perspective." *Health Review* vol. 6, no. 4, pp. 24-27.

---

1. University of Auckland, New Zealand. Correspondence to: School of Population Health, University of Auckland, PB 92019 Auckland, New Zealand. (jm.raeburn@xtra.co.nz)

## Ottawa 1986 revisited

Hans Saan<sup>1</sup>

It cannot be avoided, this is a personal story as I happened to be involved in and present at that now famous conference in Ottawa, which gave birth to the Ottawa Charter. In this article I want to look back at that event, put it into context and I will relate how I took the values incorporated in the charter to help The Netherlands to shift from health education to health promotion. Finally I will share what I think made that charter so influential.

1986 was a busy year. The Department of Health was planning a first major policy paper on prevention and health and my contacts at the department allowed me to play a role in that. The policy paper had two parts, the first one what we now call health promotion, the second part on the restructuring of the health services. The ideas on health promotion policy were debated at a national conference, with only little follow-up. A report related to the second part of the policy paper on the health service as a market-oriented system got much more attention and it took us years to shift the attention from services to health.

The second important event in that year was for me the start of a project on the effectiveness of health education. We tried to review and summarise what we knew about quality programmes and discovered that the research available did not yet allow us to draw clear conclusions. Of course we interpreted most results as promising, but our wish-list in the end of the project report included changes in practice, policy and research.

The third event was the Ottawa conference. I joined the Ilona Kickbusch virtual team in 1982 and chaired a conference in 1984 where some of the Ottawa topics were pre-tested. That is the first characteristic of the Ottawa Charter: it was a final result of a well orchestrated series of meetings, publications and events, as well as a start of many greater things. A short document called "Concepts and principles of health promotion" fostered the debate and remarkable was that uncertainties and doubts about health promotion were consciously recognised. It set the scene for the Charter: though the type of goals and processes we envisage are not simple, it can be done.

The Charter is an iceberg: the two pages are just the tip of a more complicated set of ideas and values. I took from the Char-

ter three lessons that shaped my work since then. First: the salutogenetic approach taught me to put much more trust in the positive, in people's capacities and taught me to look beyond disease-focussed prevention. The second lesson was the extension of health determinants with the political factors; not only party politics in parliament, but also how capitalism shapes our society and how that creates the rich-poor divide. I learned to look for what we now call "the causes behind the causes."

And finally it made me aware of how we used a pair of golden blinkers in health education: we were not wrong, but just limited in our scope. If we want people to join us for health, we have to see how their history, their opportunities and preferences are shaped not just only by their individual psychology, but how peer pressure and economic and political forces shape the conditions of living.

On our arrival back at Schiphol there was not a crowd gathered, fighting for the first print of the Ottawa Charter. It got little attention at all in The Netherlands. Partly that is because some of the key ideas already had been incorporated in the mentioned national policy paper, partly because WHO-publications did not have the status WHO expected them to have.

We managed shortly after Ottawa to organise a national conference to launch the healthy cities movement, that has now lost its movement characteristics and has entered the stage of institutionalisation: all local governments have to produce a policy on health and local and national politicians are taking health promotion seriously. Slowly health promotion and public health in general is getting more recognition; however, the investments to underline the beautiful words on the subject only follow slowly.

Still the salutogenic perspective, the political factors and the relevance of context needed a push to get adequate attention. The booming media have reinforced the traditional trust in educational and informational processes. Nowadays the ultimate intervention seems to have a website, just like in earlier days the use of a folder, a video, a CD-Rom have been the panaceas. So in the time after Ottawa my work shifted to advocacy for the ideas and values in Health Promotion. In that role I was joined by another Ottawanian: Willy de Haes.

Together we saw how the growth of clinical epidemiology was getting more influence and how an individual blaming, disease focussed and RCT-addicted model was dictating the criteria for both research and policy. Convinced of the Ottawa principles, we organised together a series of four conferences on adequate research for health promotion. In the models we developed as an outcome of these conferences, we put the Ottawa principles in words and models that fit the trends and times. Leadership in health promotion includes the ability to change ones' colours, to be chameleonic.

What made the Charter so influential? In my opinion it surfed the wave of time quite well and gave words to a still fuzzy feeling about change necessary. It was well prepared and the conference itself mobilised a critical mass of pioneers, that tipped the scales. The follow up was reinforcing the key messages: being a veteran from the five conferences at Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Mexico and Bangkok, I witnessed how new concepts such as, globalisation and new technology, like the internet and the mobile phone, gave a new impulse to the goals and means envisioned in the Charter, but in essence the ideas have survived these 20 years.

But for myself it was the family feeling that made me proud to be part of that gang. The Ottawa Charter gave my work a sense of coherence, the wonderful group of people I met over the years gave me a great sense of belonging and as we all know those two senses are critical for good health. So if you did not do that yet, for your own health you better join the movement.

1. Health Promotion Consultant, The Netherlands. Correspondence to: hans.saan@hccnet.nl

# Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity

Valéry Ridde<sup>1</sup>, Anne Guichard<sup>2</sup> and David Houéto<sup>3</sup>

**Abstract:** The authors set out to show that the Ottawa Charter of 1986 has not been sufficiently accepted over the past twenty years, even by those who use it as a strategic tool to guide interventions for reducing social inequalities in health. Although some public health policies do emphasize the reduction of social inequalities in health, only the Ottawa Charter appears to possess the status of an international declaration on the matter. Social inequalities in health are the systematic, avoidable, and unjust differences in health that persist between individuals and sub-groups of a population. Four examples from the field of health promotion serve to show that forgetting to combat social inequalities in health is not exclusive to the domain of public health. However, taking action against social inequalities in health does not equal tackling poverty. Moreover, intervening on the principle of equality of opportunity, on the basis of an ideology of meritocracy, or for the benefit of the population as a whole, without regard to sub-groups, only tends, at best, to reproduce inequalities. Although evidence is insufficient, there are studies that show that reducing social inequalities in health is not an aporia. Three explanations are advanced as to why social inequalities in health have been ignored by health promotion professionals. The Ottawa Charter had the merit of highlighting the struggle against social inequalities in health. Now, moving beyond the declarations, from the strategic framework provided by the Ottawa Charter and in accordance with the Bangkok Charter, it is time to show proof of voluntarism. Several priorities for the future are suggested and the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) should be responsible for advocating for them. (*Promotion & Education*, 2007, Supplement (2): pp 12-16).

**Key words:** Ottawa Charter, IUHPE, public policies

Article en français à la page 44. Resumen en español en la página 63.

## KEY POINTS

- Within the framework of reducing health inequalities, the Ottawa Charter appears less of a planning tool than a strategic framework for interventions.
- If equality of opportunity is not the way to counter social inequalities in health, then "fair equality of opportunity" should be advocated to contribute individual's achievement of their full health potential.
- We need to generate knowledge and evaluate our actions to prove their effectiveness in reducing health inequalities.

Today it is almost impossible to attend a conference on health and not see the issue of social inequalities in health mentioned somewhere in the program. The 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education in Vancouver is no exception. It distinguishes itself, however, from other conferences by proposing to celebrate the twentieth anniversary of the Ottawa Charter, the declaration that established the field of health promotion (HP). The authors of this paper were asked to reflect on the way in which the Charter has influenced the development of HP in terms of tackling social inequalities in health. The term 'social inequalities in health' refers to the systematic, avoidable, and unjust differences in health between individuals and population sub-groups.

The reader should be immediately advised that the point of view expressed in this article is certainly critical, but is in no way pessimistic. The article concludes with various operational recommendations for the future, including the International Union for Health Promotion and Education's (IUHPE) role to advocate.

The authors have set themselves to the task of demonstrating that the Ottawa Charter has not been sufficiently accepted over the past twenty years, even by those who use it as a strategic tool for guiding interventions to reduce social inequalities in health. They do this by suggesting that health promoters, who, in the authors' opinion, have as one of their main duties to tackle social inequalities in health, could better discharge this if they worked for "fair equality of opportunity," to use Rawls' expression (2004). After all, the revolution proclaimed by the Charter has not yet materialized (Robertson & Minkler, 1994).

## The Ottawa Charter and social inequalities in health

Indeed, for all intents and purposes, the statement in the 1986 Charter that "health promotion focuses on achieving equality in health" (OMS, 1986) announced a revolution. The drafters of the Charter hoped "to respond to the health gap within and between societies and...tackle the inequities in health produced by the rules and practices

of these societies" (OMS, 1986). This objective also appeared in the Epp Report on HP which was published by the Canadian government in 1986 (Epp, 1986). One of the documents produced by WHO Europe in preparation for the Ottawa conference stated just as clearly that the reduction of inequities was an integral objective of HP (Kickbusch, 1986). Although some public health policies designed on a regional or country scale (e.g., WHO Europe, UK, Sweden) emphasize the reduction of social inequalities in health, only the Ottawa Charter appears to possess the status of an international declaration on the matter: "It was the first, and up until now, it is still the only document that sets an agenda for health" (Kickbusch, 2006). Moreover, acting with the goal of reducing inequalities in health appears to be a distinctive characteristic of HP, when compared with actions in the fields of public health or community health (Ridde, 2007b). The emergence of a health practice focused on social change in order to tackle inequalities in health was already acknowledged and formalized in 1986 in Ottawa.

However, action to achieve the equality proclaimed in the Charter is a delicate matter. Firstly, the Charter does not specifically describe what action needs to be taken. Operational outworking has yet to emerge and the strategic strengths of the declaration have perhaps unwittingly become its weaknesses. The authors believe, never-

1. Ph.D., International Health Unit, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Canada. Correspondence to: 3875 Saint Urbain St., Montreal, QC, Canada, H2W 1V1 (valery.ridde@umontreal.ca)

2. Ph.D., Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Paris, France

3. MD, Ph.D. (cand.), Université Catholique de Louvain, École de santé publique, Bruxelles, Belgique

(This article was commissioned from the authors on October 24th, 2006. Following peer review it was accepted for publication on March 12th, 2007.)



theless, that the Charter is less of a planning tool than a strategic framework for interventions. Secondly, talk of equality sometimes has the effect of paralyzing stakeholders since the objective can seem to be unattainable, if not utopian. The declaration certainly reflects the mood of the late 1980s. Nowadays, definitions of health equity have abandoned, rightly or wrongly, the notion of ultimate equality and substituted instead the achievement of the best possible state of health for all individuals (Braveman, 2006; Whitehead & Dahlgren, 2006).

### Distributive justice and the social gradient

Above and beyond possible interpretations of the Charter, any action aimed at increasing equality is both bold and difficult since it involves implementing a process of equity. The term 'equity' is polysemic and is related to the notion of social justice, which is one of the founding principles of the Charter. When the principles of equity and social justice are lacking in a society, social inequalities result and these end up being expressed in differences in health among individuals. The reader will be spared a presentation here of the overwhelming and incontestable evidence from around the globe of these differences (Acheson, 1998; Braveman & Tarimo, 2002; Mackenbach, 2005). In order for the differences to be seen as injustices that need to be righted, a value judgement must be made and this judgement is not univocal.

Academics often debate the meaning of the terms 'inequalities', 'differences' and 'disparities'.<sup>2</sup> The lack of consensus on the use of these terms no doubt confuses professionals in the field. Basically what should be retained from these debates is that the way issues are presented depends on whether these disparities are understood as differences (unavoidable) or as inequalities (avoidable and unjust). These issues of conceptual differentiation have been raised by numerous authors in the U.S.A., U.K. (Exworthy, Bindman, Davies & Washington, 2006), France (Fassin, Aiach & Philippe, 1996) or Burkina Faso (Ridde, 2006). For example, some think that use of the term 'disparities' in the U.S.A. denotes a perception of differences that are of a racial/ethnic or even 'cultural' origin (Braveman, 2006; Exworthy et al., 2006), whereas others affirm that this is not the case (Carter-Pokras & Baquet, 2002), as the "Healthy People 2010" policy seems to demonstrate (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). In the U.K., the Tory government of the 1990s was not in favour of using the term 'inequalities', thus making any government action difficult. The deliberate decision of the Chief Med-

ical Officer to replace it with the word 'disparities' made it possible to resume the debate (Kelleher, 2007). In the authors' opinion, underlying a choice of words is the recognition of the values of justice they evoke.

Also, as in the case of the so-called 'illnesses from God' (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999) or those illness without a precise cause, *differences* may be perceived as 'natural' and not imputable to any one since they are the result of fate or destiny. Judgement is then seen as being 'objective' and no attempt is made to intervene. *Inequalities*, on the other hand, imply a value judgement based on principles of distributive justice by which disparities in health result from a subtle and complex process of socially constructed inequalities. From that perspective, they are avoidable, at least correctable, and, most of all, perceived as being unjust.

It is to this latter vision that the Ottawa Charter holds, resolutely turning its back on the naturalistic view which prevailed for a long time after Jean-Jacques Rousseau. The incorporation of inequalities in bodies (Fassin, 1996) is the end result of a sophisticated and cumulative mechanism of social inequalities (Aiach, 2004) whose existence translates into what is referred to as the social gradient<sup>3</sup> of health (Acheson, 1998; Evans, Barer, & Marmor, 1994; Marmot, 2005). The famous Whitehall study conducted with civil servants in England in the 1970s clearly showed that even within a category considered *a priori* privileged, there is a gradation of mortality and morbidity rates between civil servants at the bottom of the hierarchy and those higher up (Marmot, Shipley & Rose, 1984).

Acting on the principle of equality of opportunity rooted in an ideology of meritocracy (Dubet, 2006) or acting solely against poverty will not suffice to dissipate a phenomenon that affects the entire social spectrum. By proceeding in this fashion, one intervenes only marginally while ignoring entire sections of the population that are affected. Nowadays it is known that intervening on the principle of equality of opportunity only has the effect, in the best of cases, of reproducing inequalities. This was brought to light in the field of education forty years ago by French researchers Bourdieu and Passeron and by the American Becker.

These difficult notions are just as subtle as they are delicate to explain. Academics sometimes struggle to make them more accessible, just as the translators of the Charter did. The French version of the Charter affirms that HP aims at "*l'égalité* [equality in health] *en matière de santé*" whereas the English version talks of "*equity in health*"

(www.euro-who.int), which are two very different notions as has just been explained. No doubt this is all evidence of, on the one hand, the permanent invisibility of social inequalities in health in political debate and, on the other hand, the present paralysis of health promotion professionals. The impenetrability of the problem combined with its invisibility cause stakeholders to favour an approach focused on tackling financial insecurity and poverty. If equality of opportunity is not the way to counter social inequalities in health, then "*fair equality of opportunity*"<sup>4</sup> (Rawls, 2004, p.93) should be advocated so that no persons are disadvantaged in their ability to achieve their full health potential (Whitehead & Dahlgren, 2006)<sup>5</sup>.

### The omission of health promotion

Despite the differences expressed in the literature and the Ottawa Charter's stand on reducing social inequalities in health, one is obliged to acknowledge that health promoters have not exactly acted differently than their medical, hygienist, or epidemiologist colleagues. This ossification, however, is not exclusive to public health. Even certain players who decry the biomedical view of health practices and only act with reference to the Ottawa Charter, appear to have forgotten the commitments of 1986. Four examples of this are examined.

Firstly, a study of the way HP is defined by the experts reveals that, of the 13 definitions that Rootman and colleagues (2001) found had been used since 1920, none of them defined the ultimate goal of HP as being the reduction of inequalities in health. It was always a matter of either maintaining health or improving it, but never of reducing the gaps between population sub-groups. This is not surprising since neither two editions of the WHO's glossary (1986 and 1998) that define HP, nor its 2006 update, attribute this objective to HP. The omission of the notion of inequality still persists in the most recent definition of HP in Canada and in Quebec (O'Neill & Stirling, 2006).

Secondly, it could be objected that these definitions are slightly outdated and that the age of globalization has arrived. It was precisely because of this global interdependence and interconnection that the WHO justified formulating a new Charter at its 2005 conference in Bangkok. Although the final version of the Charter asks governments to "*tackle poor health and inequalities as a matter of urgency*" (OMS, 2005a), this was not originally intended by the drafters of the document, nor was it broached by the formulators of the conference's analytical framework<sup>6</sup>. Preliminary versions of the Charter made no mention of health inequalities (OMS, 2005b), and it was



only because of criticism of this omission during previous consultation that the issue of tackling social inequalities in health was included.

Thirdly, in order to be aware of the effectiveness of HP, recent undertakings should be examined. In line with the utilitarian values of various leaders of public health projects who subscribe to the equation “effectiveness *ergo* [before] equity” and who adopt planning approaches based on cost-effectiveness (de Savigny, Kasale, Mbuya & Reid, 2004; Ridde, 2007a), many HP actions ignore the problem of social inequalities in health. For example, the proceedings of the Paris symposium on effectiveness of HP do not mention the issue of equity (IUHPE, 2004). In the authors' opinion, an HP action cannot be qualified as effective if it is not able to reduce differences in mortality or morbidity.

The last example, which is the epitome of this amnesia, involves Canada and Quebec where it cannot be claimed that HP is absent. Various authors have pointed to how health inequalities have been sidelined in Canadian public policies (Raphaël, 2006, 2004; Williamson, Milligan, Kwan, Frankish & Ratner, 2003). Likewise in Quebec, those responsible for the 2003-2012 national health program neglected to set objectives for reducing health inequalities (Ridde, 2004), and recent analyses have also failed to question this omission (St-Pierre & Richard, 2006). In November 2006, the Ministry of Health and Social Services unveiled its action plan for tackling weight-related problems (Ministère de la santé et des services sociaux, 2006). Not once was the term ‘inequality’ mentioned in the plan and none of the plan's objectives targeted the reduction of gaps among population sub-groups. It is known, however, that, at least in France, inequalities in the prevalence of obesity have increased over the past ten years to the detriment of the less educated, blue-collar workers, and those with a lower standard of living (de Saint Pol, 2007).

### Action is still possible

At the very least, the will to take action must translate into the formulation of public policies that target the objective of reducing health inequalities. Yet, by the end of 2005, only seven European countries, out of 22 that were studied, had set themselves quantifiable targets for reducing health inequalities (Judge, Platt, Costongs & Jurczak, 2005). Obviously, planning and implementation are two different and sometimes concomitant processes. But if combating inequalities is not made part of these plans, chances are slim it will happen.

It must be stated that it is still unclear

how one should go about tackling health inequalities and also that there is very little evidence on how to design practices. However, a certain number of studies do exist which show that reducing social inequalities in health is not an aporia, although the majority of actions still prefer to target individual determinants, instead of structural ones (Crombie, Irvine, Elliott & Wallace, 2005; Raphael, Bryant & Rioux, 2006; Ridde, 2003). For example, in the pursuit of its social policies, Finland, like Sweden, has managed to prevent its already very low level of health inequalities from increasing, despite a heavy economic recession in 1994 (Lahelma, Keskimäki & Rahkonen, 2002). In a poor neighbourhood of Barcelona, a program for pregnant mothers and their children was effective in reducing the gaps between the neighbourhood and the rest of the city (Borrell, Vilalbi, Diez, Brugal & Benach, 2002). In Africa, it has been shown that the reorientation of health services advocated by HP and organized in the 1980s had beneficial effects on population health (Dugbately, 1999).

Conversely, numerous studies show that programs that do not set the reduction of social inequalities in health as an objective and only work with the general population almost always produce counter-productive effects. Anti-smoking campaigns aimed at the population as a whole have ended up increasing inequalities among population sub-groups (Barbeau, Krieger & Soobader, 2004). Moreover, the repercussions on poor countries of a reduction in smoking in wealthy countries are well-known today, as tobacco companies turn towards these poorer countries. In Brazil, public health interventions aimed at children mostly benefited families who needed them least. This has served to confirm the authors' “inverse equity hypothesis,” whereby new interventions tend to increase inequalities since they benefit in the first place those whose state of health is already better (Victora, Vaughan, Barros, Silva & Tomasi, 2000).

### How has this happened?

How can this sidelining of social inequalities in health by HP professionals be explained? The following are several possible explanations.

The first is related to the lack of evidence. Research on the subject is rare, it is often concentrated in a few countries, and it is almost exclusively in English. The interdisciplinarity required for such research has not materialized. Assessments of actions are rare and even more rarely do they evaluate equity. When evidence does exist, the processes for sharing knowledge and moving from research to action have

difficulty operating. Practitioners do not possess the tools they need to take action and the subject is barely touched in their training.

The second explanation concerns the difficulty HP and its discourse have had in carving out a place in the health landscape in certain environments (Dupéré et al., 2007). In Africa for example, political leaders are aware of Alma-Ata but not of Ottawa. Very little training specific to HP is offered on the continent (Gnahoui-David, Houéto, & Nyamwaya, 2005; Nyamwaya, 2005).

Lastly, even in countries where HP does have a place, budget allocations for HP are derisory, which may partially explain the reproach often addressed to HP experts that they are specialists in rhetoric but not in practice. Nevertheless, health care systems that always absorb most of the budget remain unable to eliminate social inequalities in health. Even in exceptional cases where usage of the health system is equitable, i.e. where the poor use health services more than the rich because they are sicker, health inequalities persist (Roos, Brownell & Menec, 2005).

### Priorities for the future

The concern and mobilization of HP stakeholders for tackling social inequalities in health are, however, evident on the ground. Nevertheless, these actions are still too scattered, they are seldom based on available scientific knowledge, and they are rarely assessed in terms of their different effects on population sub-groups. Most certainly, these practices must be better documented, brought out into the open and analyzed in order to draw out ways to improve them. The Ottawa Charter had the merit of emphasizing the struggle against social inequalities in health. Now, moving beyond the declarations, from the strategic framework provided by the Charter and in agreement with the Bangkok Charter, it is time to show proof of voluntarism. We need to generate knowledge and evaluate our actions to prove their effectiveness in reducing health inequalities. The European project “Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities” is interesting from this perspective (<http://www.health-inequalities.org>).

Immense effort is still required to “respond to the health gap within and between societies” (OMS, 1986), to echo the words of the Ottawa Charter. HP will most certainly gain in legitimacy if it follows this course because it “needs to reaffirm its own identity outside the population health paradigm” (Raeburn & Rootman, 2006). It needs, however, to equip itself with the means for achieving this. Several priorities for the future are suggested below. Responsibility

to advocate for these priorities should, most assuredly, be part of the IUHPE's work:

- All HP policies, programs, and actions should have the double objective of improving population health AND of reducing social inequalities in health;
- Work should be pursued on the theoretical integration of social determinants of health with their mode of action on social inequalities in health;
- Each country should set up a national research-action program with a view to produce knowledge that is adapted to local realities and that is scientifically rigorous in terms of how to reduce social inequalities in health;
- This knowledge should be made available in several languages and should be widely disseminated.
- Tools to promote action in the area of social inequalities in health should be designed using this knowledge;
- Education about social inequalities in health should be introduced systematically in HP training.
- Political leaders, senior administrators and non-governmental stakeholders should be trained and sensitized with respect to the concepts and actions involved in combating social inequalities in health.
- HP professionals should be given the means to apply concomitantly the five strategies of the Ottawa Charter.

## Acknowledgements

We would like to express our sincerest thanks to Sophie Dupéré and Daniel Campeau for their comments on a draft version of this article. Comments and suggestions from the two evaluators were very useful to improve the paper. Valéry Ridde holds a Fellowship in Global Health Research Initiative from the Canadian Institutes of Health Research (FGH-81585).

## References

- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report: The Stationery Office*. London.
- Aïach, P. (2004). Processus cumulatif d'inégalités: effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. *Santé, Société et solidarité*, 2, 39-49.
- Barbeau, E. M., Krieger, N., & Soobader, M. J. (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 94(2), 269-278.
- Borrell, C., Villalbi, J. R., Diez, E., Brugal, M. T., & Benach, J. (2002). Municipal policies. The example of Barcelona. In J. P. Mackenbach & M. J. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health. A european perspective*. (pp. 77-84). London and New York: Routledge.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*, 27, 167-194.
- Braveman, P., & Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science and Medicine*, 54, 1621-1635.
- Carter-Pokras, O., & Baquet, C. (2002). What is a "health disparity"? *Public Health Rep*, 117(5), 426-434.
- Crombie, I. K., Irvine, L., Elliott, L., & Wallace, H. (2005). *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective: The Regional Office for Europe of the World Health Organization*.
- de Saint Pol, T. (2007). L'obésité en France: les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *Insee Première*, 1123.
- de Savigny, D., Kasale, H., Mbuya, C., & Reid, G. (2004). *In Focus: Fixing Health Systems*. Ottawa: IDRC.
- Dubet, F. (2006). *Injustices: l'expérience des inégalités au travail*. Paris: Seuil.
- Dugbatey, K. (1999). National health policies: sub-Saharan African case studies (1980-1990). *Social Science and Medicine*, 49, 223-239.
- Dupéré, S., Ridde, V., Carroll, S., O'Neill, M., Rootman, I., & Pederson, A. (2007). Conclusion: the rhizome and the tree. In M. O'Neill, A. Pederson, I. Rootman & D. S. (Eds.), *Health Promotion in Canada: Critical perspectives* (2nd ed.). Toronto: Canadian Scholars Press Inc., in press.
- Epp, J. (1986). *Achieving Health for All: a Framework for Health Promotion*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*. New York: A. de Gruyter.
- Exworthy, M., Bindman, A., Davies, H., & Washington, E. (2006). Evidence into Policy and Practice? Measuring the Progress of U.S. and U.K. Policies to Tackle Disparities and Inequalities in U.S. and U.K. Health and Health Care. *Milbank Quarterly*, 84(1), 75-109.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D., Aïach, P., & Philippe, C. (1996). *Les effets sociaux des maladies graves. Processus de différenciation et d'inégalité*. Paris: CRESPI, Université Paris Nord et Unité 158, INSERM.
- Gnahoui-David, B., Houéto, D., & Nyamwaya, D. (2005). *Health promotion Capacity mapping in Africa*. WHO 6th Global World Conference on Health Promotion, 7th-11th August 2005, Bangkok (Thailand).
- IUHPE (2004). *Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES. Promotion & Education*, Hors série 1.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (1999). *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., & Jurczak, K. (2005). *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. London: An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU.
- Kelleher, K. (2007). Personal communication. Health Equity Network Email list, 09/03/07.
- Kickbusch, I. (1986). Health promotion: a global perspective. *Canadian Journal Public Health*, 77(5), 321-326.
- Kickbush, I. (2006). La promotion de la santé: un rhizome. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2nd ed., pp. 477-482). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lahelma, E., Keskimäki, I., & Rahkonen, O. (2002). Income maintenance policies. The example of Finland. In J. P. Mackenbach & M. J. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health. A european perspective*. (pp. 67-76). London and New York: Routledge.
- Lamprecht, M., König, C., Stamm, H., L&S Sozialforschung, & Beratung AG. (2006). *Egalité des chances face à la santé. Et son rapport avec les thèmes «Santé psychique – stress» et «Poids corporel sain»*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Mackenbach, P. (2005). *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the UK Presidency of the EU.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J., & Rose, G. (1984). Inequalities in death - specific explanations of a general pattern? *Lancet*, 1003-1006.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Investir pour l'avenir - Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec.
- Mooney, G. (1999). *Vertical equity in health care resource allocation* (Vol. 3/99). Sydney: Department of public health and community medicine, University of Sydney.
- Nyamwaya, D. (2005). Trends and factors in the development of Health Promotion in Africa, 1973-2003. In A. Scriven & S. Garman (Eds.), *Promoting Health, Global Perspectives* (pp. 167-178). London: Palgrave.
- O'Neill, M., & Stirling, A. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? . In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives Critiques*. Saint-Foy: Les presses de l'Université Laval.
- OMS. (1986). *La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: OMS, Santé et Bien-être social Canada, CPHA.
- OMS. (2005a). *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. HPR017.docCG/béal, 11 p.
- OMS. (2005b). *La Charte de promotion de la santé de Bangkok (version 1)*. 15 p. Paris: INPES, forum sur le projet de charte de Bangkok. Février.
- Raeburn, J., & Rootman, I. (2006). Le concept de santé: une nouvelle proposition. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives Critiques* (pp. 25-41). Saint-Foy: Les presses de l'Université Laval.
- Raphaël, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada: faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. In M. O'Neill, D. S., A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2nd ed., pp. 138-159). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Raphaël, D. (Ed.). (2004). *Social determinants of health: Canadian Perspectives*. Toronto: UTP.
- Raphael, D., Bryant, T., & Rioux, M. (Eds.). (2006). *Staying Alive. Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care*. Toronto: CSPI.
- Rawls, J. (2004). *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la Justice*. Montréal: Boréal.
- Ridde, V. (2003). *Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé?* Québec: Université Laval, Equipe de recherche «Inégalités de santé et milieu de vie», accessible à <http://www.univ-lille1.fr/bustl-grisemine/pdf/rapports/G2003-243.pdf>.
- Ridde, V. (2004). Agir contre les inégalités sociales de santé: tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 95(3), 224-227.
- Ridde, V. (2006). Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso. *Promotion & Education*, XIII(4), 252-256.
- Ridde, V. (2007a). *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Ridde, V. (2007b). Reducing Social Inequalities in Health: Public Health, Community Health or Health Promotion? . *Promotion & Education*, XIV(1), In press.
- Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New health

- promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3), 295-312. .
- Roos, N. P., Brownell, M., & Menec, V. (2005). Universal Medical Care and Health Inequalities: Right Objectives, Insufficient Tools. In J. Heymann, C. Hertzman, M. L. Barer & R. G. Evans (Eds.), *Healthier Societies. From Analysis to Action* (pp. 107-131). New York: Oxford University Press.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., et al. (Eds.). (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*: WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
- St-Pierre, L., & Richard, L. (2006). Le sous-système de la santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006: progrès certains, ambiguïtés persistantes. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (2nd ed., pp. 184-204). Québec: Presses de l'Université Laval.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health* (2d ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Victora, C. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., Silva, A. C., & Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356(9235), 1093-1098.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health. The solid facts. 2nd edition*: WHO.
- Williamson, D. L., Milligan, C. D., Kwan, B., Frankish, J., & Ratner, P. A. (2003). Implementation of provincial/territorial health goals in Canada. *Health Policy*, 64(2), 173-191.

---

## Notes

1. The French version of the Charter affirms that HP aims at "equality in health" whereas the English version talks of "equity in health" ([www.euro-who.int](http://www.euro-who.int)), see discussion on that topic in the rest of the paper.
2. The term 'iniquity' will not be discussed here. It is rarely used in French publications on social inequalities in health, but it expresses well the injustice of disparities in health. The term 'inequity' seems to be rarely used in the U.S.A. In the U.K., the term 'variation' was also used in place of 'inequality' in the 1990s.
3. For a popular scientific treatment of the social gradient and the social determinants of health, see (Wilkinson & Marmot, 2003).
4. To confirm just how difficult it is to express these concepts simply, Promotion Santé Suisse uses the term "equality of opportunity" rather clumsily in a recent document. A closer examination of the document reveals that the definition of the concept is actually close to Rawls' definition and to our proposition, since the authors affirm that "Equality of opportunity [...] postulates the right to a fair and equitable share of goods and opportunity" (p.7) (Lamprecht, König, Stamm, L&S Sozialforschung, & Beratung AG, 2006).
5. We are not taking up here Rawls' principle of difference, which would have one acting first and foremost for those who are most disadvantaged, but are seeking rather, taking up Mooney's criticism of Rawls (1999), to find a fair solution not only for the most disadvantaged, but for everyone at every level. In his 2004 work (translated in French), Rawls specifies clearly that "fair equality of opportunity takes priority over the principle of difference" (p.70). Adopting a policy of charity and assistance is obviously different (and easier?) than organizing a challenge to the foundations of an unjust society through social justice policies.
6. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/framework/en/index.html>

# Revitalising the evidence base for public health: an assets model

Antony Morgan<sup>1</sup> and Erio Ziglio<sup>2</sup>

**Abstract:** Historically, approaches to the promotion of population health have been based on a deficit model. That is, they tend to focus on identifying the problems and needs of populations that require professional resources and high levels of dependence on hospital and welfare services. These deficit models are important and necessary to identify levels of needs and priorities. But they need to be complemented by some other perspectives as they have some drawbacks. Deficit models tend to define communities and individuals in negative terms, disregarding what is positive and works well in particular populations. In contrast 'assets' models tend to accentuate positive capability to identify problems and activate solutions. They focus on promoting salutogenic resources that promote the self esteem and coping abilities of individuals and communities, eventually leading to less dependency on professional services.

Much of the evidence available to policy makers to inform decisions about the most effective approaches to promoting health and to tackling health inequities is based on a deficit model and this may disproportionately lead to policies and practices which disempower the populations and communities who are supposed to benefit from them. An assets approach to health and development embraces a 'salutogenic' notion of health creation and in doing so encourages the full participation of local communities in the health development process.

The asset model presented here aims to revitalise how policy makers, researchers and practitioners think and act to promote a more resourceful approach to tackling health inequities. The model outlines a systematic approach to asset based public health which can provide scientific evidence and best practice on how to maximise the stock of key assets necessary for promoting health. Redressing the balance between the assets and deficit models for evidence based public health could help us to unlock some of the existing barriers to effective action on health inequities. This re-balancing would help in better understanding the factors that influence health and what can be done about them. It would promote a positive and inclusive approach to action. (*Promotion & Education*, 2007, Supplement (2): pp 17-22).

*Key words:* health assets, salutogenesis, asset mapping, evaluation

Résumé en français à la page 50. Resumen en español en la página 63.

**Disclaimer:** The views expressed in this article are those of the authors not necessarily those of the organisations they work for.

## KEY POINTS

- Redressing the balance between the assets and deficit models for evidence-based public health could help unlock some of the existing barriers to effective action on health inequities.
- The asset model draws on the theory of salutogenesis to investigate key 'health assets' that support the creation of health rather than the prevention of disease.
- Asset mapping supports health professionals build an inventory of the strengths and gifts of the people who make up the community prior to intervening.
- The asset model promotes a multi method approach to evaluation using a set of 'salutogenic' indicators to measure the effectiveness of programmes and initiatives aiming to contribute to the reduction in health inequities.

In an increasing number of countries, politicians, policy makers and practitioners are now convinced at the need to tackle health inequities both between and within countries to ensure that these health inequities are increasingly recognised as a global problem. In 2000, the 189 states of the United Nations reaffirmed their commitment to work toward a world in which eliminating poverty and sustaining development would have the highest priority (WHO, 2003). Nonetheless, whilst there are many examples of National governments developing comprehensive strategies, programmes and initiatives to tackle inequities (DH, 2003; MHSA, 2003; King, 2000), different countries vary in their awareness and commitment to take action (Judge et al., 2006).

Despite the growing number of policy commitments to tackle inequities, overall improvements in health since the 1950s are coupled with persistent differences in health between different social groups. Evidence demonstrates that even in Europe today, there are many examples of systematic differences in health between different social groups and in all European countries most disadvantaged groups have worse health and higher mortality (Whitehead & Dahlgren, 2006). This suggests that some of

the policies and interventions put in place to alleviate these differences are failing some sections of our societies. Moreover in some instances, some of these well intentioned policies may in fact be having some negative unintended consequences. Despite calls for all health policies to be 'equity proofed' (Acheson, 1998; Stahl et al., 2006) many cross government policies are implemented without adequate attention to their impact on health inequities.

Why should this be? Firstly, it is well recognised that the multifaceted causes and solutions required to address the underlying determinants of inequities pose particular problems for policy makers, in that policies need to be long term, require intersectoral collaboration (Exworthy et al., 2003) and continued resources if goals of sustainability are to be reached.

Secondly, whilst there is a wealth of data (Marmot et al., 1991; Wilkinson 1996,) documenting the amount and type of inequities that exist in populations, there is little empirical evidence about the effectiveness of strategies for reducing them (Mackenzie & Bakker, 2002, Whitehead & Dahlgren, 2006). Moreover the evidence that does exist tends to be of a higher general order, describing the types of actions that are required but stopping short of how

1. Senior Research Fellow Karolinska Institute, Stockholm, Sweden. Correspondence to: Flat 2, 82 Honor Oak Road London SE23 3RR (antonyhmph@tiscali.co.uk).

2. Head, WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy.



these actions might work for different population groups in different contexts. In addition, the mechanisms giving rise to inequities are still imperfectly understood and evidence remains to be gathered on the effectiveness of interventions to reduce such inequities (Woodward & Kawachi, 2000; WHO, 2005).

Thirdly a lack of attention to follow through well intentioned policies and programmes with sophisticated action plans for implementation, often leads expectations by Government, professionals and the general public to be undermined. Action plans which don't pay attention to the need for adequate performance management, insufficient integration between policy sectors, and contradictions between health inequities and other policy imperatives may fail (Exworthy et al., 2002).

Fourthly, in the context of this paper we argue that in its quest to improve health and combat disease, public health has focused on gathering evidence about 'what works' from a deficit point of view. That is, there is a tendency to focus on identifying problems and needs of populations that require professional resources and high levels of dependence on hospital and welfare services (Morgan & Ziglio, 2006; Ziglio et al., 2000). This leads to policy development which focuses on the failure of individuals and local communities to avoid disease rather than their potential to create and sustain health and continued development.

Whilst deficit models are important and necessary to identify levels of needs and priorities, they have some drawbacks and need to be complemented by asset perspectives. The asset model presented here aims to redress the balance between evidence derived from the identification of problems to one which accentuates positive capability to jointly identify problems and activate solutions, which promotes the self esteem of individuals and communities leading to less dependency on professional services. This can lead to an increase in the amount and distribution of protective / promoting factors that are assets for individual and community level health. Redressing the balance, however, does not mean that one approach is better than the other. But in evidence terms, at least, the asset model may help to further explain the persistence of inequities despite the increased efforts by Government internationally to do something about them.

The asset model described here draws on a number of perspectives to help us more systematically understand the causes and mechanisms of inequities in health and what to do about them by:

- drawing on the theory of salutogenesis to investigate the 'key factors' or 'health

assets', which support the creation of health rather than the prevention of disease;

- applying the concept of asset mapping to help create more effective solutions to implementation working with the existing capabilities and capacities of individuals and communities and building on them;
- employing the use of a new set of asset indicators with multi-method evaluations to assess the effectiveness of community based approaches to tackling health inequities.

### What are health assets

The WHO European Office for Investment for Health Development based in Venice, Italy, is using the term "health assets" to mean the resources that individuals and communities have at their disposal, which protect against negative health outcomes and/or promote health status. These assets can be social, financial, physical, environmental or human resources (e.g. education, employment skills, supportive social networks, natural resources, etc.) (Harrison et al., 2004).

As such, a 'health asset' can be defined as any factor (or resource), which enhances the ability of individuals, groups, communities, populations, social systems and /or institutions to maintain and sustain health and well-being and to help to reduce health inequities. These assets can operate at the level of the individual, group, community, and /or population as protective (or promoting) factors to buffer against life's stresses.

It is possible to identify health promoting / protecting assets from across all the domains of health determinants including our genetic endowments, social circumstances, environmental conditions, behavioural choices and health services. An inventory of health and development assets would, as a minimum, include:

- At the *individual level*: social competence, resistance skills, commitment to learning, positive values, self esteem and a sense of purpose. For example, with respect to young people an asset approach to health and development could involve prevention activities which focus on protective factors which build resilience to inhibit high-risk behaviours such as substance abuse, violence, and dropping out of school.
- At the *community level*: family and friendship (supportive) networks, intergenerational solidarity, community cohesion, affinity groups (e.g. mutual aid), religious tolerance and harmony. For example, the cohesiveness of a community measured by a set of strong and positive interlocking networks may be seen as a health

asset. In this instance, the asset has the potential to be health promoting irrespective of the levels of disadvantage in that community.

- At the *organisational or institutional level*: environmental resources necessary for promoting physical, mental and social health, employment security and opportunities for voluntary service, safe and pleasant housing, political democracy and participation opportunities, social justice and enhancing equity. For example, health systems across Europe are under utilised instruments for social and economic development. In an asset model, planners would ask how health services can make best use of their resources (and maximise their assets) to help reduce health inequities by impacting on the wider determinants of health, to build stronger local economies, safeguard the environment and to develop more cohesive communities.

### Developing the assets model

Working together, assets based approaches add value to the deficit model by:

- Identifying the range of protective and health promoting factors that act together to support health and well being and the policy options required to build and sustain these factors.
- Promoting the population as a co-producer of health rather than simply a consumer of health care services, thus reducing the demand on scarce resources.
- Strengthening the capacity of individuals and communities to realise their potential for contributing to health development.
- Contributing to more equitable and sustainable social and economic development and hence the goals of other sectors.

In reality, both models are important, however, more work needs to be done to redress the balance between the more dominant deficit model and the less well-known (and understood) assets model. The asset model presented here promotes a more systematic approach to understanding the science and practice of an asset approach to health and development. In doing so, it has the potential to create a more robust evidence base that demonstrates why investing in the assets of individuals, communities and organisations can help to reduce the health gap between those most disadvantaged in society and those who achieve best health.

The asset model draws on a number of current and resurgent ideas found in the literature. The first of these is the concept of salutogenesis, coined by Aaron Antonovsky (1987, 1996) to focus attention on the genera-



tion of health as compared to the pathogenesis focus on disease generation. Salutogenesis asks, 'what causes some people to prosper and others to fail or become ill in similar situations?' It emphasizes the success and not the failure of the individual and it searches for the foundations of positive patterns of health rather than the foundation of negative outcomes.

The asset model also incorporates the idea of asset mapping as a way of promoting effective implementation of equity focused policies by taking a positive approach to measuring and diagnosing community capacity to engage in health development activities. Kretzmann & McKnight (1993) describe asset mapping as a process of building an inventory of the strengths and gifts of the people who make up a community prior to intervening. Asset mapping reveals the assets of the entire community and highlights the interconnections among them, which in turn reveals how to access those assets. McKnight (1995) claims that asset mapping is necessary if local people are to find the way toward empowerment and renewal.

The asset model also promotes a multi-disciplinary approach to the evaluation of complex interventions, deriving a new set of 'salutogenic' indicators useful for measuring the effectiveness of these interventions in different contexts.

Figure 1 highlights how the asset model can be utilised to:

- generate a 'salutogenic' evidence base that identifies the most important health promoting and /or protective factors for health and the actions that need to be taken to create the necessary conditions for health;
- assess how most effectively to implement the actions required to create these conditions for health;
- develop the most appropriate measures and evaluation frameworks to assess the effectiveness of these actions.

### Using salutogenesis to build an evidence base for health

Evidence-based public health is now well established and forms an integral part of the decision making process for health development. Much work has already been done to create the scientific base for action (IUHPE, 2000), and a range of methodologies developed to evaluate these actions. The asset model seeks to complement these achievements by building a more systematic approach to collecting and synthesising evidence based on the theory of salutogenesis.

The 'salutogenic' perspective or 'the origin of health' allows us to identify those factors which keep individuals from mov-

ing toward the disease end of the health and illness spectrum (Lindstrom, 2006). It can help us to identify the combination of 'health assets' that are most likely to lead to higher levels of overall health, well-being and achievement. Specifically, the concept embraces the need to focus on people's resources and capacity to create health. It argues that the more that individuals understand the world they live in, which is manageable and has meaning, the more they can utilise the resources they have themselves and around them to maintain their own health. Lindstrom (2005) argues that the concept can be applied at an individual, group and societal level.

A 'salutogenic' approach to building an evidence base for public health would include the need to identify those health promoting or protective factors (assets) that are most important in creating health and to understand the implications for action. At its core, salutogenesis asks:

- What external factors contribute to health and development?
- What factors make us more resilient (more able to cope in times of stress)?
- What opens us to more fully experience life?
- What produces overall levels of well being?

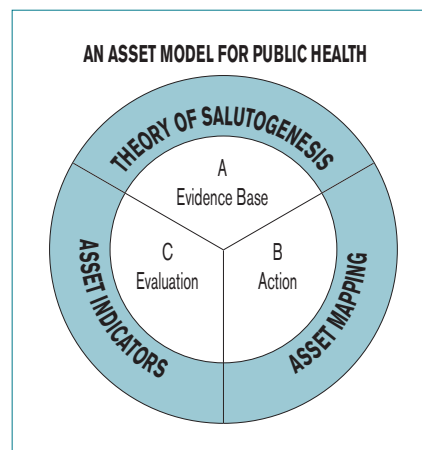
Applying this concept to the search for evidence on the determinants of health and the evidence of the most effective actions has the potential to explain further what is required to tackle inequities in health. It also encourages the discipline of modern epidemiology to move towards finding answers to what creates health, rather than its traditional focus of generating evidence about the causes and distribution of disease and early death. The asset model therefore calls for a rethinking of the theoretical basis on which the public health evidence base is built. The key questions for an epidemiology of health would include:

- What are key assets for health and development at each of the key life stages?
- What are the links between these assets and a range of health outcomes?
- How do these assets work in combination to bring about the best health and well being outcomes?
- How may these factors be used to contribute to reductions in health inequities?

Of course, there are many examples where this approach to research is already being taken. The asset model aims to encourage a more systematic way of collecting and synthesising this research to ensure that it features in the ongoing practice of evidence-based public health which is still dominated by a positivist biomedical approach to understanding 'what works.'

Notable examples include the work of

Figure 1. **The Asset Model**



the ESRC Priority Network ([www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience](http://www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience)) and the Search Institute (<http://www.search-institute.org/>). The ESRC Priority Network (Bartley, 2006) has compiled the most recent evidence on the best ways to promote 'capability and resilience' two concepts used to refer to the ability to react and adapt positively when things go wrong. This research recognizes resilience as an asset because it allows individuals to rise above poor circumstances and succeed either to avoid high risk taking behaviour or to thrive in the face of these circumstances.

The concept of resilience has been identified as an example of an important health asset to support the healthy development of young people particularly those who are growing up in difficult circumstances. Resilient young people possess problem solving skills, social competence and a sense of purpose, which can be utilised as an asset that can help them rebound from setbacks, thrive in the face of poor circumstances, avoid risk-taking behaviour and generally continue on to a productive life.

The Search Institute has developed 40 essential developmental assets for young people, particularly during adolescent years, which foster resilience capabilities and support growing up as healthy, caring and responsible people. Many of the factors associated with resilience in young people relate to the social context within which they live.

### Assets in action

The Acheson Report on Inequalities in Health (Acheson 1998) recognized that the solutions to major public health problems such as heart disease, cancers, mental health and accidents are complex. These problems require interventions, which cut across sectors to take account of the broader social, cultural, economic, political and physical environments which shape people's experiences of health and well-being.

Some evidence exists to demonstrate that communities which are more cohesive, characterized by strong social bonds and ties are more likely to maintain and sustain health even in the face of disadvantage (Putnam, 1993; Kawachi, 1997).

The cohesiveness of a community measured by a set of strong and positive interlocking networks and their positive impact on wellbeing may be seen as a health asset. In this instance, the asset has the potential to be health promoting irrespective of the levels of disadvantage in that community.

Supporting the development of strong cohesive communities is now commonplace in many government strategies to tackle health inequities and most people working with local populations realise that good community capacity is a necessary condition for the development, implementation and maintenance of effective interventions (Morgan & Popay, 2007). However, Jordan (1998) argues that whilst the nature and extent of public involvement in determining the most appropriate ways of developing health has increased, the quality of consultation remains questionable. One reason for this is that policy makers under heavy pressure to achieve very specific national policy targets may feel that the involvement of the community is time consuming and that they can suffer a loss of control. This can lead to community involvement activities becoming tokenistic and separated from the main decision making processes of professionals.

Another problem associated with poor community involvement is that professionals tend to define communities by their deficiencies and needs. These needs are often translated into deficiency-orientated policies and programmes which rightly identify the problems and try to address them. A possible downside to this approach is highlighted by Kretzmann and McKnight (1993), who claim from their work with communities that many low-income urban neighbourhoods have become environments of service where behaviours are affected because residents come to believe that their well-being depends upon being a client. They therefore suggest that rather than focus on deficits an alternative approach would be to develop policies and activities based on the assets, capabilities and the skills of people and their neighbourhoods.

Learning how to ask what communities have to offer begins a process of building and developing local capacities for creating health. It brings knowledge, skills, and capacities out into the open, where they can work together to everyone's benefit. As the web of assets grows, so does the potential for the community to work with profes-

sionals as co-producers of health which can also contribute to a sense of belonging and more cohesive communities.

Community asset mapping processes as outlined by Kretzmann and McKnight help to initiate a process that fully mobilizes communities to use their assets around a vision and a plan to solve their own problems. They illustrate the differences between the traditional approach to assessing need and the assets approach, which identifies the following distinct categorisations for asset identification:

- *Primary building blocks*: assets and capacities located inside the neighbourhood and largely under neighbourhood control (e.g. skills, talents and experience of residents, citizen associations etc).
- *Secondary building blocks*: assets located within the community but largely controlled by outsiders (physical resources such as vacant land, energy and waste resources; public institutions and services).
- *Potential building blocks*: resources originating outside the neighbourhood outside the neighbourhood controlled by outsiders (e.g. public capital improvement expenditures).

Guy et al. (2002) promote asset mapping as a positive, realistic (starting with what the community has) and inclusive approach to building the strengths of local communities towards health improvements for all. Assets maps provide a starting point for taking action in a way which builds trust between professionals and local communities.

Asset mapping is therefore a key step in the process of implementing well intentioned policies aiming to tackle health inequities. Good health needs assessment should provide a means of identifying the health assets and needs of a given population to inform decisions about service delivery. Combined with more traditional ways of measuring need, asset mapping can provide health promoters with an understanding of how best to create the conditions required to maximise the potential for health.

Asset mapping also helps us to conceptualise what is 'salutogenic', health enhancing in the contexts of people's physical, emotional, economic and cultural environments. In doing so, it begins the process of identifying the most appropriate 'asset indicators' to be used in the evaluation of strategies aiming to create the conditions for health.

### Assets and evaluation

The assets model encourages the use of a new set of indicators to evaluate those programmes and initiatives that are devel-

oped to promote health and the reduction of health inequities, as defined in this article. Work is already under way to classify a set of 'salutogenic' indicators that can be used for this purpose (Bauer et al., 2006). The development of these indicators is the first step in producing a revitalised evidence base developed through an assets approach to health and development.

The next perhaps more challenging step is to find appropriate methods and means of evaluating these programmes to help demonstrate the value in investing in the assets based approach. Some of this evidence already exists, however, as Hunter and Killoran (2004) note, much of the relevant evidence base available to provide answers on the best way of tackling inequities does not match the traditional requirements in evidence based medicine. Evidence arising from a 'salutogenic' approach to health and development probably lies in this domain.

Savedoff et al. (2006) argue that this evaluation gap has arisen because governments and official donors do not demand or produce enough impact evaluations, which aim to tell us the types of social interventions that succeed, and those which are commissioned, are often methodologically flawed.

In addition, whilst there is much rhetoric in policy and research about the need to employ a multidisciplinary approach to finding evidence about the social determinants of health, the positivist model of synthesising evidence on the whole remains in the biomedical tradition.

The assets model uses an evaluation framework that follows the general shifts in policy thinking over the last few years which have refocused interventions (Hills, 2004):

- From a disease prevention model targeting morbidity and mortality to a more positive approach targeting general health and wellbeing.
- From a model of single disease causality to a multiple dynamic model of health and its determinants.
- From individual style interventions to more community based and system level interventions.
- From the notion of passive recipients of health programmes to a more active public participation movement in health.

The asset model approach to evaluation endorses the framework put forward by Wimbush and Watson (2000) which demonstrates that there are many stages and forms of evaluation which contribute to the development of effective interventions. They call for a more explicit expression of the types of questions that need answering, for whom and for what purpose. Focusing evaluations

on outcomes and effectiveness may meet the information needs of strategic planners but often fall short of answering questions for stakeholders involved in other parts of the implementation chain. In addition, as Koelen et al. (2001) argue, 'methods of research have to be determined, among others by the purpose of the study the context and the setting, the theoretical perspectives, the applicability of the measurement tools and the input of community participants.'

More emphasis on evaluation that helps us to understand the mechanisms of change and the underpinning theories upon which programmes are based may help us to overcome the evaluation gap on how best to tackle health inequities. Pawson and Tilley's (1997) notion of realistic evaluation is helpful as it promotes theory driven evaluations which help to capture the linkages between the context (the necessary conditions for an intervention to trigger mechanisms), mechanisms (what is it about a particular intervention that leads to a particular outcome in a given context) and outcomes (the practical effects produced by causal mechanisms being triggered in a given context).

The values of the asset model fit comfortably with these approaches to evaluation. Its framework for evaluation incorporates an analysis of different stakeholder perspectives, in particular, the voices of local communities in the evaluation process, and addresses the need to ask questions not only about what works, but for whom and in what circumstances. In doing so, it draws on a range of approaches and methods to produce a single coherent model for assessing the effectiveness of 'salutogenic' approaches to health and development.

The asset model evaluation framework also answers the call by Hunter and Killo-ran (2004) for interventions to reflect theoretical approaches to understanding social and environmental sources of structural inequities. As many of the important assets for health and development lie within these domains, it promotes the need to answer questions of how these factors interrelate, how they are mediated and how they are constructed over an individual life history.

The asset model encourages the art of systematic reviewing to pay more attention to how different kinds of evidence can be brought together to help with the task of piecing together an evidence jigsaw (Whitehead et al., 2004). Such a "jigsaw" would encompass different types of evidence – for example, evidence about the potential effectiveness of policies (from experimental, quasi-experimental, and observational studies); evidence on the diagnosis and/or causes of problems that could

contribute to the development of appropriate interventions/programmes; and evidence on costs and cost-effectiveness.

Essentially, it may therefore not be a lack of evidence that is necessarily the problem, but the ways in which we conceptualise issues and where we look to find the evidence. Judd et al. (2001) advocate a shift away from a pathogenic risk factor and outcomes-orientated perspective of evaluation towards a more balanced menu of possible targets for change and accompanying standards for defining success. They argue that this is not at odds with standards that are systematic and supportive of accountability. A more 'salutogenic' approach to evaluation will allow the process and outcomes of community based evaluations to be relevant to community stakeholders, policy makers and funders.

The asset model has the possibility to help to reconstruct better evaluation frameworks because:

- It seeks to understand the combination of factors required to effect population health.
- It majors on the need to employ community based approaches to health development and in so doing recognises that evaluations should articulate process, impact and experience.

## Conclusions

The values and principles of the assets model reflect those originally articulated in the Ottawa Charter (WHO, 1986). In particular, it emphasises the need to strengthen local communities– the model through asset mapping promotes the process of community empowerment to encourage 'their ownership and control of their own endeavours and destinies' (McKnight, 1995). It also supports the development of personal skills through its 'salutogenic' approach to health development. It creates supportive environments by helping to identify the key assets which generate living and working conditions that are safe, stimulating, satisfying and enjoyable.

Many of the key assets required for creating the conditions for health lie within the social context of people's lives and therefore it has the potential to contribute to reducing health inequities.

It has the potential to revitalise the evidence-base for public health by helping politicians, policy makers, researchers and practitioners rethink how to conceptualise the concept of health to:

- Raise the self esteem and resourcefulness of individuals to improve and sustain their own health.
- Provide mechanisms to ensure that all policies and programmes aimed at tackling health inequities take account of the

positive attributes already existing in individuals and communities.

- Improve the efficiency of organisations to contribute to the overall well-being of the communities they serve.

The asset model presented here aims to revitalise how policy makers, researchers and practitioners think and act to promote a more resourceful approach to tackling health inequities. The model outlines a systematic approach to asset-based public health which can provide scientific evidence and best practice on how to maximise the stock of key assets necessary for promoting health.

In research terms, this evidence-base needs to articulate what the most important assets are for health and development and how policy and practice can support individuals, communities and organisations to utilise them for health and development. Research is also required to convince policy makers of the economic benefits of investing in the positive-centred asset approach. The evidence-base also needs to be drawn from the practical experiences of the people working most closely with communities to understand how these assets can be released in real life settings. If it does this, it has the potential to strengthen the evidence-base for public health, which, to date, has been dominated by deficit models of health.

Redressing the balance between the assets and deficit models for evidence-based public health could help us to unlock some of the existing barriers to effective action on health inequities. This re-balancing would help in better understanding the factors that influence health and what can be done about them. It hence promotes a positive and inclusive approach to action.

Given the increasing global context for health, the model also provides an opportunity for innovation and collaboration at an international level so that we can galvanise efforts to revisit existing evidence with an assets frame of reference, and to collect new data that tells how to maximise the stock of health and development assets, both within and across countries, to help to sustain health for all now and in the future.

## References

- Acheson, D. (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. The Stationery Office, London.
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Anotonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* vol. 11, pp. 11-18.
- Bartley, M. (2006) Ed. *Capability and resilience: beating the odds*. University College London, London. UCL.  
<[www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience](http://www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience)>

- Bauer, G., Davies, J.K. & Pelakin, J. (2006). The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International* vol 21, no 2, pp. 153-159.
- Exworthy, M., Blane, D & Marmot, M. (2003). Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. *Health Services Research* vol 38, pp. 1905-1921.
- Exworthy, M., Berney, L. & Powell, M. (2002) How great expectations in Westminster may be dashed locally': the local implementation of national policy on health inequalities *Policy and Politics* vol 30, no,1 pp. 79-96.
- Department of Health. (2003) *Tackling health inequalities: a programme for action*. Department of Health, London.
- Guy, T., Fuller, D. & Pletsch, C. (2002) *Asset Mapping: A Handbook*. Ottawa, Ontario, Canadian Rural Partnership. <[http://www.rural.gc.ca/conference/documents/mapping\\_e.phtml](http://www.rural.gc.ca/conference/documents/mapping_e.phtml)>
- IUHPE (2000) *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. A report for the European Commission ECSC-EC -EXEC, Brussels. Paris: Jouve Composition & Impression
- Harrison, D., Ziglio, E., Levin, L. & Morgan, A. (2004). Assets for Health and Development: developing a conceptual framework. European Office for investment for Health and Development. World Health Organisation, Venice.
- Hills, D. (2004) *Evaluation of community levels interventions for health improvement: a review of experience in the UK*. Health Development Agency, London.
- Hunter, D. & Killoran, A. (2004) *Tackling health inequalities: turning policy into practice*. Health Development Agency, London.
- Jordan, C., Dowswell, T., Harrison, S. Lilford, R. & Mort, M. (1998) Whose priorities? Listening to users and the public. *British Medical Journal* vol 316 pp. 1668-1670.
- Judd, J., Frankish, J. & Moulton, G. (2001) Setting standards in the evaluation of community based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International*. vol 16, no 4, pp. 367-379.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C. and Jurczak, K. (2006) *Health Inequalities: a challenge for Europe*. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. <[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4121583.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121583.pdf)>
- Kretzmann, J & Mcknight, J. (1993) *Building Communities from the inside out: a path towards building and mobilising a communities assets*. Institute for Policy Research, Evanston, Illinois.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997) Social Capital, Income and Inequality. *American Journal of Public Health* vol 87, pp. 1491-98.
- King, A. (2000). *The New Zealand health strategy* Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Koelen, M., Vaadrager, L. & Colomer, C. (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health* vol 55, pp. 257-262.
- Lindstrom, B & Eriksson, M. (2005) Salutogenesis – a glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health* vol 59, pp. 440-442.
- Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2006) Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* vol 212, No.3, pp. 238-244.
- Mackenbach, J.P. & Bakker, M.J. (2002) *Reducing inequalities in health: the European perspective*. Routledge, London.
- Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfield, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. & Feeney, A. (1991) Health inequalities among British civil servants; the Whitehall II study. *Lancet*: 337: 1387-1393.
- Mcknight, J. (1995) *The careless society: community and its counterfeits*. Basic Books, New York.
- Ministry of Health and Social Affairs (2003) *National Public Health Strategy for Sweden*, Swedish National Institute of Public Health, Stockholm <[www.fhi.se/upload/PDF/2004/english/strategy.pdf](http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/english/strategy.pdf)>
- Morgan, A. & Ziglio, E. (2006) *Foreword*. In: Capability and resilience: beating the odds. Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London.
- Morgan, A. & Popay, J. (2007). Community participation for health. Reducing health inequalities and building social capital? In Scriven, A. & Garman, S. *Public Health: social context and action*. Open University Press, London
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Sage, London.
- Putnam, R. (1995). *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton. University Press. New Jersey.
- Savedoff, W., Levine, R. & Birdsall, N. (2006) *When will we ever, learn? Improving lives through impact evaluation*. Report of the Evaluation Gap Working Group. Centre for Global Development, Washington.
- Stahl, T., Wismar, W., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (Eds) (2006) *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland. <<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/76F97493-0284-4E47-A744-5CAE91A546C7/0/HIAPKirja.pdf>>
- Whitehead, M., Petticrew, M., Graham, H., Macintyre, S., Bambra, C. & Egan, M. Evidence for public health policy on inequalities: 2: Assembling the evidence jigsaw. *Journal of Epidemiology and Community Health* vol 58 pp. 817-21.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006) *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health*. World Health Organisation, Copenhagen.
- Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. Routledge, London. London Routledge.
- Wimbush, E. & Watson, J. (2000) An evaluation framework for health promotion: theory, quality and effectiveness. *Evaluation* vol. 6, no. 3, pp. 301-321.
- Woodward, A. & Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health* vol 54 pp. 923-929.
- World Health Organisation (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organisation, Copenhagen.
- World Health Organisation (2003). Millennium Development Goals. WHO's contribution to tracing progress and measuring achievements. World Health Organisation, Geneva.
- World Health Organisation (2005) Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. World Health Organisation, Geneva
- Ziglio, E., Hagard, S. & Griffiths, J. (2000) Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International* vol 15, no. 2, pp. 143-153.



# Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services?

Marilyn Wise<sup>1</sup> and Don Nutbeam<sup>1</sup>

**Abstract:** The Ottawa Charter has been remarkably influential in guiding the development of the goals and concepts of health promotion, and in shaping global public health practice in the past 20 years. However, of the five action areas identified in the Ottawa Charter, it appears that there has been little systematic attention to the challenge of re-orienting health services, and less than optimal progress in practice.

The purposes of re-orienting health services as proposed in the Ottawa Charter were to achieve a better balance in investment between prevention and treatment, and to include a focus on population health outcomes alongside the focus on individual health outcomes.

However, there is little evidence that a re-orientation of health services in these terms has occurred systematically anywhere in the world. This is in spite of the fact that direct evidence of the need to re-orient health services and of the potential benefits of doing so has grown substantially since 1986. Patient education, preventive care (screening, immunisation), and organisational and environmental changes by health organisations have all been found to have positive health and environmental outcomes. However, evidence of effectiveness has not been sufficient, on its own, to sway community preferences and political decisions.

The lack of progress points to the need for significant re-thinking of the approaches we have adopted to date. The paper proposes a number of ways forward. These include working effectively in partnership with the communities we want to serve to mobilise support for change, and to reinforce this by working more effectively at influencing broader public opinion through the media. The active engagement of clinical health professionals is also identified as crucial to achieving sustainable change. Finally we recognize that by working in partnership with like-minded advocacy organizations, the IUHPE could put its significant knowledge and experience to work in leading action to transform health care systems to make a major contribution to the improvement of public health. (*Promotion & Education*, 2007, Supplement (2): pp 23-27).

**Key Words:** reorienting health services, partnership, evidence-based policy and practice, advocacy

Résumé en français à la page 50. Resumen en español en la página 64.

## KEY POINTS

- **Re-orienting health services is the strategy from the Ottawa Charter that has been the least systematically implemented, despite substantial evidence of need and effectiveness.**
- **To achieve sustainable progress we need to engage individuals and communities and those that represent them to change public opinion and political decisions regarding the functions of health systems— to include stronger emphasis on and greater investment in prevention and population health interventions.**
- **Health promotion practitioners and researchers (through and with IUHPE) will need to focus on building community networks, engaging more actively in media advocacy, and in influencing clinical professionals to lead action to transform health care systems to achieve their potential in health promotion and disease prevention.**

The Ottawa Charter has been remarkably influential in guiding the development of the goals and concepts of health promotion, and in shaping public health practice in the past 20 years. The magnitude of the impact belies the fact that the Ottawa Charter was developed at a relatively small WHO meeting (only 38 countries were represented), and was focused almost exclusively on the needs of “industrialised countries.”

Over these two decades the concepts and strategies defined through the Ottawa Charter have reached almost all nations. Each of the subsequent international conferences on health promotion convened by the World Health Organization has built on the foundations of the Ottawa Charter by focusing on specific strategies, examining the application of the Charter principles in developing countries, or responding to the challenges to health emerging from globalization.

Surprisingly, and disappointingly, none of the subsequent international conferences has focused on the Ottawa Charter strategy of *re-orienting health services*. Of the five action areas identified in the Ottawa Charter, it appears that there has been little systematic attention to the challenge represented by this strategy, and as a consequence this issue offers the least observable change.

It would seem logical that the health sector, from which health promotion originally emerged (and in which it continues to evolve), would respond to the growing evidence from health promotion interventions that improve the health of individuals and populations, by adapting its goals, policies, structures, and practices accordingly. Yet, across the world there appears to have been stubborn resistance to systematic change in health care services, and only limited examples of effective and sustainable health services reorientation. There are some good examples, but these are generally confined to local levels – single hospitals, individual community health services, or individual health professionals.

As the science and art of health promotion has evolved, the attention of the field has (appropriately) focussed more on the social and environmental determinants of health and on reducing or eliminating inequities in health status within and between populations. The role of health systems in addressing the determinants of health and in tackling health inequalities has come to be seen by many health promotion practitioners to be marginal and/or less effective than actions outside of the health system.

Alternatively, public and political attention to the role and structure of health systems continues to be dominated by the provision of tertiary services in most countries,

1. University of Sydney, Australia. Correspondence to: Marilyn Wise (marilynw@health.usyd.edu.au)



and specifically to issues relating to cost, access to and affordability of these services. Given these circumstances, it is hardly surprising that the Ottawa Charter strategy of *re-orienting health services* has received relatively little attention and that there is little evidence to suggest systemic integration of health promotion strategies and principles in the health sector.

In this context it is reasonable to propose that this is a strategy from the Ottawa Charter that has been less well implemented relative to the more successful and systematic adoption of other strategies. This paper considers the case for continued attention to the re-orientation of health services, and what actions are implied for the future if this goal is to be realised.

### What do we mean by re-orienting health services?

The WHO Health Promotion Glossary (WHO, 1998) describes health services reorientation as follows:

*Health services re-orientation is characterised by a more explicit concern for the achievement of population health outcomes in the ways in which the health system is organized and funded...*

The Glossary goes on to point out that the Ottawa Charter also emphasises the importance of a health sector as a whole. It states that, in most cases, achieving improved population health outcomes will require an expansion in health promotion and disease prevention action to achieve an optimal balance between investments in health promotion, illness prevention, diagnostic, treatment, care and rehabilitation services in a health system. Such an expanded role need not always be achieved through an increase in direct health system activity. It also makes the point that action by sectors other than the health sector –but with leadership from and partnership with the health sector– may be more effective in achieving improved health outcomes.

In short, the purposes of re-orienting health services as proposed in the Ottawa Charter were to achieve a better balance in investment between prevention and treatment, and to include a focus on population health outcomes alongside the focus on individual health outcomes.

These basic purposes have been refined over the years in recognition that health systems form an important part of national economies, are major employers (1.3 million people in the UK (Coote, 2006); 9.7% of the Australian workforce (Health Workforce Australia, 2006), have immense purchasing power that can be used positively, uses immense amounts of energy and other resources (renewable and non-renewable), and produces significant amounts of waste

or carbon emissions (Hancock, 2003). Health sectors have significant roles to play in promoting health in addition to the direct provision of services (including health promotion) to their clients, patients, and communities. There is some evidence of individual organisations taking up these roles –changing patterns of food purchasing, or providing incentives for staff to use public transport or to walk or cycle to work, or taking positive steps to improve the health and wellbeing of staff. But, again, there is little evidence of these having become system-wide, routine measures. (Coote 2006)

### Is there evidence to suggest that health services re-orientation is needed?

Direct evidence of the need to re-orient health services and of the potential benefits of doing so has grown substantially since 1986. There are several examples of international and country specific reviews of health systems that have concluded in the need for a better balance in investment and more substantial investment in health promotion and disease prevention activities as crucial elements in the health sector, and as a foundation for health services reform.

A substantial and recent example of this is the independent review of the future sustainability of the British National Health Service (Wanless, 2002; Wanless, 2004). This review was led by an economist, Sir Derek Wanless, who was charged with the responsibility for assessing the level and types of resources required to provide high quality health services for the British population in the future. It was not a review generated from within the health sector, and offered the British Treasurer, Gordon Brown (who commissioned the review) with a blunt assessment of the future sustainability of the health system in Britain.

Not unexpectedly, Wanless found that there would be considerable differences in expected future costs depending upon improved productivity within the health sector and upon the anticipated 'health' of the population. He identified three scenarios for the future of the British health system, advocating his "fully engaged" scenario as the only viable way to a financially sustainable health system. This "fully engaged" scenario envisaged significant improvements in productivity (that is, improved health care for lower cost) through a combination of management reform and technological change. This improved productivity would be underpinned by more substantial patient engagement in health care, and through a substantial increase in investment in public health interventions.

In forming this view, Wanless examined

the cost effectiveness of actions to prevent illness and injury and to address the wider determinants of health. He found that methods that had already proven to be effective in reducing premature mortality, or in reducing risk of disease or injury or in promoting positive health, had to form an essential part of the response necessary to achieve a sustainable health care system.

Wanless' findings confirmed the evidence from many other countries that have undertaken similar reviews, such as in Australia (Applied Economics, 2003), the Netherlands (Van der Wilk et al. 2005), Sweden (Ager 2004; Kristenson & Weinehall 2006), and Canada (Romanow, 2002), indicating that even relatively limited re-orientation in investment in health systems to public health services to promote the health of populations (relative to investment in health care) will produce major improvements to populations' health (lives saved, illness and injuries averted) and in major cost benefits to societies.

The findings of this review led to renewed interest in public health in the health system, and a short-term boost in funding for public health in England. This has produced some system wide changes in funding for primary health care, and for prevention services in the British NHS. Despite this, the fundamental public and political concern with the NHS remains firmly focussed on access to tertiary care, and the management of costs. Similarly, in Canada, a new national Public Health Agency was established as one outcome of the Romanow review, but public and political attention remains firmly fixed on health services access and affordability.

### Is there evidence to suggest that health services re-orientation can produce improved health?

The Wanless review (and a follow up report on progress with its implementation) focused especially on the contributions made by health services in promoting the health of populations and sought to quantify the cost and effectiveness of these (Wanless 2002, 2004). The Swedish 1997 Public Health Report calculated that the health service had contributed to prolonging average life expectancy in Sweden by about 5 years, with preventive measures implemented by the health service accounting for approximately 1.5 of these<sup>1</sup> (National Board of Health and Welfare 1997).

By identifying "patient engagement" as essential to a future health system, the Wanless review added to the large body of existing evidence of effective patient education interventions initiated and delivered by health systems (eg Goel, McIsaac 2000; Johnson, 2000; IUHPE, 2000). Planned

patient education to enable self-management of chronic diseases (asthma, diabetes, cardiovascular disease, arthritis, for example) (Lorig, et al, 2001) and brief interventions to assist people to quit smoking (Lancaster, Stead, 2004) or take up physical activity or change their alcohol intake (Fleming et al., 1997) have all been found to be effective in improving life expectancy or reducing risk of disease or injury. More recent work has illustrated efficacy of health services in assisting people through episodes of depression and other mental illnesses and enabling them to return to the activities of daily living ([www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/activities/reviews.htm](http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/activities/reviews.htm)).

As well, at the population level, health services that have systematically implemented public health programs, for example in maternal and child health care, immunisation and screening programs, have succeeded in reducing the incidence of illnesses and in reducing premature mortality (Centers for Disease Control and Prevention, 1999; NSW Health, 2003).

The WHO Europe has established an International Network of Health Promoting Hospitals, and has developed normative standards for health promotion in hospitals (World Health Organization Europe, 2004). The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals (1997) outlined principles and strategies for comprehensive changes in policy and practice. In 1997 there were approximately 30,000 hospitals in Europe. In 2006, the WHO Europe health promoting hospitals project reported that there were 700 hospitals engaged in the project in 25 networks ([www.euro.who.int/healthpromohosp](http://www.euro.who.int/healthpromohosp)). There is no equivalent project or network in relation to other institutional components of health systems – e.g. general practice, community health or primary care services – although there are many that engage in health promotion activities.

There is also evidence of health services succeeding in taking positive steps to reduce their ecological footprints (Sustainable Development Commission, 2006) and there is some evidence of health services successfully acting to improve the health of their own employees, directly.

In addition, there is now greater understanding (and consensus) on the type of infrastructural support (or organisational capacity) required by the health sector to improve the health of populations. This includes a designated, specialised infrastructure for population health to provide political and strategic leadership and to apply the technical skills necessary to design, deliver and evaluate effective health promotion (IUHPE, 2000; Nutbeam and Wise, 2002; Ministry of Health Services,

British Columbia, 2005; National Public Health Committee 2000).

The IUHPE has played a leading role in gathering evidence concerning the economic and social benefits of health promotion, particularly through its work for the European Union (IUHPE, 2000). The evidence that it is possible to bring about positive change is now strong, and has been amassed in economically developing and developed nations, across multiple population groups and communities and in a broad range of settings.

However, despite there being a strong case for health services re-orientation, and substantial evidence to support specific actions by and within the health system, since 1986 there is little tangible progress to be observed in the proportion of health budgets invested in public health or health promotion. For example, in Australia, recently published data by the Australian Institute for Health and Welfare indicates that expenditure on public health activities by Australian health departments in 2004-05 was approximately \$1.4 billion or \$71 per person. The greatest proportion (23.6%, or \$338.3 million) was spent on organised immunisation, followed by selected health promotion (\$232.8 million) and communicable disease control (\$232.0 million).

Allowing for inflation, the report shows there has been a steady increase in expenditure on public health activities over the six years from 1999-00 to 2004-05, with real growth averaging 5.8% per annum. However, in 2004-05, the public health share of recurrent health expenditure, in current price terms, was estimated at 1.7% and has remained virtually constant since 1999-00. (AIHW, 2007).

It is hard to find a country in which there is universal access to all the health promotion programs and services that have proven to be effective; an optimal system for the delivery of quality health care that includes the benefits of health promotion and that reaches, equitably, the whole population; and an optimal infrastructure for public health/health promotion. Indeed there has been continuing difficulty in obtaining and/or maintaining investment in health promotion.

### Why have we made so little progress in re-orienting health services?

At the time of the Ottawa Charter's development there was a strong sense among participants that health systems were so focused on the provision of care for individuals with acute and chronic conditions that the contribution they need to make to primary prevention and health promotion was neglected. The recommended actions

from the workshop (Ottawa Conference Report, 1986) at the Ottawa Conference emphasized the importance of increased citizen partnership in the planning and implementation of health services, increased accountability of health services for improved population health outcomes and changes to the financial incentives in health services to support more health promotion activities. These recommendations are surprisingly similar to those of the Wanless review published 20 years on, perhaps highlighting that little has changed in that time.

Our inability to reframe the role of health systems to include the promotion, protection and maintenance of the health of *populations* and to achieve a redistribution in countries' investment in their health sectors points to the need for significant rethinking of the approaches we have adopted to date.

What is clear is that evidence of effectiveness has not been sufficient, on its own, to sway community preferences and political decisions toward the necessity for reorientation of their health systems. Although it is comforting to believe that there is a seamless and rational fit between the development of knowledge and its application to policy, in truth there is no such simple relationship. Evidence is used in a variety of ways to lead, justify, support or block policy development (Nutbeam, 2003).

Nancy Milio's (1987) seminal work on healthy public policy identified the complexity of the process of achieving policy change at the time of the Ottawa Charter. Although evidence of the need for and viability of change is a part of this process, she explains that policy develops and changes on the basis of underlying *beliefs* about both the cause of a problem and the potential effect of intervention, alongside consideration of the social and political context within which a decision is to be made. In other words, it is not enough to interpret the causes of a problem, and to identify effective solutions; it is necessary to also recognize and engage with the social and political contexts within which policy decisions are made if we are to succeed in influencing them.

Milio argues that the ways in which evidence is used in this process vary according to the beliefs of those who create and influence policy. "Evidence" can be used *internally* to monitor, analyse and critique policy options, or *externally* to persuade or mobilise others into action. Milio sees the media as having a particularly important role in shaping community preferences, not only by what they report, but also by choosing who is allowed to speak,

how much prominence the issue is given, and the way in which an issue is framed (Milio, 1987).

This work is a reminder that although we are right to continue to develop evidence, we have to focus our attention equally on the use of evidence in decision making, and specifically how to work effectively with the media to mobilize community preferences in favour of increased health services investment in public health and health promotion, and to mobilize political leadership and support for such investment.

### What remains to be done?

In all, despite clear evidence that health services can reduce the incidence and prevalence of illness and injury in populations and reduce their detrimental impact on the physical environment there is little evidence that these 'health promoting actions' have become integrated routinely into the policies and practices in all health services. The sector's potential contribution to the health of populations has not yet been fully realized, and this brief overview of progress over the last thirty years is a strong reminder of the serious challenges that lie ahead to bring about sustained changes within our own sector.

Although there are encouraging signs that some countries have attempted to distinguish between the need for high quality, accessible health care and the need for universal and targeted population health interventions at a political level, for example by appointing Ministers for Public/Population Health (eg UK, Sweden, Canada), even these small steps have proven to be vulnerable to political processes, and have not obviously led to significant health services re-orientation as envisaged in the Ottawa Charter.

The example from the UK of the improvement in funding for public health following the Wanless review is one that is observable, with local variation, in many countries in the world. A review of evidence, or an acute public health crisis (such as SARS), leads to a short-term investment in public health, but is almost always followed by an insidious decay in public attention and resource investment as public concern turns to cost and access to health care services.

Although there appears to be some ambivalence on the part of health promotion practitioners as to the importance of the health system, the weight of evidence concerning the potential impact on population health, and the continuing central role of the health system as an anchor for public health programs in most countries means that we cannot afford to ignore this health promotion "sleeping giant." There is no doubt that

health services (systems or sectors) have vital roles to play in promoting the health of populations and individuals

Re-orienting health services remains a priority for health promotion. This short overview makes it clear that systematic, persistent, multistrategic approaches will be required to engage communities in debate, and that health promotion practitioners will need to use their public health advocacy skills for the purposes of transforming public and political opinion on the function of health systems. It will require us to reframe health problems and their solutions to more closely align with day-to-day public and political concerns about health and health investment. To do this four types of action are proposed.

Firstly, we have to work effectively in partnership with the communities we want to serve. Community preferences for health investment most commonly focus on obtaining or improving health services (and/or research) in relation to explicit health issues. These preferences are, in turn, shaped by individuals' or groups' experiences of disease or injury. Malaria, breast cancer, schizophrenia, HIV/AIDS, or violence against women are just some conditions or experiences around which strong advocacy organizations have evolved. In partnership, often, with health professionals whose experience and concern also lies with providing health care for the people who have contracted these conditions, these are powerful networks exerting pressure on politicians and the senior managers of health systems. The focus on improving health care (mostly clinical care, sometimes primary care) means that such groups less often call for investment or action to prevent illness or injury, or to promote positive health and to eliminate (or at least, reduce) unjust inequalities in health.

These groups are (or can be) powerful allies in improving health services, demanding, for example, the inclusion of planned patient education in routine diagnosis, treatment and management, or universal access to drug treatments, or to clean water supplies. And they are potentially (at least) powerful allies in arguing the case for a change in the priorities, resource investment, and range of outcomes expected of 're-oriented' health services.

Second, we have to work more effectively at influencing broader public opinion through the media. Political decisions are based on evidence of a variety of types, including evidence of community demand. The mass media play a significant role, as Milio (1987) and Wallack (1998) point out. Health promotion practitioners need a sophisticated understanding of the media and need to build relationships with

'health' journalists as small steps to building a stronger media voice for public health and health promotion.

Thirdly, the active engagement of clinical health professionals is crucial. This, too, will require active inclusion of 'training' in population health within the pre-professional preparation and on-going professional development of all health professionals – ensuring that, for example, new evidence on the effectiveness of self-management programs for patients with a variety of chronic diseases is introduced into clinical practice in a timely fashion. As a component of this, enabling clinicians to interpret reviews such as Cochrane reviews in terms of impact on the health of populations (in addition to impact on the health of individual patients) will be necessary.

Finally, The International Union for Health Promotion and Education has a well-established record of working with the major health promotion organizations across the world and with senior health promotion academics, administrators and practitioners to place issues on the global health promotion agenda and of providing evidence-based guidance for action on these. The organization supports and disseminates the building of evidence of efficacy and effectiveness through its projects, publications, journals and conferences. It has a well-developed policy advocacy function and has worked in partnership with a variety of international and national organizations (in many countries) to influence health policy and practice. By working in partnership with like-minded advocacy organizations, the IUHPE could put this knowledge and experience to work in leading action to transform health care systems to make a major contribution to the process health services re-orientation.

### References

- Agren G. (2003) *Sweden's new public health policy: national public health objectives for Sweden*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Applied Economics (2003) Returns on investment in public health: an epidemiological and economic analysis prepared for the Department of Health and Ageing. Canberra: Department of Health and Ageing.
- Australian Institute for Health and Welfare (2007) National Public Health Expenditure Report 2004-5, Canberra, AIHW. (<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10271>)
- Centers for Disease Control and Prevention (1999) *An ounce of prevention: what are the returns*. 2nd edition. Washington D.C. U.S. Department of Health and Human Services.
- Coote A. (2006) What health services could do about climate change. *British Medical Journal* 332: 1343 – 1344.
- Fleming M, Barry K, Manwell L, Johnson K and London R. (1997) Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 277: 1039-45.

- Goel, V. and McIsaac W. (2000) Health promotion in clinical practice. In: Poland B, Green L, Rootman I. eds. *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications Inc.
- Hancock T. (2003) *Doing less harm: assessing and reducing the environmental and health impact of Canada's health care system*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Green Health Care.
- Health Workforce Australia (2006) Health workforce at a glance. Health Workforce Information Clearing House. [www.health.nsw.gov.au/amwac.clearing/html](http://www.health.nsw.gov.au/amwac.clearing/html) accessed on 4 January 2007.
- IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) (2000). *The Evidence of health promotion effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. A report for the European Commission. Paris: Jouve Composition & Impression.
- Johnson J. (2000) The health care institution as a setting for health promotion. In: Poland B, Green L, Rootman I. eds. *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications Inc.
- Kristenson M, Weinehall L. (2006) *Towards a more health-promoting health service.: summary of study material, government bills, parliamentary decisions, draft indicators and examples of application*. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health.
- Lancaster T, Stead L. (2004) Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*. Issue 4.
- Lorig, K., Ritter, P., Stewart, A., Sobel, D., Brown, B., Bandura, A., Gonzalez, V., Laurent, D., Holman, H. (2001) Chronic Disease Self Management Program: two-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39 (11):1217 – 23.
- Milio, N. 1987. Making healthy public policy: developing the science by learning the art. *Health Promotion International*; 2: 263-274.
- Ministry of Health Services, Province of British Columbia (2005) A framework for core functions in public health: resource document. Population Health and Wellness, Ministry of Health Services, Province of British Columbia.
- National Board of Health and Welfare. (1997) *A more distinct role for health care in public health*. In Swedish. Stockholm: SOU.
- National Public Health Committee (2000) Health on equal terms – national objectives for public health (Official Government Report 2000:91). Stockholm: National Public Health Committee, Sweden.
- NSW Health (2003) Celebrating the past: awakening the future – the NSW Public Health Forum highlights public health successes in New South Wales. *NSW Public Health Bulletin* 14 (3).
- Nutbeam, D., Wise, M. (2002) Structures and strategies for public health intervention. In: Detels. R., McEwen, J., Beaglehole, R., Tanaka, H. *Oxford Textbook of Public Health*. 4th edition. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam, D. (2003) How does evidence influence public health policy? *Health Promotion Journal of Australia* 14.3: 154-8.
- Ottawa Conference report. (1986) Reorienting Health Services. *Health Promotion* 1.4 459-60.
- Romanow, T. (2002) Building on values: the future of health care in Canada – final report. Ottawa: Commission on the future of health care in Canada.
- Sustainable Development Commission (2006) NHS good corporate citizenship assessment model. [www.corporatecitizen.nhs.uk](http://www.corporatecitizen.nhs.uk) (accessed on 26 May 2006) – cited in Coote A. 2006. What health services could do about climate change. *British Medical Journal* 332: 1343 – 1344.
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J., Valle, T., Hamalainen, H. et al. (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine* 344 (18): 1343-1350.
- Van der Wilk, E., Achterberg, P., MacGillavry, E., Zwakhals, L., Van Linden, F. (2005) *How do we do? Health in the European Union from the Netherlands perspective*. The Hague: VTV.
- Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. (1997) Adopted at the 3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators, Vienna, 16 April.
- Wallack, L. (1998) Media advocacy: a strategy for empowering people and communities. In: Minkler M. ed. *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Wanless, D. (2002) *Securing our future health: taking a long term view*. London: HM Treasury, HMSO.
- Wanless, D. (2004) *Securing good health for the whole population*. London: HM Treasury, HMSO.
- World Health Organization (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004) *Standards for health promotion in hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yamaoka, K., Tango, T. (2005) Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 28(11): 2780-2786.



# Did the Ottawa Charter play a role in the push to assess the effectiveness of health promotion?

Linnea Evans<sup>1</sup>, Mary Hall<sup>1</sup>, Catherine M. Jones<sup>2</sup> and Andrea Neiman<sup>1</sup>

**Abstract:** The Ottawa Charter contains no explicit mention of the role evidence should play in supporting the development of health promotion, nor is there a discussion on the available methods or recommendations for assessing the effectiveness of health promotion programs and policies. The authors of this paper suggest evidence and effectiveness were not prioritized in the Ottawa Charter, and consequently, attracted little attention during the early development of health promotion practice. This paper reflects upon the various implications of a push to assess the effectiveness of health promotion well after the release of the Ottawa Charter; examines progress in this area since the Ottawa Charter; and challenges the reader to continue on in their own contemplation of remaining challenges ahead, in preparation for the 19th IUHPE World Conference, of which "assessing health promotion effectiveness" is one of the key themes. (*Promotion & Education*, 2007, Supplement (2): pp 28-30).

*Key words:* evidence, effectiveness, health promotion, Ottawa Charter

Résumé en français à la page 51. Resumen en español en la página 64.

The views and opinions in this article are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the Centers for Disease Control and Prevention and the Department of Health and Human Services of the United States.

## KEY POINTS

- **The Ottawa Charter's set of five health promotion action strategies, calling for integrated action, international collaboration, and global commitment unveiled a large-scale demand which necessitates resources.**
- **In an attempt to define the role of evaluation, the field has highlighted cultural and geographical bias as a significant methodological challenge in the pursuit to assess effectiveness and establish an evidence base for health promotion practice.**
- **Until the fundamental methodological challenges related to complexity are addressed, and met with adequate resources to ensure capacity, health promotion evaluation may fail to develop the solid evidence base the field needs to sustain itself.**

The Ottawa Charter contains no explicit mention of the role evidence can play in supporting the development of health promotion, nor does it allude to the available methods or recommendations for assessing the effectiveness of health promotion programs and policies. Though the document provides guidelines for the practice of health promotion, one can only infer that these same guidelines might also apply to assessing its effectiveness (McQueen & Jones, 2007). The framers of the Ottawa Charter were not remiss in their duties to the field, but rather took on the overwhelming priority of outlining health promotion strategies for action. The essence of the Charter is that it is a political document, rather than a scientific document giving "marching orders" on *how* to do what is being proposed.

Due to their absence from the Charter, evidence and effectiveness were not prioritized as important, and consequently, attracted little attention early on. However, the importance of determining the effectiveness of such interventions has been of growing significance for a number of years, and was solidified in a 1998 World Health Assembly resolution on health promotion. In that resolution, which recognized the powerful guidance provided by the Ottawa Charter, the linkage was made between the essential strategies for the practice of health promotion and the need for an evidence base of these approaches. Urging the adoption of "an evidence-based approach to health promotion policy and practice, using the full range of quantitative and qualitative methodologies," this document calls for an investment in evidence to support the practice of health promotion (WHO, 1998).

The goal of this article is to reflect upon the various implications of a push to assess the effectiveness of health promotion well after the release of the Ottawa Charter; to deduce progress in this area since the Ottawa Charter; and challenge the reader to continue on in their own contemplation of remaining challenges ahead, in preparation for the 19th IUHPE World Conference, of which "assessing health promotion effectiveness" is one of the key themes.

## Implications resulting from the lack of explicit language on effectiveness in the Ottawa Charter

A variety of implications can be evoked as a result of the lack of explicit language in the Charter with regard to health promotion effectiveness. The Charter's call for action provided a springboard for the rapid influx of new health promotion practice, with an intense focus on the design, planning and implementation of interventions. This deep-seated concentration on practice compelled the nature of immediacy for programs, but incidentally delayed the development of discussion on what is evidence of effectiveness. Potvin and Goldberg (2006) cite two principle roles which evaluation plays in health promotion: 1. to increase the effectiveness of interventions and 2. to support the development and dissemination of innovative practice. The first role of evaluation naturally leads one to the question what is acceptable as evidence of health promotion effectiveness. A brief discussion on what qualifies as evidence of effectiveness in health promotion is discussed in the following section of this article.

The Ottawa Charter endorses local adap-

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Atlanta, GA, United States  
Correspondence to Linnea Evans (lfe3@cdc.gov)

2. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Saint-Denis, France.



tation of health promotion strategies and programs and sanctions contextual alterations which consider differing social, cultural and economic systems; from this premise has sprung strong, deliberate attention on the contextual issues of program design and implementation, and hence over time evaluation of effectiveness. However, the recurring dilemma is that of capacity. The Ottawa Charter's mandate for advocating, enabling and mediating through a set of five health promotion action strategies, with a call for integrated action, international collaboration, and global commitment unveiled a large-scale demand which necessitated resources. These commitments require not only financial resources, infrastructure and policy, but also human capacity including a highly skilled workforce. As Catford (2005) argues, "each country needs a basic health promotion infrastructure", and this should include human capacity not only for practice, but also professional education and training in order to plan, execute, and disseminate the evaluation of these efforts. In this regard, key lessons from the past decade of international experience with national capacity mapping, which could be informative and influential in developing better capacity for effective health promotion, have been brought to the surface (Catford, 2005; Mittelmark et al., 2006; Mittelmark et al., 2007).

The following section will focus on the progress made to date in assessing effectiveness of health promotion practice, highlight the subsequent methodological challenges related to the complexity and contextual nature of health promotion, and discuss the underlying challenges presented by financial and human resource constraints.

### **Progress: How far have we come in assessing health promotion effectiveness since the Ottawa Charter?**

The 1990s proved to be a watershed of local, national and international health promotion activities with increased interest and effort towards establishing an evidence-base for effective health promotion. The external pressure to prove health promotion as a 'worthwhile' investment of governments, non-governmental organizations and communities was growing as internal pressures encouraged sound, evidence-based practice of effective programs and policies (WHO, 2001).

Early attempts at assessing effectiveness of health promotion often relied upon the use of randomized clinical trial and quasi-experimental study designs, models highly valued in medicine and the natural sciences. These models are constructed

around and place paramount importance upon the rules of scientific inquiry, namely predictability, repeatability, and falsifiability (Tang, Ehsani & McQueen, 2003). In health promotion however, "...strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions to take into account differing social, cultural, and economic systems" (WHO, 1986). As such, health promotion programs and policies are often complex, attempting to intervene on multiple factors and influence multiple outcomes, constructed in ways that attempt to recognize the uniqueness of the population, setting and socio-political environment. With time, models borrowed from medicine and the natural sciences were recognized by most as unsuitable methods for use in assessing health promotion effectiveness, as these models overlooked socio-cultural and organizational factors, concepts unique to health promotion (Long & Sheldon, 1992; Speller, Learmonth, & Harrison, 1997; WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998). The Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE), for example, has adopted a broad definition of evidence and framework in which to review evidence, allowing for the review of a diverse array in health promotion practice. This framework stimulates debate on the nature of evidence of effectiveness, taking regional and cultural diversity into consideration and allowing for review of health promotion initiatives that may lie linguistically or analytically outside the traditional boundaries of Western-dominated science and research (Jones et al., 2007).

In 1998, the World Health Assembly called for the use of approaches based on sound evidence and proved influential in further advancing the dialogue on appropriate evaluation methodologies, encouraging "...the full range of quantitative and qualitative methodologies;" (WHA, 1998). Yet, deliberations on appropriate methodologies for evaluating health promotion programs and policies, and the process and criteria invoked for reviewing evidence continues to arise in practice today and remains an area for global debate.

### **Remaining methodological challenges**

The Ottawa Charter verbalized a set of widely accepted values that have become the hallmark of health promotion practice. For example, the Charter recommends health promotion efforts should strive to strengthen community action, and "At the heart of this process is the empowerment of communities – their ownership and control of their own endeavours and destinies"

(WHO, 1986). These value-laden principles again, are highly contextual and moreover, many are abstract. Variables such as empowerment and community involvement are unlike disease or disability in that they do not have material existence; one cannot physically touch or see empowerment. Therefore, issues of measurement become increasingly more complex as attempts are made to evaluate the health promotion program and policy aimed at intervening on these incorporeal variables.

In an attempt to define the role of evaluation in assessing the effectiveness of health promotion, the field has highlighted cultural and geographical bias, as yet another methodological challenge in the pursuit to assess effectiveness and establish an evidence base for health promotion practice. The actual concept of evidence and what constitutes evidence is largely Western-derived; systematic reviews of practice are often limited to published literature, and frequently only to those published in the English language; and the debate continues to be conducted in English, and often dominated by those from economically advantaged countries (McQueen, 2001). Health promotion continues to grapple with this challenge, with hopes of uncovering ways to actively include the approaches and experiences of less economically developed countries.

### **The fundamental challenge of financial and human resources**

Despite recognition of the complexity and highly contextualized nature of health promotion practice, and the inadequacies of the medical and natural science models for assessing its effectiveness, the development and use of innovative and diverse methodologies has not evolved as rapidly as many had hoped (McQueen & Anderson, 2001). Though health promotion has come to recognize the importance of tailoring evaluations to capture the complexity and contextualized nature of an intervention, this practice is not widely applied in health promotion evaluation. Indeed, it is likely that this inaction is partially due to the lack of consensus in the field on how to tackle the sheer size and scope of many health promotion interventions (Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001). Though the standard for incorporating complexity and context does not yet exist, practitioners and researchers continue to discover and describe a variety of appropriate methods (Campostrini, 2007). In addition to methodological challenges, inattention to the financial and human resources required for actualizing evaluations has also slowed the progress in establishing an evidence-base for health promotion.

More often than not, programs have limited resources earmarked for evaluation. Value is placed on conducting the intervention, with less attention devoted towards documenting and reflecting upon the way it was delivered, the outcomes and impact, and the reasons for success or failure. Additionally, minimal resources are invested in developing the talent necessary to support such efforts. This situation is further complicated when the funders of a project institute a narrow evaluation framework that prevents capturing of information that will demonstrate and examine the context in which the intervention is delivered and the complexity of the intervention. Ultimately, funding and expertise often dictate the evaluation process, the information that can be garnered and its potential usefulness.

Given these circumstances, it's hardly surprising that marginal attempts at assessing effectiveness are a result. Without funding and the expertise to support the development and use of methodologies specific and tailored to an intervention, the field will continue to churn out one-size-fits-all evaluation models, such as "bean counting" or pre- and post-tests, as attempts to produce at least minimal information on the design, function and impact of health promotion practice. In a cyclical way, continuing to accept these circumstances and continuing to apply these one-size-fits-all models, will likely make it impossible for health promotion to demonstrate its worth, as these attempts fail to document the social and political context in which the intervention is delivered, and often it is these very factors that determine future funding and support.

## Conclusions

The road to establishing an evidence base of health promotion has been long, and though somewhat delayed, has benefited from the focus of such events as the 1998 WHA. There remain many challenges, however, that will require broad debate, as well as close examination of the contexts in which health promotion takes place. Methodological strides, though laudable, have not brought the field into a realm where dealing with complexity is the norm. Until this fundamental challenge is addressed, health promotion evaluation may fail to develop the strong evidence base the field so strongly needs to sustain itself. To do so, practitioners and researchers (or perhaps "we") must invest in capacity, and re-orient thinking about what is evidence and how to find it.

## Setting the stage for the 19<sup>th</sup> World Conference in Vancouver

As stated in the introduction, the goal of this article is to provide a broad overview

of health promotion's progress towards establishing an evidence base, highlight the underlying challenges in this area, and focus the reader on questions likely to remain at the center of future dialogue on health promotion effectiveness.

Therefore, we leave you with the following unresolved, yet essential questions:

- Is it practical or even appropriate to consider developing standards for health promotion evaluation, given the complexity and contextual nature of health promotion practice?
- How should health promotion approach the issue of incorporating the missing voice from less economically developed countries in the debate on evidence of effectiveness?
- How will health promotion address the need for sustainable financial resources and human capacity in order to carry out evaluations appropriate and meaningful for the field's stimulation and advancement?

In order to build evidence of health promotion effectiveness, health promotion advocates, researchers, practitioners, policy and decision-makers must ask the hard questions and embrace opportunities to continue the dialogue in order to stimulate, advance and sustain health promotion practice. It is our hope that the 19<sup>th</sup> World Conference will serve this purpose and continue this dialogue in a way that will bridge across all boundaries of practice, geography and language.

## Acknowledgements

The authors wish to acknowledge and thank Dr. David McQueen for his insight and guidance in articulating a number of ideas presented in this paper.

## References

Campostrini, S. (2007). Measurement and effectiveness: methodological considerations, issues and possible solutions. In McQueen, David V., & Jones, Catherine M., eds. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media.

Catford, J. (2005). The Bangkok Charter: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International* 20 (1): 1-6.

Green, J., Perry, M. W., and Jones, C. M. (2006) Change. *Promotion & Education* XIII (3): 172.

Jones, C.M. et al (2007) The Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GHPPE): a global process for assessing health promotion effectiveness with regional diversity. In McQueen, David V., & Jones, Catherine M., eds. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media.

Long, A.F. and Sheldon, T. A. (1992) Enhancing effective and acceptable purchaser and provider decisions: overview and methods. *Quality in Health Care*, 1992, 177, 74-77.

McQueen, D.V. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion*

*International* 16 (3): 261-268.

McQueen, D.V. and Anderson, L.M. (2001). What counts as evidence: issues and debates. In *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Edited by Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. WHO Regional Publications, European Series, No 92. Denmark: WHO, 2001.

McQueen, D.V. and Jones, C.M. (2007) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness: an introduction. In McQueen, David V., & Jones, Catherine M., eds. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media.

Mittelmark, M.B., Wise, M., Nam E.W., Santos-Burgoa, C., Fosse, E., Saan, H., Hagard, S. and Tang, K.-C. (2006) Mapping national capacity to engage in health promotion: overview of issues and approaches. *Health Promotion International* 21 (S1): 91-98.

Mittelmark, M.B., Jones, C.M., Lamarre, M.-C., Perry, M.W., van der Wel, M., Wise, M. (2007). Enhancing the effectiveness and quality of health promotion: Perspectives of the International Union for Health Promotion and Education. In McQueen, David V., & Jones, Catherine M., eds. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media.

Potvin, L. and Goldberg, C. (2006). Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Eds O'Neill, M.; Dupéré, S.; Pederson, A.; and Rootman, I. Les presses de l'Université Laval: Canada, 2006.

Potvin, L., Haddad, S., and Frohlich, K. (2001) Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Edited by Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. WHO Regional Publications, European Series, No 92. Denmark: WHO, 2001.

Speller, V., Learmonth, D. & Harrison, D. (1997) The search for evidence of effective health promotion. *British Medical Journal*, 315, 361-363.

Tang, K C, Ehsani, J P, McQueen, D V. Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003; 57; 841-843.

WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, November, 21, 1986. WHO/HPR/HEP/95.1.

WHO (1998). World Health Assembly resolution WHA51.12 – Health Promotion. (Tenth plenary meeting, 16 May 1998 – Committee A, fourth report). <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/print.html> Accessed: 19 February 2007.

WHO (2001) *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Edited by Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. WHO Regional Publications, European Series, No 92. Denmark: WHO, 2001.

WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. (1998) Health promotion evaluation: recommendations to policy makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/IVST 05 01 03).

# The “Montreal message”: the Ottawa Charter for Health Promotion is still useful for today's public health practice<sup>1</sup>

Michel O'Neill<sup>2,3</sup>, Sophie Dupéré<sup>2,3,5</sup>, Evelyne Pedneault<sup>4</sup>, Kadija Perreault<sup>5</sup>, Mathieu Forster<sup>6</sup>, Nancy Roberge<sup>7</sup>, Pascal Parent<sup>7</sup> and Robert Perreault<sup>8</sup>

This paper is the first within a new sub-series of the *Ottawa 1986-Vancouver 2007: should the Ottawa Charter be revisited?* RHP&EO series, which has been created to provide the participants of the symposium on the Ottawa Charter, held during the 10<sup>th</sup> Annual Public Health Conference (Journées annuelles de santé publiques, JASP) in Montreal on October 25<sup>th</sup>, 2006, with the possibility to pursue the exchanges begun then on different issues. Over 1200 people, coming from Canada and about 12 other countries, were at the symposium and tried to answer the question: *Is the Ottawa Charter for health promotion still useful for today's public health practice?* At the end of the day, after a final vote, the “Montreal message” seemed clear: over 70% answered yes to the question. As an opener to the new sub-series, the aim of this paper is thus to explore a bit further the meaning of this message and, at the same time, to trigger additional thoughts on this subject in preparation of the IUHPE's World Conference in Vancouver in June 2007 (<http://iuhpeconference.org>).

Three other papers introduce the sub-series: one describing the sophisticated process that guided the planning and the realization of the Montreal symposium; one focusing on the different themes that emerged throughout the day; and, finally, another on the theatrical performances that took place during the day. In order to partake even more in the preliminary work of IUHPE's Vancouver conference, a special call for papers has been made to the 1200 participants in the context of the sub-series, and the articles retained by a group of peer-reviewers gathered especially for the circumstance will be placed online.

## The aim of the Symposium: bring the participants to reflect and to take position

The Ottawa Charter Symposium was developed by a scientific committee of about twelve persons coming from a variety of jobs

and perspectives (see JASP, 2006, for further details) under the leadership of M. O'Neill and S. Dupéré, within the JASP's general rules regarding the organization of symposia. The day began with a general plenary dedicated to the past (from 1986 on), present and future of public health, followed by five sub-plenaries focusing on the Charter's five strategies. After lunch, the participants were split into 20 parallel workshops devoted to diverse forms of practice and were gathered again, in conclusion, for a final plenary. Adopting a peculiar format after a popular TV show in Quebec by the name of “Right to speech” (*Droit de Parole*), that plenary allowed a debate between the views of the participants, presented by the *Mise au jeu* theater troop (N. Roberge et P. Parent), and those of nine “key witnesses”, coming from a diversified set of academic and practice environments; the plenary ended by a final vote.

Principally designed by two members of the scientific committee (S. Dupéré and E. Pedneault), a sophisticated approach was implemented in order to supply *Mise au jeu* and the facilitator of the *Droit de Parole* (R. Perrault) with meaningful content. The participant's viewpoints were collected using such mechanisms as *vox pop*, a thorough and systematic note taking process in each of the activities as well as a mural and pictures. All these elements were synthesized by two “key reporters,” M. Forster and K. Perreault. A breakfast with authors of recent books on public health, over a hundred posters as well as an exhibit called “*Objet: pauvreté*” also nourished the reflections of the participants.

## The main issues that emerged during the day

Among the issues raised using the techniques mentioned above, two seem to stand out.

### The Ottawa Charter: useful, usable, used?

Even if the majority of the participants judged that the Ottawa Charter was still use-

ful today, it seems important to question the contemporary meaning of this usefulness. The participants provided a multitude of answers, which lead to believe that every person uses the Charter in his or her own manner. The Charter was even designated in several miscellaneous ways: a reference framework; a philosophy; a set of ideas; orientations, of directions, of guidelines; a vision; a manifesto; and even... a Bible! Only a few persons explicitly described the Ottawa Charter as an intervention tool to be used directly in the field; the Charter thus seems to be perceived more as a conceptual or theoretical instrument, several having specifically mentioned that they do not use it in their daily work.

The conceptual usefulness of the Charter, which seemed undisputable for the participants, is thus suffering of a lack of application. The reasons evoked to explain this deficiency seem to lie in the difficulty to concretely adapt the Charter, combined to a weak political will regarding its implementation. These issues were brought up during the opening plenary of the day: according to the speakers, the enthusiasm generated by the implementation of the Charter in 1986 was soon followed by a period where nothing really happened. Is the Charter necessarily confined to occasional pilot projects or can it truly inspire or influence public policy? Could the Charter be a wall levied against governmental decision based on electoral considerations, thus protecting society from ill-informed governmental positions? As an example mentioned during the day, the spirit of the Charter could be utilized to oppose Canada's sudden withdrawal of the Kyoto Protocol by a conservative government in Ottawa.

### Is the Ottawa Charter still up to date?

Besides, is the Ottawa Charter still current in several key domains such as international relations, environmental conditions or global health, given the changes

1. A preliminary version of this paper was published in the *Reviews of Health Promotion and Education Online* (RHP&EO) at <http://www.rhpeo.org/reviews/2007/2/index.htm>.

2. Faculty of Nursing Sciences, Laval University, Quebec, Canada. Correspondence to Michel O'Neill: Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca.

3. Editorial team, *Reviews of Health Promotion & Education Online* ([www.rhpeo.org](http://www.rhpeo.org))

4. Faculty of Law, Laval University; Quebec no poverty Collective, Quebec, Canada.

5. Inter-faculty PhD Programme on Community Health, Laval University, Quebec, Canada.

6. Faculty of Medicine, Laval University, Quebec, Canada.

7. Theater group *Mise au jeu*, Montreal, Canada.

8. McGill University and Public Health Directorate of Montreal Center, Canada.

observed during the last two last decades? A number of participants mentioned that the Charter still continues to be an up to date document, hence its widely perceived utility as mentioned above. Nevertheless, the necessity to take stock of the issues linked to globalization as well as of the non-recognition of population's needs, notably in the developing countries, are among the arguments defended by some participants thinking that the Charter deserves to be revisited.

For the participants, the model proposed by the Charter did not seem therefore to have attained its full potential on both social and political levels and its real impact still awaits to be felt. Consequently, despite being 20 years old, the Charter did not look for them like a theoretical fossil, dried out by the heat of much more recent paradigms.

### Conclusion: is the "Montreal message" a mere hay fire?

Contrary to a lot of the discussions that took place around the Bangkok Charter & that left often the impression of a certain obsolescence of the Ottawa Charter (RHPEO, 2005, 2006; Van Steenberghe & St-Amand, 2006), participants at the Montreal Symposium seemed to agree that the Charter is still useful although not easy to apply. During the days that followed, in another symposium on social exclusion held in Quebec City, as well as in a speech of the Quebec Minister of Health and Social Services pronounced in honor of the 20<sup>th</sup> anniversary of *Quebec Network of Healthy Cities and Towns*, the Charter was explicitly evoked. Were these evocations simply a coincidence, or do they reflect the sturdiness of the Ottawa Charter and its capacity to formulate, in an effective manner, some important public health issues still not resolved even after 20 years? In June 2007, the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference in Vancouver will continue to explore these important questions.

---

### References

- JASP (2006); Program of the 10th Journées annuelles de santé publique, Montréal, <<http://www.inspq.qc.ca/jasp/programme/2006/default.asp?A=2&Lg=en>>
- RHPEO (2005, 2006); Series "Ottawa 1986-Vancouver 2007: Should the Ottawa Charter be revisited?", *Reviews of Health Promotion and Health Education Online*, <<http://www.rhpeo.org>>.
- Van Steenberghe, É. & St-Amand, D. (dirs.) (2006); *La Charte de Bangkok? Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé?* Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), 94 p.
-



# Enhancing the effectiveness of the International Union for Health Promotion and Education to move health promotion forward<sup>1</sup>

Maurice B. Mittelmark<sup>2,3</sup>, Martha W. Perry<sup>3</sup>, Marilyn Wise<sup>4</sup>, Marie-Claude Lamarre<sup>3</sup> and Catherine M. Jones<sup>3</sup>

**Abstract:** The success in recent years of many IUHPE initiatives provides cause for celebration, but also reminds us of the challenges that lie ahead. The Global Programme for Health Promotion Effectiveness provides a blueprint for how the IUHPE can effectively participate in, and lead, global networks for health. Health promotion research is well organized and productive in most of the Northern hemisphere, but important wells of health promotion knowledge in the Southern hemisphere are not widely-enough disseminated. The IUHPE needs to help liberate knowledge producers everywhere from unnecessary structures, and find innovative ways to illuminate knowledge for all to see. We have developed and proven the effectiveness of a range of technologies such as settings-based health promotion. However, the vast majority of communities are untouched, and the IUHPE needs to be a leader in finding ways to better disseminate effective health promotion practice. The IUHPE is a vigorous and effective advocate for health promotion training, practice and research. Now we need to expand our advocacy for equity in health, building on our effective work on social clauses in trade agreements and on tobacco control. (*Promotion & Education*, 2007, Supplement (2): pp 33-35).

**Key words:** IUHPE, effectiveness, equity, advocacy

Résumé en français à la page 51. Resumen en español en la página 64.

## KEY POINTS

- After more than half a century working in health promotion, the IUHPE reviews its contribution to the field and proposes ways to move forward.
- Among the fundamental challenges of health promotion is the sharing of the knowledge base between the Northern and Southern hemispheres and broadening health promotion's disciplinary foundation.
- During the two decades since the Ottawa Charter, health promotion has developed a broad range of high quality strategies, and a main challenge of the future is to implement them widely, in every part of the world.

This Supplement issue of the IUHPE journal, *Promotion & Education*, attempts to critically reflect on the development of the field of health promotion since the inception of the Ottawa Charter in 1986 as we prepare for the 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference in Vancouver in June 2007. One of the main goals of the conference is to assess and determine the relevance of the document in the 21<sup>st</sup> Century. The IUHPE, which exists since 1951 as the only global, professional, non-governmental organization dedicated to advancing health promotion, also needs to examine its contribution to the field, as well as to the accomplishment of its own mission to promote global health and to contribute to the achievement of equity in health between and within countries of the world. The date of the conference coincides with the revision of the organization's Strategic Directions, which will be presented during the General Assembly. The revised Strategic Directions reflect how the IUHPE, working through its network of professionals and institutions, can positively and constructively contribute to reduce health inequalities created by social, political, economic and environmental determinants. Along these lines, the IUHPE, together with the Canadian Consortium for Health Promotion Research (CCHPR), has been working to reaffirm a clear role for health promotion in the global context and set out a number of recommendations to strengthen the field. A document outlining the priorities for action to shape health promotion's future will be released at the con-

ference and a more comprehensive publication containing ten field reports from across the world will be produced at the end of 2007 as a special edition of this journal. This work does not stand alone, but is part of a whole programme of work undertaken by the IUHPE to promote health. The conference will thus serve to set the stage to advance the international health promotion agenda both for the IUHPE and the professionals of the field. As the health promotion community will celebrate the 20<sup>th</sup> anniversary of the Ottawa Charter in Vancouver, the IUHPE, as outlined in this article, celebrates the success in recent years of its initiatives, while keeping in mind the challenges that lie ahead.

## IUHPE initiatives for quality, effectiveness and equity

Abundant research makes a convincing case for the effectiveness of health promotion. However, we in health promotion have not communicated well enough to completely allay decision-makers' doubts about the wisdom of investing in health promotion. Therefore, the IUHPE has as one of its central tasks the development of clearer and more compelling ways to summarize and to disseminate evidence about health promotion's effectiveness. In pursuit of this, the IUHPE draws on the multiple skills and competencies of our global network.

Over the past decade, the IUHPE has developed its flagship journal, *Promotion & Education*, into a peer reviewed scholarly publication with contributions in English, French,

1. This paper is abstracted from Chapter 23 in *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. D.V. McQueen and C.M. Jones (eds). (2007). New York: Springer Science & Business Media.

2. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Norway. Correspondence to Maurice B. Mittelmark: Christiesgt. 13, 5015 Bergen, Norway (maurice.mittelmark@iuh.uib.no)

3. International Union for Health Promotion and Education, Saint-Denis, France

4. Australian Centre for Health Promotion, Edward Ford Building, The University of Sydney, Australia

Spanish, and most recently, Portuguese and German as part of supplement editions. We have gone into a partnership with Oxford University Press involving *Health Promotion International* and *Health Education Research*, which are today official research journals of the IUHPE. In these journals and at our regional and global conferences, debate is encouraged about what counts as evidence of health promotion effectiveness. Inappropriate standards are challenged, and alternative standards are developed. In Europe, for example, six conferences explicitly on the theme of health promotion quality and effectiveness have been held since the first one in Rotterdam in 1989.<sup>1</sup>

### Fundamental challenges

One of the most fundamental challenges that the IUHPE faces today is that the health promotion knowledge base is very unevenly developed across the globe. In the Southern hemisphere, health promotion is often practiced quite differently from practices in the northern hemisphere, and with great innovation, to fit diverse regional and local contexts. However, the knowledge base from this experience is hardly accessible outside the circles of health promoters that are immediately involved. The classical ways of generating, assembling and disseminating scientific knowledge – ending with publication in a few English language journals with stiff styles – excludes many who have important experience to share. Responding, the IUHPE's journal *Promotion & Education* has launched collaboration with other key journals in the field, to ease the path to publication for researchers whose native language is not English. Much more innovation is needed, however. The Internet provides the possibility to break away from crusty print journal traditions that enforce rigid language, word and style limits. It is not desirable, nor is it possible, to write well in –say, scientific Spanish– in a way that mimics scientific English. With the concepts of page and word limits banished, and with ever-improving instant translation programmes coming online, Spanish health promoters, and those working in all the languages of the globe, can now communicate in the style that fits the contours of their cultures and the languages in which they best communicate.

The challenge just described has led the IUHPE to prioritise 'liberating' knowledge from the Global South, and the path from our original Euro-centric origins to having a truly global perspective has been arduous, but rewarding. Our initial step was indeed taken in Europe, dating to the Rotterdam conference in 1989. A significant advance was also of European origin – a project funded by the European Commission (1998-2000) that brought together communications experts,

policy and decision-makers, and health promotion researchers and practitioners, to find a common language with which to advocate for investment in effective health promotion technologies. This groundbreaking European initiative resulted in a set of publications (IUHPE, 2000) that illustrate the IUHPE 'blueprint' for documenting evidence and for communicating with a diverse range of target audiences in ways that they understand.

Today's IUHPE global effectiveness initiative used the European experience as a launching pad, but in each region of the world, the work has taken on flavors appropriate to the diverse contexts of the regions. However, the programme as a whole does share three hallmarks:

- The GPHPE illuminates evidence of effectiveness – we emphasise what is known, rather than what is not known;
- Inappropriate standards for judging the quality of evidence have been set aside – rigid attitudes placing the randomized controlled trial at the centre have no place in our framework;
- Wide-scale dissemination efforts breach geographic, linguistic, cultural and professional boundaries.

### Health promotion's proven technologies

The effectiveness of some health promotion practices is so well documented, that they can be recommended with confidence. Here, such practices are referred to as technologies. In its simplest sense, technology is the application of knowledge to solve problems, and using the term to describe proven-effective health promotion methods has advantages. Many who are outside of health promotion are puzzled by health promotion's 'insider' terminology, and that makes it harder to communicate with decision-makers than it needs to be – but everyone is comforted knowing that cutting-edge technology is being applied to their problems!

So, what is meant by the term health promotion 'technology'? One example is that of health impact assessment (HIA), by which health policies and programmes, at all levels from national to local, can be systematically and rigorously evaluated for their positive, neutral and negative impacts on health. HIA can be used to document the need for healthy policy, both public and private. Another example is that of community-based public health action, to strengthen communities' ability to take effective action at the local level, including methods to map and mobilize local resources, activate citizens, governments and the commercial sectors, manage positive change, and transform homes, schools, hospitals and work places into health promoting environments.

Perhaps the best developed amongst health promotion's technologies is settings-

based action, in places such as schools, workplaces and hospitals. When this technology is applied with high quality, it works. Yet the vast majority of settings have not had the advantage of systematic application of this technology, and a challenge for health promotion is its more equitable use in communities where it is needed most.

Settings are ubiquitous in our lives, as they are the physical and social environments within which we carry out our daily activities, and settings themselves can influence our health directly and indirectly. Individual settings (such as a single school or workplace or church or sporting club) are microcosms of society – structures within which tasks are carried out, places within which individuals and groups negotiate social relationships and carry out the actions mandated by society to achieve specific goals. The technology of health promotion in settings includes participative processes that help organizations decide on and implement their policies, use research-derived evidence to inform policy development, and undertake routine measurement of progress and outcomes.

### The problem of exclusion

Health promotion in settings has been developed in scattered, relatively small-scale local projects and programmes. Exemplars can be found today all around the world, but the vast majority of settings are untouched. The goal now is to spread the technology to all schools and all workplaces, but no matter the degree of success in reaching this goal, many people will be excluded from health promotion because there are no schools and workplaces for them. Children who have no school to attend, and adults who have no workplace, can hardly benefit from even the most successful settings-based health promotion programme. Human development initiatives that create schools and create jobs are fundamental. The best approach is one in which these new creations are established from the start as health promoting environments, using the lessons learned from converting existing settings into health promoting places.

Changing systems and settings on the scale and in the ways required to achieve equity requires effective action at all political levels. Success in influencing the goals, policies, practices of the education, health and employment sectors requires the engagement of practitioners and researchers who understand – and are willing to engage in – the politics of building and implementing public policy for health in all policy arenas. This last point is vital: health promotion cannot succeed in its aim to achieve equity in health based on the efforts of professional health promoters alone. We need to train professionals in education, welfare, economics,

public administration, to name but a few fields, so that health promotion becomes part-and-parcel of their professional lore. This would not require particularly dramatic changes in curricula, and the feasibility of such change is evident: today, every business management school in the world includes courses on corporate social responsibility, a result of decades of pressure to produce business leaders who take social responsibility seriously. Advocacy to require some training in health promotion in all the professions is required, but no organized efforts are yet underway, signaling an unmet need that should be prioritized. Since all professions have requirements of one sort or another for continuing education, the development of model curricula for short courses suitable for continuing education could be a reasonable way to launch efforts.

### IUHPE research using the resources of members

In 2005, the first IUHPE Research Associates were appointed to connect graduate student research to IUHPE priorities. In 2006, the first three volumes of the IUHPE Research Report series were issued, containing the results of IUHPE Research Associates efforts. These efforts are supported entirely by IUHPE members with academic credentials and academic institutional backing. The Research Associates and the Research Reports provide mechanisms by which the IUHPE can coordinate a global team of researchers by recruiting them from the IUHPE network itself, commissioning research on topics that are priorities for the IUHPE. As Walker, Ouellette and Ridde (2006) point out, graduate student researchers "...have the potential to make a unique and valuable contribution to global health." The early experience shows that when graduate students have the opportunity to do thesis and dissertation research on topics of high priority to the IUHPE, their motivation and seriousness of purpose grows to new heights. Research of this type serves not only the IUHPE's growth as a knowledge-producing agency; it serves also to bring the work of IUHPE student members to the global readership. To date, three such research projects have been completed, the reports of which are available at [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org), under the Publications section.

### Advocacy for health promotion and for equity in health

The IUHPE has advocated for health education and health promotion for over 50 years. Through our journals, other publications, website, triennial world conferences, regional workshops and conferences, research programmes, and regional structures, we have worked to be a powerful advocate for health

promotion training, practice and research.

However, advocacy for health promotion as a professional arena is not sufficient. Advocacy for equity in health is of crucial importance, because the world is changing in ways that threatens to worsen –not reduce– health inequity. As was the case during other eras of major economic development (e.g. the industrial revolution; Szreter, 2003), the post-cold war period of globalization has produced fast-moving, disruptive shifts in production, in labor supply and demand, in trade (volume and practices), and in economic regulation. Among major barriers to improvements in health are the growth of corporate power among industries whose products are demonstrably unhealthy (such as the tobacco, sugar and soft drink industries), and industries that resist changing products and production methods, to reduce negative impact on health and the environment. The equity gap is not closing, and in many places it is actually widening (Marmot, 2004).

Responding, the IUHPE has since 1998 been actively involved in advocacy for the inclusion of social clauses in trade agreements. The work is done by the IUHPE Working Group on Social Clauses and Advocacy, led by Ron Labonte. Declarations and commitments associated with the annual G7 (now G8) Summit meetings have direct and indirect impacts on health, and the three most recent Summits included discussions and commitments related to health and development in poor countries. The IUHPE advocacy in this arena includes the production of a series of briefs on social clauses in trade agreements, and participation in the Non-Governmental Initiative on International Governance and World Trade Organization Reform.

Another example of sustained IUHPE advocacy is our work in the tobacco control arena. We advocate for global tobacco control via various activities, including the production of a Manual on tobacco control legislation, to assist governments the world over to enact effective tobacco control policy and to implement the Framework Convention on Tobacco Control in their own political and legal context. These and our other advocacy initiatives are fully described at [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org). As we gain experience and confidence in our ability to orchestrate our global resources to advocate for equity in health, the IUHPE will be able to expand its work in the arena. Through the planned evaluations of the entire IUHPE programme of work, we will identify our strengths and weaknesses as advocates for health, and work to eliminate the weaknesses. The IUHPE's commitment to excellence in this area is signaled by the establishment of the post Vice President for Advocacy, and our work on social clauses in trade agreements and tobacco control provides convincing evidence that we

have the capacity to mount sustained advocacy campaigns on a widening range of issues.

A particularly efficient way to expand IUHPE advocacy is to participate in the growing number of global health networks. Our work in the tobacco arena shows us the way, and we are joining with others to advance the cause of health at all levels from the individual to the societal. Examples include the provision of technical support to the WHO Commission on the Social Determinants of Health, and participation in networks on physical activity, nutrition, obesity and injury prevention. Through such collaboration, we continue to create synergy with long-time partners such as the WHO and the CDC in the United States, and create new ties with organizations such as the People's Health Movement and the Global Forum for Health Research. At the core of all IUHPE advocacy efforts is our aim to contribute to equity in health within and among nations. We hold ourselves accountable to contribute to this aim, and a high priority in the coming period will be to document how and to what degree we are succeeding.

### Summary

The quest for effective health promotion should not be limited to interventions, projects and programmes. The organizations for health promotion, governmental and non-governmental alike, should strive for effectiveness and efficiency in everything they do. The resources devoted to health promotion are extraordinarily meager, considering the ambition to contribute to equity in health at local, national and global levels, so making resources count to the maximum is not just a matter of practicality, but also a matter of ethics. The IUHPE response has to be two-fold: to do more of everything we do well, and to improve that which can be improved.

### References

- International Union for Health Promotion and Education. (2000). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. Paris: Jouve Composition & Impression.
- Marmot M. 2004. *Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy*. Bloomsbury Publishing: London.
- Szreter S. 2002. The McKeown Thesis: Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health* 92(5): 722 – 725.
- Walker, S., Ouellette, V. & Ridde, V. (2006). How can PhD research contribute to the global health research agenda. *Canadian Journal of Public Health*, 97 (2), 145-148.

### Note

- i. The others were held in Athens, Greece in 1992; Turin, Italy in 1996; Helsinki, Finland & Tallinn, Estonia, in 1999; London, United-Kingdom in 2002; Stockholm, Sweden in 2005.

## Histoire de deux décennies de la Charte d'Ottawa

Marcia Hills<sup>1,2</sup> et David V. McQueen<sup>1,3</sup>

Être Rédacteurs invités de ce numéro spécial de *Promotion & Education* est un grand plaisir pour nous ; celui-ci va être publié et disponible au moment de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l'UIPES sur la Promotion de la Santé et l'Éducation pour la Santé qui aura lieu à Vancouver, au Canada, en juin 2007. Le but de ce numéro est d'aborder d'une manière particulière le thème général de la conférence « la Promotion de la Santé fait son chemin : Recherche, Politique & Pratiques pour le 21<sup>e</sup> siècle ». Pourquoi publier un numéro spécial de la revue avant la conférence ? Tout simplement pour fournir à ceux qui participeront à cet événement une série de documents introductifs qui poseront les bases de notre discussion, et amèneront des idées nouvelles quant au chemin parcouru par la promotion de la santé dans les domaines de la recherche, de la politique et de la pratique depuis Ottawa. Ce numéro vise essentiellement à retracer et à rappeler comment la Charte d'Ottawa a influencé le développement de la promotion de la santé, et quel chemin elle a emprunté depuis ses débuts.

Nous avons plusieurs idées quant à la façon dont devait être structuré ce numéro spécial. Premièrement, nous voulions considérer et réexaminer ce qu'il y avait dans le sac des délégués qui ont participé à la rencontre d'Ottawa en 1986. Il ne faisait aucun doute que chacun des invités choisis apporterait ses propres idées sur la situation d'alors et sur les possibilités futures de la promotion de la santé ; cependant, ces idées et les discussions importantes qui eurent lieu à Ottawa ont également été nourries par la lecture des documents qui avaient accueilli les participants. Il avait été prévu qu'Ottawa serait une expérience d'apprentissage de même que participative. Dans ce numéro spécial, nous avons demandé à plusieurs des participants présents à l'origine à Ottawa de se remémorer leurs pensées et leurs attentes à l'époque, et de réfléchir à ces idées à la lumière de la situation d'aujourd'hui. L'un de nous (DVM) figurait aussi parmi ces participants et nous avons donc pu bénéficier d'un bel équilibre pour comprendre les différentes perspectives. Ce qui ressort le plus de ces

témoignages est le sentiment d'urgence qui régnait à Ottawa à propos de la promotion de la santé, de même que la façon dont l'évènement lui-même nous apparaît aujourd'hui encore très récent, deux décennies plus tard.

Nous avons aussi demandé à ce que certains articles traitent de l'effet perceptible de la Charte dans les domaines de travail mis en avant à l'origine, à savoir : élaborer une politique publique saine ; créer des milieux favorables ; renforcer l'action communautaire ; acquérir des aptitudes individuelles ; et enfin, réorienter les services de santé. Mais il nous est rapidement apparu que nous ne parviendrions pas à trouver des auteurs pouvant écrire directement sur ces sujets. La Charte d'Ottawa, avec toutes ses forces et ses faiblesses, n'est pas à ce point prescriptive pour que le développement de la promotion de la santé qui en a découlé se soit chargé par la suite de chacun de ces domaines de manière systématique. Elle semblait plus précisément être un appel à adopter une vision élargie de la promotion de la santé dans le but de la placer très clairement au centre du travail lié à ces cinq thèmes. Les articles qui suivent soutiennent largement les idées et la vision de la Charte, mais témoignent aussi, de nombreuses manières différentes, de l'illusion qu'il y a d'imaginer qu'un document unique puisse transformer la santé publique à travers le monde. Quoi qu'il en soit, l'inspiration de la Charte d'Ottawa est un thème commun à tous ces articles. Peut-être que cela n'est pas vraiment surprenant car les Chartes, les déclarations d'objectifs et de missions, les constitutions et autres documents de ce genre sont davantage voués à être des sources d'inspiration plutôt que d'être très spécifiques. Souvent ils représentent les objectifs les plus élevés mais parfois irréalisables de leurs créateurs. Cela ne signifie pas que ces documents soient des échecs, mais plutôt que leurs attentes dépassent de beaucoup les capacités des simples mortels.

Il n'est pas juste de vouloir comparer des documents et certains des auteurs discutent de la Charte d'Ottawa à la lumière de documents plus récents, en particulier de la « Charte de Bangkok ». Il ne fait aucun

doute que cette discussion est appelée à se prolonger et sera l'un des sujets brûlants de la conférence à Vancouver. Il nous semble cependant évident que cette comparaison ne peut avoir de conclusion radicale et définitive. Tous les documents sont des produits de leur temps. Bangkok et Ottawa ne font pas exception à la règle. Des sujets qui sont devenus depuis des préoccupations centrales de la promotion de la santé, comme l'efficacité et l'impact, sont à peine visibles dans le document d'Ottawa ; ils n'étaient tout simplement pas à l'ordre du jour de ces froides journées d'hiver à Ottawa. Mais il n'en demeure pas moins, cependant, que la Charte d'Ottawa est bien plus qu'une simple doctrine pour la communauté mondiale de la promotion de la santé.

1. Rédacteurs invités

2. Vice-Présidente de l'UIPES chargée de l'organisation de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l'UIPES ; Professeur, École des Soins infirmiers ; Directrice du Centre pour la Recherche en Promotion de la Santé communautaire ; Présidente du Consortium canadien de Recherche en Promotion de la Santé, à l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique, au Canada. Correspondance à adresser à : mhills@uvic.ca

3. Vice-Président de l'UIPES chargé du Développement scientifique et technique ; Président du Comité scientifique de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l'UIPES ; Directeur associé pour la Promotion de la Santé mondiale, DHHS/CDC/NCCDPHP/OD, aux Centres américains de Contrôle et de Prévention des Maladies, à Atlanta, en Géorgie, aux États-Unis. Correspondance à adresser à : dvm0@cdc.gov



## Ottawa 1986 : pivot du développement de la santé mondiale

John Catford<sup>1</sup>

Qui aurait pensé, quand le coup de feu du départ d'Ottawa fut tiré dans les tempêtes de neige de novembre 1986, que la course de la promotion de la santé allait durer aussi longtemps et serait aussi dure ? À travers le monde, on trouve aujourd'hui en promotion de la santé des stratégies gouvernementales, révisées de temps à autre, des autorités statutaires et des fondations, des groupes d'intérêt de consommateurs, des associations et des revues professionnelles. Des départements universitaires et des professeurs portent fièrement ce nom, les licences et les maîtrises abondent et il semble qu'un nouveau manuel ou livre, apparaisse tous les mois. De plus en plus, des millions de dollars sont investis dans les programmes de promotion de la santé provenant de gouvernements et d'organisations internationales, comme la Banque mondiale, de même que de contributions individuelles. Il est tout à fait remarquable que tout cela soit arrivé en seulement deux décennies.

Les origines de la promotion de la santé sont complexes et la responsabilité de motivations et d'efforts multiples est en cause. Cependant, la plupart des commentateurs s'accorderaient pour dire que l'évolution de la pensée a commencé à se produire autour d'une importante rencontre mondiale de l'OMS à Alma-Ata, capitale casaque dans l'ancienne Union soviétique, en 1978. La *Déclaration d'Alma-Ata* adoptait officiellement les Soins de Santé primaires comme mécanisme principal de délivrance des soins de santé. Elle reconnaissait de façon essentielle que des améliorations en matière de santé n'advindraient pas juste en développant davantage de services de santé ou en imposant des solutions de santé publique à partir du niveau central. Elle annonçait un glissement du pouvoir depuis les prestataires de services de soins vers les consommateurs de ces services et vers la communauté élargie. Cela a amené l'OMS à élaborer, en 1981, une stratégie mondiale nommée 'La Santé pour Tous d'ici l'an 2000' comportant une série de cibles et d'objectifs mesurables. Cette initiative est devenue la force motrice d'un développement global de la santé au cours des deux décennies suivantes et a fourni l'environnement approprié pour que le concept de promotion de la santé puisse se nourrir et grandir.

Au début des années 80, le terme « promotion de la santé » a été de plus en plus utilisé par un nouveau courant d'activistes de la santé publique, insatisfaits des approches traditionnelles et directives de « l'éducation pour la santé » et de la « prévention des maladies ». Ce nouveau terme indiquait une approche positive, créative et orientée vers des résultats. Cependant, dans certains contextes et dans certaines langues, le terme « promotion » a été perçu comme synonyme de « marketing » et de « vente » plutôt que de « mise en valeur » et d'« empowerment ». Cela a poussé l'OMS à organiser une rencontre spéciale en 1984, à Copenhague, au Danemark, pour clarifier le concept et lui donner une orientation, ce qui a abouti au premier document important sur la promotion de la santé. Le document *Concepts et Principes de la Promotion de la Santé*, publié en 1986 dans la première édition de *Health Promotion International*, devint un tremplin pour la Conférence et la Charte d'Ottawa.

Si l'on regarde vingt ans en arrière, la principale réalisation d'Ottawa en 1986 a été de légitimer la vision de la promotion de la santé en clarifiant les concepts clés, en mettant en évidence les conditions et les ressources nécessaires à la santé, en identifiant les stratégies de base et les actions principales permettant de poursuivre la politique de « La Santé pour Tous » de l'OMS. La Charte qui en a émergé a également identifié les conditions préalables à la santé, notamment la paix, un écosystème stable, la justice et l'équité sociale, et des ressources telles que l'éducation, l'alimentation et des revenus. Elle a mis en avant le rôle des organisations, des systèmes et des communautés, ainsi que des comportements et des capacités individuels, en créant des choix et des opportunités pour une meilleure santé. Depuis lors, l'OMS a organisé, en partenariat avec des gouvernements et des associations nationales, une série de conférences qui ont abordé chacune des cinq stratégies de la promotion de la santé mentionnées à Ottawa.

En 1988, à Adélaïde, en Australie, la 2<sup>e</sup> Conférence internationale de Promotion de la Santé a exploré plus en profondeur ce qu'on entendait par le développement de politiques publiques favorables à la santé. Organisée de façon à coïncider avec le bicentenaire de l'Australie, cette confé-

rence a accueilli un public invité issu principalement de pays développés. Ensemble, ils ont élaboré les *Recommandations d'Adélaïde sur les Politiques publiques saines*. Ce document appelle à un engagement politique en faveur de la santé de tous les secteurs. Les responsables politiques de diverses agences et travaillant à différents niveaux (international, national, régional et local) ont été pressés d'augmenter les investissements en santé et de prendre en considération l'impact de leurs décisions sur la santé.

En 1991, la 3<sup>e</sup> Conférence internationale de Promotion de la Santé à Sundsvall, en Suède, portait sur la création de milieux favorables. Elle est arrivée à un moment particulièrement important puisqu'elle procurait aux professionnels de santé du monde entier la première occasion de réfléchir à la manière dont les environnements – qu'ils soient physiques, sociaux, économiques ou politiques – pouvaient être organisés pour être plus favorables à la santé. Conflits armés, croissance rapide de la population, alimentation inadaptée, manque de moyens d'autodétermination, et dégradation des ressources naturelles figuraient parmi les influences environnementales identifiées dans le cadre de la conférence comme négatives pour la santé. La *Déclaration de Sundsvall sur les Milieux favorables à la Santé* a souligné l'importance du développement durable et la nécessité d'une action sociale au niveau communautaire, s'appuyant sur la population comme force motrice de développement. Cette déclaration et le rapport issu de la rencontre ont été présentés au Sommet de la Terre qui a eu lieu à Rio en 1992, et ont contribué au développement de l'Agenda 21.

La 4<sup>e</sup> Conférence internationale sur la Promotion de la Santé, qui s'est tenue en 1997 à Jakarta, en Indonésie, a examiné l'impact de la Charte d'Ottawa et a engagé de nouveaux acteurs à relever les défis mondiaux. C'était la première des quatre Conférences internationales de Promotion de la Santé à avoir lieu dans un pays en voie de développement, et la première à impliquer de façon active le secteur privé. Les preuves présentées ont montré que les stratégies de promotion de la santé peuvent contribuer à améliorer la santé et à prévenir les maladies, à la fois dans les pays développés et

1. Rédacteur en chef, *Health Promotion International* ; Professeur en Développement de la Santé et Doyen de la Faculté des Sciences sanitaires, médicales, infirmières et comportementales de l'Université Deakin, à Melbourne, en Australie. Correspondance à adresser à : jcatford@deakin.edu.au

dans les pays en voie de développement. Cinq priorités ont été identifiées dans la *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au 21<sup>e</sup> siècle*. Elles ont été ensuite confirmées en mai 1998, par la Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la Promotion de la Santé (WHA 51.12).

En dépit de tous les progrès et les développements réalisés en promotion de la santé durant la décennie précédente, deux difficultés importantes subsistaient. La première était de démontrer et de communiquer plus largement aux pays en voie de développement que les politiques et les pratiques de promotion de la santé peuvent avoir un impact sur la santé et la qualité de vie ; la seconde, plus importante encore, qu'agir en promotion de la santé peut permettre d'atteindre une plus grande équité en santé et de diminuer l'écart entre les groupes de population. En réponse, la 5<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la Promotion de la Santé à Mexico, en 2000, s'est intéressée principalement aux inégalités de santé à la fois entre les pays et à l'intérieur même de leurs frontières. La *Déclaration ministérielle de Mexico pour la Promotion de la Santé : des idées à l'action* a affirmé la contribution des stratégies de promotion de la santé en appui aux actions locales, nationales et internationales en faveur de la santé. Elle s'est également engagée à établir des plans d'action à l'échelle nationale pour suivre les progrès réalisés en intégrant des stratégies qui promeuvent la santé dans les politiques et les planifications nationales et locales.

Avec l'arrivée du nouveau millénaire, il est devenu alors de plus en plus évident que le monde était en train de changer d'une manière fondamentale et que cela concernait aussi notre compréhension des déterminants de la santé. Des opportunités et des défis sont apparus que l'on n'avait pas imaginés en 1986, comme l'internet, le projet du génome humain, le changement climatique, le terrorisme, le changement géopolitique, la dette du Tiers Monde, et bien entendu, la mondialisation des personnes, de l'argent, des produits et des services. Les efforts consistent désormais à connecter les influences mondiales avec la vie de tous les jours et de les gérer de notre mieux.

Dans ce contexte, la 6<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la Promotion de la Santé a été organisée en 2005 à Bangkok, et a été structurée autour de quatre thématiques : le nouveau contexte ; une mondialisation respectueuse de la santé ; le partenariat ; et le développement durable. Les participants ont réexaminé et réaffirmé fortement les cinq champs d'action originels d'Ottawa, mais ont trouvé également que le développement des capacités pour promouvoir la santé va au-delà

du développement communautaire et des compétences ; cela inclut aussi les politiques mondiales et locales, les partenariats et les alliances, les systèmes d'information et de financement, ainsi que des considérations commerciales. À travers la *Charte de Bangkok pour la Promotion de la Santé à l'heure de la Mondialisation*, quatre nouveaux engagements ont été pris : faire de la promotion de la santé (i) le centre de l'action mondiale en faveur du développement, (ii) une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public, (iii) un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile, et (iv) une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises.

Au cours des deux décennies qui se sont écoulées depuis la Conférence et la Charte d'Ottawa, de nombreux et divers changements ont eu lieu en termes de réflexion, politiques et d'action pour une meilleure santé au niveau local, national et international. Mais on distingue cependant très nettement un fil conducteur qui nous ramène à cette rencontre de libres penseurs issus de cinquante pays différents, qui ont développé et affirmé une série de principes et d'actions constituant le cadre du système de valeurs et de pratique de la promotion de la santé. Beaucoup de choses ont été réalisées depuis et de nombreuses autres restent encore à faire ; mais quels que soient les points faibles et les incompréhensions qui ont pu persister, la Conférence d'Ottawa et sa Charte ont été un pivot, un « point de basculement » dans le développement de la santé mondiale. Ottawa 1986 a été le lien entre les réussites passées des réformes de santé publique et les aspirations du nouveau mouvement de la promotion de la santé. Cette Charte a déterminé et continuera à déterminer le destin du monde en matière de santé.

# Créer des milieux favorables à la santé – 20 ans après

Trevor Hancock<sup>1</sup>

Cet article est dédié à la mémoire de Ron Draper, la force motrice, avec Ilona Kickbusch, de la Charte d'Ottawa. J'ai tant appris d'eux et je leur dois tant.

Il y a vingt ans de cela, j'ai rédigé et présenté l'article « Créer des milieux favorables à la santé » pour la conférence qui a donné naissance à la Charte d'Ottawa. Aujourd'hui, lorsque je regarde en arrière, je suis impressionné par ce que cet article – tout comme la Charte – ont dit mais aussi par ce qu'ils n'ont pas dit. Mon papier, de même que les discussions lors de la conférence qui furent plus tard reflétés dans la Charte, proposaient une approche très large du concept « d'environnement ». Mon article abordait non seulement l'environnement physique mais aussi l'environnement social (en particulier dans le cadre du travail et des loisirs) et l'environnement économique, en faisant référence particulièrement aux limites de l'économie conventionnelle, et la nécessité d'« une économie qui prenne en compte la santé ». Dans ma conclusion, je soulignais qu'« une discussion sur l'environnement physique et social et leur influence sur la santé nous amène inévitablement à des questions de théorie économique, à parler de l'ordre économique international, du développement durable et de la survie de la planète ».

Cette approche holistique a été reflétée dans la Charte, qui observait que « le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé », tandis que la section sur la création de milieux favorables à la santé parlait de changer les modes de travail et de loisirs, les conditions de vie, l'utilisation de l'énergie et l'urbanisation. Pour ma part, cependant, j'ai centré mon article sur l'environnement physique – partant du fait que « les autres ateliers et thèmes principaux de la conférence étaient presque tous concernés par l'environnement social » – et en particulier par le changement environnemental à l'échelle mondiale, et ses impacts sur la santé, tout en reconnaissant la nécessité de l'action locale, en particulier telle qu'elle a été caractérisée par le projet Ville en Santé de l'OMS, alors tout nouveau. Dans la Charte elle-même, pour la première fois dans un document de l'OMS (et quelques mois avant le rapport de Brundtland sur le développement durable – CMED, 1987), un écosystème stable et des ressources durables étaient retenus comme

des conditions préalables (déterminants) à la santé, et on notait que « la protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles devaient être abordées dans toute stratégie de promotion de la santé. »

Qu'est ce que je changerais aujourd'hui ? Tout d'abord, à la lumière des preuves irréfutables du réchauffement planétaire (IPCC, 2001) et de déclarations telles que « Le taux actuel de déclin des capacités de production à long terme des écosystèmes pourrait avoir des implications dévastatrices pour le développement humain et le bien-être de toutes les espèces » (Institut des Ressources mondiales, 2000) – je renforcerais les déclarations sur les changements du monde, en liant explicitement la santé humaine à la santé des écosystèmes (il est intéressant de noter que la toute récente Charte de Bangkok est bien moins spécifique sur ces défis planétaires). Les changements de l'environnement à l'échelle de la planète, avec le changement climatique et atmosphérique, la diminution des ressources, l'écotoxicité, la destruction de l'habitat et l'extinction des espèces, constituent une ultime menace pour la santé : d'autres civilisations ont été anéanties avant la notre (Diamond, 2004), et il n'y a aucune raison de croire que nous sommes à l'abri de cette éventualité.

Deuxièmement, j'insisterais beaucoup plus sur l'environnement construit. Nous n'avons pas accordé suffisamment d'attention au fait que dans le monde développé – et de plus en plus dans le monde moins développé – nous passons 90 % de notre temps à l'intérieur (Leech, 1996) et nous sommes urbanisés à 80 % (nous avons dépassé la limite des 50 % à l'échelle mondiale). L'environnement construit est donc le principal environnement – on pourrait presque dire naturel – humain. La façon dont nous concevons, construisons et utilisons nos lieux de vie construits – maisons, écoles, lieux de travail, hôpitaux, quartiers, villes – est d'une importance capitale pour la santé, et a aussi un profond impact sur l'environnement naturel.

Troisièmement, le concept de capital social (Putnam, 1993) et ses relations avec la santé, qui ne représentait pas une part significative de l'agenda de la promotion de la santé de la population en 1986, est bien plus important aujourd'hui. Néanmoins, je crois également que notre approche actuelle du capital social, centré sur la cohésion sociale

et les réseaux sociaux – ce que j'appelle le capital social 'informel' – est trop étroite et doit être élargie pour inclure au moins deux autres formes de capital social. En premier lieu, le capital social « formel » – le système des institutions et des programmes sociaux comme l'éducation, les services sociaux, l'assistance sociale, l'assurance chômage, les soins de santé, les pensions aux handicapés et aux retraités, et bien d'autres – que nous avons construit tout au long du siècle dernier, voire depuis plus longtemps encore, dans de nombreux pays à travers le monde. Ce sont là des investissements qui contribuent à la santé et au bien-être des populations dans leur ensemble, et en particulier des membres les plus vulnérables de la population. En second lieu, et plus profond encore, il y a ce que j'appelle notre capital social « invisible » – l'infrastructure légale, politique et constitutionnelle qui sous-tend nos sociétés et nos communautés et, au travers des Nations Unies, notre monde. Nous avons développé cette forme de capital social pendant des centaines, voire des milliers d'années, et là où il est mis en place et valorisé, il nous permet de vivre en paix et de façon civilisée ; en revanche, là où il est absent ou ignoré, la vie, la santé et la sécurité sont menacées. La promotion de la santé doit veiller davantage à créer et à maintenir ces deux autres formes de capital social à l'avenir.

En fin de compte, même si nous sommes d'une certaine manière plus proches d'une nouvelle économie basée sur le bien-être humain, il nous reste encore un long chemin à parcourir. L'investissement éthique et le Triple Résultat (ou « Triple Bottom Line » : bénéfiques environnementaux, sociaux et économiques) sont des étapes dans la bonne direction, mais nous devons aller bien plus loin encore. Premièrement, la promotion de la santé doit insister pour que la priorité soit mise sur le développement humain (dont la santé est une composante), en reconnaissant que « le développement humain ainsi que la réalisation du potentiel humain nécessitent une forme d'activité économique qui soit durable au niveau environnemental et social, pour cette génération et celles à venir » (ACSP, 1992). Deuxièmement, si le développement humain doit être au centre de nos préoccupations pour un développement durable, nous devons élargir le Triple Résultat pour obtenir un résultat quadruple, incluant le développement humain. En effet, comme

1. Consultant en Promotion de la Santé, 494 Ker Ave, Victoria, BC V9A 2B7, Canada. Correspondance à adresser à : Greendoc@telus.net

## Vers une nouvelle santé publique

Ilona Kickbusch<sup>1</sup>

j'ai pu le constater ailleurs (Hancock, 2001), les vrais capitalistes du 21<sup>e</sup> siècle seront ceux qui pourront simultanément développer les quatre formes de capital – le capital naturel, social, humain et économique. Ce faisant, ils promouvoir la santé ; aussi nous devons, en tant que promoteurs de santé, encourager et soutenir cette nouvelle approche d'économie pour un développement humain durable.

### Références

- Association canadienne de Santé publique (1992) *Santé humaine et de l'écosystème*. Ottawa, ACSP
- Diamond, Jared (2004) *Collapse: How Societies Choose to Fail or Succeed* New York: Viking Books
- Hancock, Trevor (2001) « People, Partnerships and Human Progress: Building Community Capital » *Health Promotion International* 16(3):275 - 280
- Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat (2001) *Bilan 2001 des changements climatiques : Rapport de synthèse*. Genève : GIEC/Organisation météorologique mondiale
- Leech, J. A. et al (1996) « Enquête sur les profils d'activité humaine au Canada : description de la méthodologie et de la population étudiée » *Maladies chroniques au Canada* 17 : 118-123
- Putnam, Robert (1993) *Making Democracy Work* Princeton: Princeton University Press
- Commission mondiale de l'Environnement et du Développement (1987) *Notre avenir commun*. New York, Oxford University Press
- Institut des Ressources mondiales (2000) *Ressources mondiales 2000-2001 : les hommes et les écosystèmes - La toile de vie se délite*. New York, Oxford : Oxford University Press

La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, adoptée en novembre 1986 par la conférence internationale de l'OMS à Ottawa, au Canada (1,2), possède un sous-titre souvent oublié : *vers une nouvelle santé publique*. Ceux d'entre nous qui ont participé à la rédaction de la Charte étaient passionnés par ce lien. Nous avons le sentiment que beaucoup des grandes traditions de santé publique établies au 19<sup>e</sup> siècle avaient été éclipsées par les stratégies médicales ou par une focalisation sur les comportements individuels. Il y en avait certains qui disaient même que la santé publique était morte – nous nous sommes vivement opposés à cela. Nous pensions au contraire qu'elle avait un grand avenir devant elle.

Nous avons et je suis fière de le dire un grand sens de l'histoire. En construisant la Charte, on s'est appuyé sur de nombreuses sources, et en particulier les travaux de Thomas McKeown. (3). On s'est inspiré de ses résultats, en revenant sans cesse à la même question « *Qu'est-ce qui crée vraiment la santé ?* » On voulait à nouveau porter l'attention sur la santé de la population et en faisant cela, fournir un cadre de référence sur la manière d'aborder le « défi sanitaire » du 20<sup>e</sup> siècle, les « *modes de vie favorables à la santé* ». Ce n'est pas par hasard que le lancement de la revue « *Health Promotion* » (rebaptisée par la suite *Health Promotion International*) ait eu lieu dans un pub appelé le « *John Snow* », à Soho, à Londres, ni qu'il comportât une visite devant la réplique de la célèbre 'Broad Street Pump'. (Nous n'avions pas le choix d'un 'Bierstube' Rudolf Virchow ni d'un bistrot Renée Villermé.)

Ce n'est pas non plus par accident que le premier projet de lieux de vie promoteurs de santé ait été celui des « Villes en Santé » et que Liverpool, patrie d'un autre grand pionnier de la santé publique, le Dr. William Henry Duncan, ait accueilli le premier centre de coordination des villes en santé. À l'origine, c'est dans les villes que sont apparus les premiers grands succès de la santé publique : « *Les villes étaient autrefois les victimes les plus vulnérables et les plus dévastées par la maladie, mais elles sont devenues aujourd'hui de grandes conquérantes de la maladie* », écrit Jane Jacobs dans son classique sur les villes américaines (4). Les villes, nous en avons le sentiment, avaient besoin de revenir au centre des préoccupations comme une solution possible – notre souci majeur était l'environnement social et les nouveaux types de pollution. « *Pensez*

*mondial - agissez local* » était le slogan du jour et le mouvement des Villes en Santé s'est répandu à travers le monde – mais il a fallu l'apparition d'une maladie infectieuse dans une ville non loin d'Ottawa pour attirer à nouveau l'attention des politiques sur la santé publique urbaine, désormais avec un nouveau rebondissement mondial.

La Charte a établi que « *la santé est créée dans le contexte de la vie de tous les jours : là où l'on vit, où l'on aime, où l'on travaille et où l'on joue* » et a introduit une compréhension très active et très interactive de la santé. Notre « *Broad Street Pump* » a consisté en l'interface entre cinq stratégies essentielles de l'action de santé publique : l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables, l'acquisition d'aptitudes individuelles, le renforcement de l'action communautaire et la réorientation des services de santé (1). L'objectif de la promotion de la santé – pour nous – était de combiner une approche des déterminants sociaux (la vieille santé publique) avec un engagement envers l'*empowerment* individuel et collectif (la nouvelle santé publique). Nombreux parmi nous avaient pris part au mouvement de la santé des femmes, certains faisaient partie du mouvement écologique émergent ; pour d'autres, le mouvement de la « *gay pride* » était une force motrice pour comprendre la nouvelle santé publique – cette nouvelle santé publique qui faisait partie de nos vies. La prise en compte des milieux de vie (« *settings approach* ») fut considérée comme une nouvelle stratégie de santé publique pour faire avancer cet agenda. Encore aujourd'hui, je maintiens qu'elle n'a pas été suffisamment exploitée.

C'est pourquoi j'ai eu beaucoup de plaisir à entendre la récente 'Harveian Oratio' donnée par ce grand pionnier de la santé publique du 20<sup>e</sup> siècle, Sir Michael Marmot. Lui aussi considère que ces deux facteurs – l'environnement social et l'*empowerment* – sont les clés de tout progrès en matière de santé (5). Il se réfère au travail de l'économiste du développement, Amartya Sen, pour affirmer que : « *si on ne répond pas aux besoins humains fondamentaux d'autonomie, d'empowerment et de liberté, on crée les causes potentielles de mauvaise santé.* » Mais même cette idée essentielle ignore un élément vraiment central : la santé décrite dans la Charte n'était plus caractérisée comme « *un complet état de bien-être* », comme c'est le cas dans la Cons-

1. Institut universitaire de hautes études internationales, Genève. Correspondance à adresser à : kickbusch@bluewin.ch



## Charte d'Ottawa : réflexions des antipodes

John Raeburn<sup>1</sup>

titution de l'OMS, ni comprise seulement comme le résultat de l'impact des déterminants de la santé, mais qu'elle était considérée comme une ressource pour vivre – elle devenait un « *input* ». Lester Breslow, le grand épidémiologiste, est à mes yeux l'un des rares à l'avoir compris pleinement. Ainsi, il a affirmé que la Charte d'Ottawa, avec sa perception de la santé, constituait la troisième révolution de la santé publique (6). Je dois avouer que j'ai été très fier et profondément touché quand j'ai lu cela.

Mais où est cette révolution ? S'est-elle vraiment produite ? Dans une certaine mesure, elle a lieu de façon assez silencieuse mais persistante. Dans un autre contexte, j'ai parlé de la promotion de la santé comme d'un rhizome qui prend racine, s'étend, et finit par s'imposer (7). Bien sûr, il est plus important que les idées se répandent et soient acceptées plutôt que leur source soit mentionnée, même si je suis souvent amené à me dire « *Mais nous avons dit cela il y a des années, dans la Charte...* » (ce qui est frustrant). La génération qui a élaboré la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé s'est mise à classer ce qu'il faut prendre en compte pour aborder la santé publique dans les sociétés modernes, non seulement au 20<sup>e</sup> siècle, mais plus encore dans la société du 21<sup>e</sup> siècle (8). Je maintiens encore que ce document était vraiment en avance sur son temps et que son importance et son potentiel n'ont pas encore été pleinement reconnus. Lorsque je donne un cours ou une conférence, je dois constamment me rappeler que beaucoup de mes étudiants qui n'étaient pas encore à l'école primaire lorsque nous nous sommes réunis à Ottawa, durant ces froides journées de novembre 1986. L'avenir de la Charte d'Ottawa repose entre leurs mains – à mon avis, on attend encore son avènement.

### Références

- Breslow L. (1999) *From disease prevention to health promotion*. JAMA, 281 : 1030-1033.
- Kickbusch I. (2003) The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *AJPH*, Vol.93, No.3 : 383-388.
- Kickbusch I. (2006) "Health promotion – not a tree but a rhizome." In O'Neill, M., Pederson, A., Dupere, S., & I. Rootman. (Eds.). *Health promotion in Canada : critical perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press.
- Kickbusch I. (2007) "Health Governance: The Health Society" in McQueen D., Kickbusch I. *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. Springer.
- Jacobs, J. (1969) *The Life and Death of American Cities*. New York: Random House.
- Marmot M. (2006) *Health in an unequal world – social circumstances, biology and disease*. HARVEIAN ORATION, 18. October 2006. <http://www.rcplondon.ac.uk/event/details.aspx?e=312>
- McKeown T. (1980) *The Role of Medicine*. Princeton, Princeton University Press.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986) In: *Health Promotion*, Vol. 1: iii-v.

Si j'ai participé à la Conférence d'Ottawa, c'est parce que j'avais quitté la Nouvelle Zélande (NZ) pour passer une année sabbatique à la Direction de la Promotion de la Santé, à Ottawa, devenue alors la Mecque mondiale de la promotion de la santé (PS). Ce fut une expérience grisante, avec l'inoubliable Ron Draper et d'autres stars de la promotion de la santé, comme Irv Rootman et Lavada Pinder. J'étais vraiment passionné et stimulé par tout ce qui se passait dans le cadre des préparatifs de la conférence. En même temps, ma propre sensibilité m'amenait, et m'amène toujours, à m'intéresser surtout à la dimension communautaire et humaine de la PS, or je pressentais alors un élan croissant vers ce qui me semblait être la 'bureaucratization de la PS' – où les politiques plus que les personnes allaient dominer. Il était évident également que la préoccupation, prévalente en Amérique du Nord, des modes de vie en PS, du fait du Rapport Lalonde, était en butte aux critiques.

Le processus directif de la conférence elle-même n'a pas beaucoup aidé à dissiper les soupçons qui planaient selon lesquels 'les gens' (dans ce cas précis, les participants) n'allaient pas avoir grand-chose à dire sur la future PS. Larry Peters (l'autre représentant de la NZ) et moi-même avons écrit à notre retour un article sur la conférence pour une revue néo-zélandaise de santé publique (Raeburn et Peters, 1987), dont je cite des passages plus bas. (Traduction libre des citations).

Les cinq jours de la conférence nous sont apparus comme 'un évènement bien dominé par l'OMS', et 'dont l'ordre du jour avait été établi par l'Organisation Mondiale de la Santé'. Partant de cette réalité, nous étions assez perplexes sur le fait que la conférence soit presque entièrement axée sur les pays industrialisés, avec seulement une poignée de pays en voie de développement présents. Le but était ostensiblement 'd'échanger des expériences et de partager des savoirs au sujet de la promotion de la santé', même si la plupart des participants sentaient que les principaux concepts, ainsi que la structure de la conférence, avaient été réglés à l'avance par l'OMS, et ne laissaient pas beaucoup de place au débat. Jusqu'au dernier jour, aucune mention n'avait été faite qu'une Charte allait être produite ! Nous avons passé la majeure partie de notre temps dans un même sous-groupe, en ateliers organisés autour de cinq thèmes qui s'avèrent par la suite être les champs d'action décrits par

la Charte d'Ottawa (CO). (Comme on pouvait s'y attendre, j'étais dans l'atelier intitulé « Renforcer les Communautés »).

Dans ces ateliers, plusieurs thèmes communs apparaissaient régulièrement. Le plus important était probablement celui lié aux relations entre populations/communautés et professionnels/bureaucraties, ces derniers étant considérés comme contrôlant inévitablement les ressources de la PS et la prise de décision dans ce domaine. Assurément, sur les projets mentionnés par les 38 pays participants, peu étaient vraiment susceptibles de donner la possibilité de faire. Un autre thème récurrent était celui de l'équité, et de la nécessité d'une approche qui facilite la participation, l'autonomie, l'acquisition de capacités, de moyens et de pouvoir, et qui donne d'abord à ceux qui en ont le plus besoin.

Nous avons observé qu'au début de la semaine, la conférence semblait « manquer d'âme ». Mais au fil des jours, « nous eûmes le sentiment profond que les choses s'agençaient, pour former un réel consensus ». Cependant, lorsque nous apprîmes, le dernier jour, qu'une « Charte » allait être produite à l'issue de la conférence, cela provoqua une vive colère – car nous pensions que le « but réel » de cette conférence nous avait été caché, et nous n'avions pas eu la possibilité de discuter du document en question. L'ébauche préliminaire proposée par l'OMS provoqua une insatisfaction intense. En guise de concession, les délégués purent, sur l'heure du déjeuner, remettre en main propre aux organisateurs leurs modifications par écrit. (Personnellement, j'avais écrit une phrase entière qui fut intégrée ensuite au document final). Ce fut un processus extraordinaire. Je suis néanmoins heureux de pouvoir témoigner que lorsqu'Illona Kickbusch lut le document final lors de la séance plénière de clôture, comme par miracle, les modifications apportées suscitérent l'approbation générale, et de longs applaudissements pleins d'émotion s'ensuivirent. Comme le dit un délégué, « le vilain petit canard était devenu un cygne magnifique ». Et l'on entendit un autre dire que c'était 'peut-être l'évènement le plus important de l'histoire de la santé'.

Quelle influence a donc eu ce 'beau cygne' dans le monde ? D'un point de vue néo-zélandais, nous étions mûres pour un modèle cohérent de PS. J'ai parcouru le pays avec enthousiasme pour promouvoir la CO auprès des Conseils de Santé locaux, et la plupart d'entre eux pour ne pas dire tous,

1. Université d'Auckland, Nouvelle Zélande. Correspondance à adresser à : École de Santé de la Population, Université d'Auckland, PB 92019 Auckland, Nouvelle Zélande. ([jm.raeburn@xtra.co.nz](mailto:jm.raeburn@xtra.co.nz))

ont fait de la CO leur document de PS de référence. Jusqu'à ce jour, le Ministre de la Santé continue à inclure la CO dans la plupart de ses documents de santé publique, parallèlement au Traité de Waitangi, un document relatif aux droits constitutionnels des Maoris. Tous nos étudiants en PS et en santé publique reçoivent une bonne dose de CO. Larry, qui fut le premier directeur du Forum néo-zélandais de Promotion de la Santé, réalisa le même travail de promotion auprès des nombreuses ONGs qui composaient en grande partie le Forum. En bref, la CO a vite été assimilée en Nouvelle-Zélande par les promoteurs de santé et les acteurs de la santé publique en général, et les Canadiens disent parfois que nous en faisons plus qu'eux lorsqu'il s'agit de la CO.

Au niveau international, c'est plus difficile à estimer, mais il semble bien que la plupart des gouvernements dans le monde acceptent aujourd'hui la nécessité de la PS, et que celle-ci soit perçue à travers l'optique de la CO. Cependant, les limites de la CO par rapport à la situation mondiale actuelle ont été mises en évidence par le récent processus d'élaboration de la Charte de Bangkok, auquel j'ai également participé, et au cours duquel la CO a été réaffirmée comme le document fondamental de la PS, mais où sont apparus aussi ses nombreux manques par rapport à la réalité du 21<sup>e</sup> siècle.

Personnellement, même si je soutiens fortement la CO, je continue à penser qu'elle a eu pour effet de trop insister sur les aspects dirigistes politiques de la PS au détriment de ceux davantage liés à l'humain et à l'« empowerment ». Son éloignement relatif de la vie quotidienne, et sa nature diffuse, font qu'elle n'a pas eu dans le cœur et l'esprit des personnes ordinaires le retentissement qu'elle aurait dû avoir. Elle n'a pas amené non plus les personnes à avoir un meilleur contrôle de leur santé. Pour ma part, il s'agit davantage d'un ensemble de valeurs et d'une liste d'actions à entreprendre que d'une déclaration cohérente sur une PS efficace et favorisant l'« empowerment ». Mais il ne fait aucun doute qu'elle a contribué à inscrire la PS à l'ordre du jour politique mondial, et à promouvoir le concept des déterminants sociaux, au sens le plus large, qui sous-tendent les considérations de la santé de la population. Sans elle, nous n'en serions pas là. Mais il est maintenant temps de passer à une vision nouvelle et cohérente de la PS qui engage vraiment les personnes et leurs communautés d'une manière participative et « empowering ».

## Référence

Raeburn, J.M. & Peters, L. (1987) "The first international conference on health promotion: a New Zealand perspective." *Health Review* vol. 6, no. 4, pp. 24-27.

## Ottawa 1986 revisité

Hans Saan<sup>1</sup>

C'est inévitable ; il s'agit d'une histoire personnelle, puisque j'étais engagé et présent lors de cette fameuse conférence d'Ottawa qui donna naissance à la Charte du même nom. Dans cet article, je voudrais revenir sur cet événement, le remettre en contexte, et raconter comment j'ai repris les valeurs intégrées dans la Charte pour aider les Pays-Bas à passer de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé. Enfin, je voudrais vous faire part de ce qui, à mon sens, a rendu cette Charte si influente.

1986 a été une année chargée. Le Département de la Santé préparait un premier document important de politique générale sur la prévention et la santé, et mes contacts au sein de ce département m'avaient permis d'y prendre part. Ce document comportait deux parties, la première portait sur ce que nous appelons aujourd'hui la promotion de la santé ; la deuxième sur la restructuration des services de santé. Les idées sur la politique de promotion de la santé avaient été débattues lors d'une conférence nationale, mais avec peu de suivi. Un rapport lié à la seconde partie du document, sur le service de santé en tant que système orienté marché, avait en revanche reçu plus d'attention, et nous avons mis des années avant de parvenir à détourner l'attention portée aux services vers la santé elle-même.

Le second événement important pour moi, cette année-là, fut le lancement d'un projet sur l'efficacité de l'éducation pour la santé. Nous avons essayé d'examiner et de synthétiser ce que nous savions sur les programmes de qualité, et avons découvert que les travaux de recherche disponibles ne nous permettaient pas encore de tirer des conclusions très claires. Bien sûr, nous avons interprété la plupart des résultats comme prometteurs, mais sur notre liste de souhaits, à la fin du rapport de ce projet, figuraient des changements de pratiques, de politique et de recherche.

Le troisième événement fut la Conférence d'Ottawa. J'avais rejoint l'équipe virtuelle d'Iлона Kickbusch en 1982, et avait présidé en 1984 une conférence où certains des sujets devant être abordés à Ottawa avaient été pré-testés. C'est là la première caractéristique de la Charte d'Ottawa : il s'agissait du résultat final d'une série bien orchestrée de rencontres, de publications et d'événements, ainsi que le point de départ de nombreuses autres choses plus grandes encore. Un court document intitulé

« Concepts et Principes de la Promotion de la Santé » alimenta le débat, et ce qui est remarquable, c'est que les incertitudes et les doutes à propos de la promotion de la santé étaient parfaitement reconnus. Tout cela a préparé le terrain pour la Charte : même si la nature des objectifs et des processus que nous envisageons n'est pas simple, on peut le faire..

La Charte est un iceberg : ses deux pages ne sont que la partie visible d'une série d'idées et de valeurs plus compliquées. J'en ai tiré trois enseignements qui ont depuis lors déterminé mon travail. Premièrement : l'approche salutogénique m'a appris à faire beaucoup plus confiance au positif, aux capacités des personnes, et à voir au-delà d'une prévention axée sur la maladie. La seconde leçon que j'en ai tirée a été l'élargissement des déterminants de la santé en y incluant les facteurs politiques ; pas seulement la politique des partis au parlement, mais aussi à la façon dont le capitalisme modèle notre société et crée la division entre riches et pauvres. J'ai appris à rechercher ce que nous appelons aujourd'hui « les causes derrière les causes ».

Enfin, cela m'a permis de réaliser à quel point nous avions des œillères en éducation pour la santé : nous n'avions pas tout faux, nous étions juste limités dans notre ambition. Si nous voulons que les gens nous rejoignent pour développer la santé, nous devons nous intéresser à la façon dont leur histoire, leurs opportunités et leurs préférences sont déterminées, autrement que par leur seule psychologie individuelle, mais bien aussi par la pression de l'entourage et les forces économiques et politiques qui déterminent leurs conditions de vie.

À notre retour d'Ottawa, aucune foule ne se pressait à l'aéroport de Schiphol pour tenter de nous arracher le premier tirage de la Charte d'Ottawa. Celle-ci avait en effet très peu attiré l'attention aux Pays-Bas, en partie parce que certaines des idées clés avaient déjà été intégrées dans le document de politique générale mentionné, et par ailleurs parce que les publications de l'OMS n'avaient pas du tout le statut attendu par l'Organisation.

Nous sommes parvenus, peu de temps après la conférence, à organiser une conférence nationale pour lancer le mouvement des villes en santé, qui a aujourd'hui perdu ses caractéristiques de mouvement pour passer au stade de l'institutionnalisation :

1. Consultant en Promotion de la Santé, Pays-Bas. Correspondance à adresser à : hans.saan@hccnet.nl

tous les gouvernements locaux doivent produire une politique de santé et les responsables politiques locaux et nationaux prennent la promotion de la santé très au sérieux. La promotion de la santé et la santé publique en général gagnent tout doucement une plus grande reconnaissance ; mais les investissements pour soutenir les belles paroles tardent à suivre.

La perspective salutogénique, les facteurs politiques et l'importance du contexte avaient cependant encore besoin d'un petit coup de pouce pour gagner l'attention. L'essor des moyens de communication a renforcé la confiance traditionnelle dans les processus éducatifs et informatifs. De nos jours, la dernière intervention en date dispose de son site Web, tout comme l'utilisation de brochures, de vidéos, de cd-rom a été à un moment donné la panacée. Ainsi, à l'époque qui a suivi la conférence d'Ottawa, mon travail a consisté à plaider en faveur des idées et des valeurs de la Promotion de la Santé. J'ai été rejoint en cela par un autre participant d'Ottawa : Willy de Haes. Ensemble, nous avons observé la manière dont l'expansion de l'épidémiologie clinique gagnait plus d'influence, ainsi que la manière dont les critères pour la politique et la recherche étaient dictés par un modèle axé sur la maladie et la culpabilisation, et voué aux essais randomisés. Convaincus par les principes d'Ottawa, nous avons organisé ensemble une série de quatre conférences sur la recherche appropriée à la promotion de la santé. Dans les modèles que nous avons développés, suite à ces conférences, nous avons formulé et modélisé les principes d'Ottawa, en fonction des tendances et du moment. Le leadership en promotion de la santé nécessite de pouvoir changer de couleurs, tel un caméléon.

Qu'est-ce qui a donc rendu la Charte si influente ? A mon sens, elle a su surfer sur la vague du moment, et mettre des mots sur un sentiment alors encore confus qu'un changement était nécessaire. Elle a été bien préparée, et la conférence elle-même a mobilisé un grand nombre de pionniers qui ont fait pencher la balance. Le suivi a renforcé les messages clés : en tant que vétéran des cinq conférences d'Adélaïde, de Sundsvall, de Jakarta, de Mexico et de Bangkok, j'ai pu constater à quel point de nouveaux concepts, comme la mondialisation et l'émergence des nouvelles technologies, comme l'Internet et la téléphonie mobile, ont donné une impulsion nouvelle aux objectifs et aux moyens envisagés dans la Charte, mais en essence, les idées ont survécu ces 20 années.

En ce qui me concerne, cependant, c'est ce sentiment d'appartenance à une famille qui m'a rendu fier de faire partie de la bande. La Charte d'Ottawa a donné à mon

travail un sens de cohérence ; le merveilleux groupe de personnes que j'ai rencontré au cours de ces années m'a donné un fort sentiment d'appartenance et comme nous le savons tous, ces deux éléments sont essentiels à une bonne santé. Aussi, si vous ne l'avez pas encore fait, et dans l'intérêt de votre propre santé, vous feriez bien de rejoindre le mouvement.

# Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »

Valéry Ridde<sup>1</sup>, Anne Guichard<sup>2</sup> et David Houéto<sup>3</sup>

**Résumé :** Les auteurs tentent de montrer que la Charte d'Ottawa de 1986 n'a pas été suffisamment perçue ces 20 dernières années, y compris par ceux qui s'y réfèrent, comme un instrument stratégique pour orienter les interventions en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, si certaines politiques publiques de santé mettent l'accent sur la diminution des inégalités sociales de santé, seule la Charte d'Ottawa nous semble disposer du statut d'une déclaration internationale à cet effet. Les inégalités sociales de santé sont les différences de santé systématiques, évitables et injustes qui perdurent entre des individus et des sous-groupes de la population. Quatre exemples tirés du champ de la promotion de la santé servent à montrer que l'oubli de lutter contre les inégalités sociales de santé n'est pas l'apanage de ceux qui se réclament de la santé publique. Mais agir contre les inégalités sociales de santé n'est pas intervenir contre la pauvreté. De plus, intervenir selon le principe de l'égalité des chances, l'idéologie de la méritocratie, ou uniquement en faveur de l'ensemble de la population sans se préoccuper des sous-groupes n'a pour effet, dans le meilleur des cas, que de reproduire les inégalités. Bien que les données probantes ne soient pas suffisantes, il existe des études qui montrent que la réduction des inégalités sociales de santé n'est pas une aporie. Trois pistes sont avancées pour expliquer cette mise à l'écart des inégalités sociales de santé par les acteurs de la promotion de la santé. La Charte d'Ottawa a eu le mérite de mettre l'accent sur la lutte contre les inégalités sociales de santé. Maintenant, au-delà des déclarations, du cadre stratégique que la Charte fournit et en accord avec la Charte de Bangkok, il nous faut faire preuve de volontarisme. Nous suggérons quelques priorités pour l'avenir dont la responsabilité du plaidoyer devrait incomber à l'UIPES. (*Promotion & Education*, 2007, Supplément (2) : pp 44-47)

**Mots clefs :** Charte d'Ottawa, UIPES, Politiques publiques

English article on page 12. Resumen en español en la página 63.

## MOTS RÉSUMÉS

- Dans la perspective de réduction des inégalités sociales de santé, la Charte d'Ottawa apparaît moins comme un outil de planification que comme un cadre stratégique utile pour orienter les interventions.
- Si l'égalité des chances pour contre-carrer les inégalités sociales de santé n'est pas la voie, préconisons plutôt « l'égalité équitable des chances » afin que personne ne soit désavantagé dans sa capacité à atteindre son plein potentiel de santé.
- Nous avons besoin de générer des connaissances et d'évaluer nos actions pour faire la démonstration de leur efficacité à réduire les inégalités de santé.

Il est aujourd'hui quasiment impossible d'assister à une conférence qui se rapporte au domaine de la santé sans que la problématique des inégalités sociales de santé ne figure au programme. La 19<sup>e</sup> conférence mondiale de promotion et d'éducation à la santé de Vancouver n'y fera pas exception. Mais cette conférence se démarquera des autres puisqu'elle se propose de célébrer le 20<sup>e</sup> anniversaire de la Charte d'Ottawa, déclaration constitutive du champ de la Promotion de santé (PS). À cette occasion, il nous a été demandé de réfléchir à la manière dont la Charte a influencé le développement de la PS à l'égard de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Par inégalités sociales de santé, nous entendons les différences de santé systématiques, évitables et injustes qui perdurent entre des individus et des sous-groupes de la population. Autant prévenir le lecteur immédiatement : notre point de vue sera assurément critique mais en aucun cas pessimiste. Nous suggérons, en conclusion, des recommandations opérationnelles pour l'avenir, à propos desquelles l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES) devrait avoir un rôle de plaidoyer à jouer.

Nous nous proposons en effet de montrer que la Charte n'a pas été suffisamment perçue ces 20 dernières années, y compris

par ceux qui s'y réfèrent, comme un instrument stratégique pour orienter les interventions en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé. Nous le ferons en suggérant que les promoteurs de la santé, dont selon nous une des tâches primordiales est de lutter contre ces inégalités sociales de santé, pourraient mieux s'en acquitter s'ils oeuvraient, selon l'expression de Rawls (2004), à « l'égalité équitable des chances ». Car finalement, la révolution annoncée par la Charte n'a pas eu lieu (Robertson & Minkler, 1994).

## La Charte d'Ottawa et les inégalités sociales de santé

En effet, on annonçait quasiment une révolution en écrivant dans la Charte en 1986 que « la promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé » (OMS, 1986). Les rédacteurs souhaitaient « combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et [...] lutter contre les inégalités produites dans ce domaine » (OMS, 1986). Cet objectif était aussi inscrit dans le rapport Epp relatif à la PS rédigé par le gouvernement canadien en 1986 (Epp, 1986). Dans l'un des documents produits par l'OMS Europe, à l'occasion des réflexions préalables à la conférence d'Ottawa, on stipulait aussi clairement que la réduction des inégalités était un objectif à part entière de la PS (Kickbusch, 1986). Si

1. Ph.D., Unité de Santé Internationale, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada. Correspondance adressée à : 3875 Saint Urbain St., Montreal, QC, Canada, H2W 1V1 (valery.ridde@umontreal.ca)

2. Ph.D., Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Saint-Denis, France

3. MD, Ph.D. (cand.), Université Catholique de Louvain, École de santé publique, Bruxelles, Belgique

(Cet article a été commandé aux auteurs le 24 octobre, 2006. Après révision par les pairs, il a été accepté pour publication le 12 mars 2007.)



certaines politiques publiques de santé conçues à l'échelle d'une région ou d'un pays (e.g. OMS Europe, Angleterre, Suède) mettent l'accent sur la diminution des inégalités sociales de santé, seule la Charte d'Ottawa nous semble disposer du statut d'une déclaration internationale à cet effet. « *C'était le premier et, jusqu'à maintenant, c'est encore le seul document qui établit un agenda pour la santé* » (Kickbush, 2006). De surcroît, agir dans le but de réduire les écarts de santé constitue, selon nous, le trait distinctif de la PS comparativement aux actions se référant à la santé publique ou à la santé communautaire (Ridde, 2007b). L'émergence d'une pratique sanitaire désireuse de changement social pour lutter contre les inégalités de santé étaient donc d'ores et déjà constatée et formalisée à Ottawa en 1986.

Cependant, agir pour atteindre cette égalité<sup>1</sup> annoncée dans la Charte est délicat. D'abord, le document ne décrit pas précisément les actions à accomplir. Les prolongements opérationnels se sont fait attendre et les forces stratégiques de cette déclaration sont peut-être devenues, sans le vouloir, ses faiblesses. Nous croyons néanmoins que la Charte est moins un outil de planification qu'un cadre stratégique utile pour orienter les interventions. Ensuite, parler d'égalité a parfois pour effet de paralyser les intervenants tant l'objectif peut paraître inaccessible, voire utopique. Il reflétait certainement l'air du temps de la fin des années 1980. De nos jours, les définitions de l'équité en santé ont abandonné, à tort ou à raison, cette ultime égalité, la substituant à l'atteinte du meilleur état de santé possible pour chaque individu (Braveman, 2006 ; Whitehead & Dahlgren, 2006).

### La justice distributive et le gradient social

Au-delà des interprétations possibles de la lecture de la Charte, l'exercice qui consiste à vouloir tendre vers plus d'égalité<sup>1</sup> est aussi difficile qu'audacieux puisqu'il implique la mise en œuvre d'un processus d'équité. Or, le concept d'équité est un terme polysémique, proche de celui de la justice sociale, l'un des principes fondateurs de la Charte. Lorsque les principes de justice sociale et d'équité font défaut dans une société, des inégalités sociales se produisent, dont les retentissements vont s'exprimer à travers un état de santé différencié entre les individus. Nous épargnons au lecteur la démonstration chiffrée de ces différences, tant les données à cet égard sont nombreuses et incontestées à l'échelle de la planète (Acheson, 1998 ; Braveman & Tarimo, 2002 ; Mackenbach, 2005). Mais pour que cette différence soit comprise comme une injustice à laquelle il faut remé-

dier, un jugement de valeur doit être posé. Et, ce jugement n'est pas univoque.

Les universitaires débattent souvent de la signification des termes « inégalités », « différences » et « disparité »<sup>2</sup>. Le manque de consensus sur l'emploi de ces termes apporte assurément de la confusion pour les intervenants. Fondamentalement, il faut retenir de ces débats les enjeux posés selon que ces disparités soient comprises comme des différences (non évitables) ou comme des inégalités (évitables et injustes). Ces enjeux de différenciation conceptuelle ont été soulevés par de nombreux auteurs tant aux USA, qu'en Angleterre (Exworthy, Bindman, Davies, & Washington, 2006), en France (Fassin, Aiach, & Philippe, 1996) ou au Burkina Faso (Ridde, 2006). Par exemple, en ce qui a trait au terme de « disparités », certains pensent que son usage aux USA dénote une perception des différences comme étant d'origine raciale/ethnique voire « culturelle » (Braveman, 2006 ; Exworthy et al., 2006), alors que d'autres (Carter-Pokras & Baquet, 2002) affirment que ce n'est pas le cas, tel que semble le montrer la politique « Healthy People 2010 » (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). En Angleterre, le gouvernement Tory des années 1990 n'était pas favorable à l'usage du terme « Inequalities », rendant ainsi difficile toute action gouvernementale. Le choix délibéré du *Chief Medical Officer* de le substituer par le mot « disparities » a permis aux débats de reprendre (Kelleher, 2007). Selon nous, il demeure que le choix des mots est sous-tendu par la reconnaissance des valeurs de justice qu'ils évoquent.

Aussi, comme dans le cas « des maladies de Dieu » (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999), les différences peuvent être perçues comme « naturelles », ne pouvant être imputées à personne puisqu'elles sont la résultante du destin ou de la fatalité. Le jugement est alors perçu comme étant « objectif » et on ne tentera pas d'intervenir. Les inégalités, en revanche, impliquent un jugement de valeur qui repose sur des principes de justice distributive selon lesquels les disparités de santé résultent d'un processus subtil et complexe d'inégalités socialement construites. De ce point de vue, elles sont évitables, du moins corrigibles, et surtout perçues comme injustes.

C'est à cette dernière vision que la Charte d'Ottawa se rattache, tournant résolument le dos à la vision naturaliste des inégalités de santé qui a longuement prévalu à la suite de Jean-Jacques Rousseau. Or, l'incorporation des inégalités dans les corps (Fassin, 1996) est l'aboutissement d'un mécanisme sophistiqué et cumulatif d'inégalités sociales (Aiach, 2004) dont l'existence se traduit dans ce qu'on appelle le

gradient social<sup>3</sup> des états de santé (Acheson, 1998 ; Evans, Barer, & Marmor, 1994 ; Marmot, 2005). La fameuse étude de Whitehall conduite en Angleterre dans les années 1970 auprès de fonctionnaires a clairement montré que même au sein d'une catégorie *a priori* considérée comme privilégiée, il existe une gradation des taux de mortalité et de morbidité entre les fonctionnaires situés en bas de la hiérarchie et ceux qui occupent une position supérieure (Marmot, Shipley, & Rose, 1984).

Agir selon le principe de l'égalité des chances enracinée dans l'idéologie de la méritocratie (Dubet, 2006) ou uniquement contre la pauvreté ne saurait suffire à résorber un phénomène qui affecte l'ensemble du spectre social. En procédant de la sorte, on intervient à la marge laissant de côté des pans entiers de la population concernée. On sait aujourd'hui qu'intervenir selon le principe de l'égalité des chances n'a, dans le meilleur des cas, pour effet, que de reproduire les inégalités ; ce qui a été mis au jour il y a quarante ans dans le domaine de l'éducation par les français Bourdieu et Passeron ou l'américain Becker.

Ces notions ardues sont aussi subtiles que délicates à expliquer. Les universitaires peinent parfois à les rendre plus accessibles, tout comme les traducteurs de la Charte peuvent s'y perdre. La version française de la Charte affirme que la PS vise « l'égalité en matière de santé » tandis que la version anglaise parle de : « *equity in health* » ([www.euro-who.int](http://www.euro-who.int)), ce qui est assez différent comme nous venons de le dire. Tout cela témoigne sans doute, d'une part, de la permanence de l'invisibilité des inégalités sociales de santé dans le débat politique, et d'autre part, de l'immobilisme actuel des intervenants. L'impénétrabilité du problème conjugué à son invisibilité incitent ainsi les acteurs à privilégier une approche centrée sur la lutte contre la précarité et la pauvreté. Si l'égalité des chances pour contrecarrer les inégalités sociales de santé n'est pas la voie, préconisons plutôt « l'égalité équitable des chances »<sup>4</sup> (Rawls, 2004, p.93) afin que personne ne soit désavantagé dans sa capacité à atteindre son plein potentiel de santé (Whitehead & Dahlgren, 2006)<sup>5</sup>.

### L'oubli de la promotion de la santé

Malgré cette dissidence épistolaire et cette profession de foi de la Charte d'Ottawa en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé, force est de reconnaître que les promoteurs de la santé n'ont pas tout à fait agi de manière différente que leurs collègues hygiénistes, médecins ou épidémiologistes. Mais cette sclérose n'est pas l'apanage de ceux qui se réclament de

la santé publique. Même certains acteurs pourfendeurs des visions biomédicales des pratiques sanitaires et n'agissant qu'en référence à la Charte d'Ottawa, semblent amnésiques des engagements de 1986. Prenons quatre exemples.

Premièrement, étudions la manière dont la PS est définie par ses experts. Dans les 13 définitions repérées depuis 1920 par Rootman et ses collègues (2001), aucune n'a assigné à la PS l'objectif ultime de réduire les inégalités de santé. Il s'agit toujours, soit de maintenir l'état de santé, soit de l'améliorer, mais jamais de réduire les écarts entre les sous-groupes de la population. Cela n'est pas surprenant puisque même les deux éditions du glossaire de l'OMS (1986 et 1998) définissant la PS, puis sa mise à jour en 2006, n'attribuent pas non plus à la PS ce juste objectif. L'oubli des inégalités est toujours présent dans la récente définition de la PS au Canada et au Québec (O'Neill & Stirling, 2006).

Deuxièmement, on pourrait objecter que ces définitions sont un peu surannées et que l'ère de la globalisation a sonné. C'est justement en vertu de cette interdépendance et interconnexion du monde que l'OMS a justifié la formulation d'une nouvelle Charte lors de sa conférence à Bangkok en 2005. Or, bien qu'il soit demandé, dans la version finale de la Charte, aux gouvernements de « *s'attaquer d'urgence... aux inégalités en matière de santé* » (OMS, 2005a), cela n'était pas à l'origine prévu par les rédacteurs du document, ni abordé par ceux qui ont formulé le cadre d'analyse de la conférence<sup>6</sup>. Dans les premières versions, rien n'était dit des inégalités de santé (OMS, 2005b), il aura fallu une critique dans les forums préalables de cet état de fait (Arwidson, 2005) pour que la lutte contre les inégalités sociales de santé apparaisse.

Troisièmement, il nous faut examiner les récentes entreprises pour rendre compte de l'efficacité de la PS. En phase avec les valeurs utilitaristes de certains responsables de projets de santé publique qui adoptent l'équation « efficacité *ergo* équité » et des approches de planification fondées sur le rapport coût-efficacité (de Savigny, Kasale, Mbuya, & Reid, 2004 ; Ridde, 2007a), nombre d'actions en la matière oublient la problématique des inégalités sociales de santé. Par exemple, les actes du colloque de Paris sur l'efficacité en PS ne mentionnent pas la question de l'équité (IUHPE, 2004). Or, il nous semble qu'une action de PS ne peut être qualifiée d'efficace si elle n'a pas été en mesure de résorber les différences face à la mort ou la maladie.

Prenons un dernier exemple, compris comme le parangon de l'amnésie, circonscrit là où la PS ne peut pas être prétendue

absente : le Canada et le Québec. Plusieurs ont démontré la mise à l'écart des inégalités de santé dans les politiques publiques canadiennes (Raphaël, 2006, 2004 ; Williamson, Milligan, Kwan, Frankish, & Ratner, 2003). De même au Québec, les responsables du programme national de santé publique 2003-2012 ont négligé de formuler des objectifs visant la réduction des inégalités de santé (Ridde, 2004), ce que des analyses récentes ont pareillement omis d'interroger (St-Pierre & Richard, 2006). En novembre 2006, le ministère de la santé et des services sociaux dévoilait son plan d'action pour lutter contre les problèmes reliés au poids (Ministère de la santé et des services sociaux, 2006). Pas une fois le terme « inégalité » n'est mentionné dans ce plan et aucun des objectifs à atteindre ne cible la réduction des écarts entre sous-groupes de la population. On sait pourtant, à tout le moins en France, que les inégalités de prévalence de l'obésité se sont accrues ces dix dernières années au détriment des moins diplômés, des ouvriers ou de ceux qui ont un niveau de vie le plus faible (de Saint Pol, 2007).

### Il est pourtant possible d'agir

Au minimum, la volonté d'agir doit se concrétiser par la formulation de politiques publiques ayant pour objectif de réduire les inégalités de santé. Et pourtant, fin 2005, seuls sept pays européens (sur 22 étudiés) s'étaient dotés de cibles quantifiées de réduction des inégalités de santé (Judge, Platt, Costongs, & Jurczak, 2005). Évidemment, la planification et la mise en œuvre sont deux processus différents, parfois concomitants. Mais si la lutte contre les inégalités ne figure pas dans les plans, il y a alors fort peu de chances qu'elle soit mise en œuvre.

Maintenant, il faut bien dire que l'on ne sait pas encore tout à fait comment s'y prendre, que l'on dispose de très peu de données pour concevoir les pratiques. Il existe cependant un certain nombre d'études qui montrent que la réduction des inégalités sociales de santé n'est pas une aporie, bien que la majorité des actions ciblent encore préférentiellement les déterminants individuels par rapport aux déterminants structurels (Crombie, Irvine, Elliott, & Wallace, 2005 ; Raphael, Bryant, & Rioux, 2006 ; Ridde, 2003). Par exemple, en poursuivant ses politiques sociales, la Finlande, tout comme la Suède, a réussi à empêcher que son niveau déjà très bas d'inégalités de santé ne se détériore, malgré une forte récession économique apparue en 1994 (Lahelma, Keskimäki, & Rahkonen, 2002). Dans un quartier pauvre de Barcelone, un programme destiné aux femmes enceintes et à leurs enfants a été efficace pour réduire

les écarts entre ce quartier et le reste de la ville (Borrell, Villalbi, Diez, Brugal, & Benach, 2002). En Afrique, on a montré que la réorientation des services de santé préconisée par la PS et organisée dans les années 1980 avait des effets bénéfiques sur la santé des populations (Dugbatey, 1999).

À l'inverse, de nombreuses études montrent que les programmes qui ne se fixent pas pour objectif la réduction des inégalités sociales de santé en agissant uniquement auprès de la population générale produisent presque toujours des effets contre-productifs. Les campagnes de lutte contre le tabagisme menées auprès de la population dans son ensemble ont eu pour effet d'accroître les inégalités entre les sous-groupes de la population (Barbeau, Krieger, & Soobader, 2004). En outre, on connaît bien aujourd'hui les répercussions de la diminution du tabagisme dans les pays les plus riches sur les pays les plus pauvres, vers lesquels se sont tournées les compagnies de tabac. Au Brésil, les interventions de santé publique destinées aux enfants ont d'abord profité aux familles qui en avaient le moins besoin. Cela a permis aux auteurs de confirmer leur « inverse equity hypothesis » selon laquelle les nouvelles interventions ont tendance à accroître les inégalités car elles profitent d'abord à ceux qui sont déjà en meilleure santé (Victora, Vaughan, Barros, Silva, & Tomasi, 2000).

### Mais que s'est-il passé ?

Comment donc expliquer cette mise à l'écart des inégalités sociales de santé par les acteurs de la PS ? Formulons quelques pistes.

La première est liée au manque de données probantes. Les recherches sont rares, souvent concentrées dans quelques pays et presque uniquement diffusées en anglais. La transdisciplinarité nécessaire à de telles recherches n'est pas au rendez-vous. Les évaluations des actions sont rares et elles ne s'interrogent qu'exceptionnellement sur l'équité. Et lorsque les données probantes existent, les processus de partage des connaissances et de passage de la recherche à l'action ne s'opèrent que difficilement. Les praticiens ne disposent pas des outils utiles et nécessaires pour agir. Ce sujet n'est quasiment pas évoqué dans leur formation.

La deuxième piste concerne la difficulté de la PS et de son discours à faire sa place dans le paysage sanitaire de certains contextes (Dupéré et al., 2007). En Afrique par exemple, les responsables politiques connaissent Alma-Ata mais pas Ottawa. Peu de formations spécifiques à la PS sont offertes sur le continent (Gnahoui-David, Houéto, & Nyamwaya, 2005 ; Nyamwaya, 2005).

En dernier lieu, même dans les pays où

la PS a trouvé sa place, l'allocation budgétaire est restée dérisoire, ce qui peut expliquer, en partie du moins, le reproche souvent adressé aux experts en PS d'être des spécialistes de la rhétorique et non de la pratique. Pourtant, les systèmes de soins qui absorbent toujours l'essentiel des budgets restent incapables d'enrayer les inégalités sociales de santé. Même lorsque, de manière exceptionnelle, l'utilisation du système de santé est équitable – les pauvres utilisent plus les services que les riches car ils sont plus malades – les inégalités de santé perdurent (Roos, Brownell, & Menec, 2005).

### Propositions pour l'avenir

La préoccupation et la mobilisation des acteurs de PS dans la lutte contre les inégalités sociales de santé sont pourtant manifestes sur le terrain. Cependant, ces actions sont encore trop éparpillées, peu fondées sur les connaissances scientifiques disponibles et rarement évaluées au regard de leurs effets différenciés sur les sous-groupes de la population. Il faut assurément mieux documenter ces pratiques, les faire émerger de l'ombre et les décrypter afin d'en tirer des leçons pour les améliorer. La Charte d'Ottawa a eu le mérite de mettre l'accent sur la lutte contre les inégalités sociales de santé. Maintenant, au-delà des déclarations, du cadre stratégique que la Charte fournit et en accord avec la Charte de Bangkok, il nous faut faire preuve de volontarisme. Nous avons besoin de générer des connaissances et d'évaluer nos actions pour faire la démonstration de leur efficacité à réduire les écarts de santé. Le projet européen « *Closing the gap: strategies for action to tackle health inequalities* » est intéressant de ce point de vue (<http://www.health-inequalities.org>).

Un effort incommensurable doit encore être fourni pour « *combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés* » (OMS, 1986) pour reprendre l'annonce de la Charte d'Ottawa. La PS gagnera assurément en légitimité, si elle suit cette voie, car elle a « *besoin de réaffirmer sa propre identité à l'extérieur du paradigme de la santé de la population* » (Raeburn & Rootman, 2006, p.29). Mais pour cela, elle doit s'en donner les moyens. Aussi, suggérons quelques priorités pour l'avenir dont la responsabilité du plaidoyer devrait assurément incomber à l'UIPES :

- Que toutes les politiques, programmes et actions de PS se fixent le double objectif d'améliorer la santé des populations ET de réduire les inégalités sociales de santé ;
- Que l'on poursuive le travail d'intégration théorique entre les déterminants sociaux de la santé et leur mode d'action sur les

inégalités sociales de santé ;

- Que chaque pays instaure un programme national de recherche-action en vue de produire des connaissances adaptées aux réalités locales et scientifiquement rigoureuses sur la manière d'agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé ;
- Que ces connaissances soient partagées dans plusieurs langues et diffusées largement ;
- Que des outils d'aide à l'action dans le champ des inégalités sociales de santé soient conçus à partir de ces connaissances ;
- Que l'on introduise de manière systématique dans les formations en PS un apprentissage relatif aux inégalités sociales de santé ;
- Que l'on forme et sensibilise les responsables politiques, les cadres administratifs ainsi que les acteurs non gouvernementaux aux concepts et aux actions de la lutte contre les inégalités sociales de santé ;
- Que l'on donne les moyens aux acteurs de PS d'appliquer de manière concomitante les cinq stratégies de la Charte d'Ottawa.

### Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement Sophie Dupéré et Daniel Campeau pour leurs commentaires d'une version préliminaire de cet article ainsi que les deux évaluateurs. Valéry Ridde dispose d'une bourse de recherche de l'initiative de recherche en santé mondiale des Instituts de Recherche en Santé du Canada (FGH-81585).

### Références

Voir page 15.

### Notes

1. La version française de la Charte affirme que la PS vise « *l'égalité en matière de santé* » tandis que la version anglaise parle de : « *equity in health* » ([www.euro-who.int](http://www.euro-who.int)). Voir le reste de l'article pour la discussion à ce sujet.
2. On ne parlera pas ici du terme « iniquité » qui est rarement employé en français dans les écrits sur les inégalités sociales de santé, mais il traduit bien l'injustice des disparités de santé. Le terme « inequity » semble aussi rarement employé aux USA. En Angleterre on a aussi employé le terme de « variation » à la place d'inégalité dans les années 1990.
3. Pour un document de vulgarisation scientifique sur le gradient social et les déterminants sociaux de la santé, voir (Wilkinson & Marmot, 2003).
4. Pour confirmer la difficulté d'évoquer simplement ces concepts, Promotion Santé Suisse use maladroitement du terme « égalité des chances » dans un récent document. En y regardant de plus près, la définition de ce concept est finalement proche de celle de Rawls et de notre proposition puisqu'ils affirment que « *L'égalité des chances [...] postule le droit à une répartition équitable et juste des biens et des chances* (p.7) » (Lamprecht, König, Stamm, L&S Sozialforschung, & Beratung AG, 2006).

5. On ne reprend pas ici le principe de la différence de Rawls voulant que l'on agisse prioritairement pour les plus désavantagés, mais on cherche plutôt, reprenant les critiques de Rawls par Mooney (1999), à trouver une juste solution non pas seulement pour les plus désavantagés, mais pour tout le monde et à tous les niveaux. Dans son ouvrage de 2004, Rawls précise bien que « *l'égalité équitable des chances a priorité sur le principe de différence* » (p.70). Adopter une politique de charité et d'assistance est évidemment différent (et plus facile ?) qu'organiser une remise en cause des fondements d'une société injuste par des politiques de justice sociale.
6. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/framework/en/index.html>

# Le « message de Montréal » : la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est encore utile pour la pratique de la santé publique d'aujourd'hui<sup>1</sup>

Michel O'Neill<sup>2,3</sup>, Sophie Dupéré<sup>2,3,5</sup>, Evelyne Pedneault<sup>4</sup>, Kadija Perreault<sup>5</sup>, Mathieu Forster<sup>6</sup>, Nancy Roberge<sup>7</sup>, Pascal Parent<sup>7</sup> and Robert Perreault<sup>8</sup>

Ce texte constitue le premier, à l'intérieur d'une sous-série de la série *Ottawa 1986 - Vancouver 2007 : devrait-on réviser la Charte d'Ottawa ?* de RHP&EO, permettant aux participant-es de continuer à prendre la parole sur l'ensemble des enjeux qui ont été soulevés lors d'un symposium tenu le 25 octobre 2006, dans le cadre des 10<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique du Québec (JASP, 2006). Ce symposium regroupait au-delà de 1200 participant-es provenant du Québec, du reste du Canada et d'une douzaine d'autres pays et posait la question : la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est-elle encore utile pour la pratique de la santé publique d'aujourd'hui ? À la fin de la journée, lorsque le vote final sur cette question a été pris auprès des centaines de personnes encore présentes, le « message de Montréal » était clair : à plus de 70 %, la réponse était oui ! Le but du présent texte est d'explorer de façon un peu plus détaillée la signification de ce message, notamment afin d'alimenter la réflexion en prévision de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l'UIPES de Vancouver en juin 2007 <<http://iuhpeconference.org/>>.

Trois autres textes sont prévus pour introduire cette sous-série : un, décrivant les processus particuliers qui ont guidé la planification et la réalisation de la journée ; un, approfondissant les grands thèmes qui ont émergé tout au long de la journée ; et, finalement, un texte portant sur le travail de création et de performance théâtrale qui a fait partie intégrante de la journée. Par la suite, celles des contributions soumises par les participant-es à la journée qui auront été acceptées par un comité de pairs mis en place spécialement pour la sous-série, seront mises en ligne de manière à participer aux travaux préalables à la conférence de Vancouver.

## L'intention de la journée : faire réfléchir les participants et les inviter à prendre la parole

Le symposium sur la Charte d'Ottawa a été conçu par un comité scientifique d'une douzaine de personnes provenant de divers horizons (voir JASP, 2006, pour les détails) sous la responsabilité conjointe de M. O'Neill et S. Dupéré, à partir des consignes générales des JASP pour la réalisation de leurs symposiums de formation continue. Il s'est déroulé d'abord en grande plénière, en s'attardant au passé (depuis 1986), au présent et au futur de la santé publique, puis en cinq sous plénières qui se sont penchées sur les stratégies de la Charte. Les participant-es se sont ensuite répartis en 20 ateliers concomitants, abordant diverses formes de pratiques, pour enfin se réunir à nouveau en plénière de conclusion. Sous la forme d'un « Droit de parole », en interaction avec la salle, cette plénière a permis de confronter les propos des participant-es, véhiculés par la troupe de théâtre « Mise au jeu » (N. Roberge et P. Parent), à ceux de neuf « grands témoins » provenant de milieux très diversifiés, le tout se terminant par un vote final.

Conçue principalement par deux membres du comité scientifique (S. Dupéré et E. Pedneault), une démarche sophistiquée impliquant une trentaine d'étudiant-es bénévoles a été déployée afin d'alimenter « Mise au jeu » et l'animateur du « Droit de parole » (R. Perreault). Les points de vue des participant-es ont été recueillis par des mécanismes tels que des vox pop, une prise de note systématique dans chacune des activités, une murale et des photographies, puis synthétisés par deux « grands rapporteurs » (M. Forster et K. Perreault). Un petit déjeuner avec des auteures d'ouvrages récents de même qu'une certaine de communications affichées et une exposition intitulée « Objet : pauvreté » fournissaient aussi matière à réflexion.

## Les principaux enjeux ayant émergé au cours de la journée

Parmi les enjeux recueillis grâce aux processus décrits ci-dessus, deux nous semblent importants à souligner ici.

### La Charte d'Ottawa : utile, utilisable, utilisée ?

Si la vaste majorité des personnes présentes au symposium a jugé la Charte d'Ottawa encore utile aujourd'hui, il convient de s'interroger sur la signification de cette utilité. Les participant-es ont fourni une multitude de réponses à cet effet, laissant à première vue croire que chacun s'approprie le contenu de la Charte à sa façon. Des constantes se retrouvent toutefois dans les propos recueillis. Pour plusieurs, la Charte d'Ottawa constitue un document de base en promotion de la santé ou en santé publique, lequel servirait de guide à la recherche, à l'intervention ou à la formation. La Charte a ainsi été désignée par d'hétéroclites appellations : cadre de référence ; philosophie ; regroupement d'idées, d'orientations, de directions ; grandes lignes ; vision ; manifeste ; voire même... bible ! Quelques personnes seulement ont explicitement décrit la Charte d'Ottawa comme outil d'intervention directement utilisable, celle-ci étant donc davantage perçue comme un instrument conceptuel ou théorique. Plusieurs ont d'ailleurs mentionné ne pas s'en servir dans leur travail quotidien.

La Charte, dont l'utilité conceptuelle semblait incontestable pour les participant-es, souffrirait ainsi d'un certain manque d'application. Les raisons évoquées pour expliquer ce manque résideraient dans une difficulté à traduire concrètement la Charte dans la pratique, ainsi que dans une faible volonté politique, à tous les niveaux, de la mettre en œuvre. Ces enjeux ont été évoqués notamment lors de la plénière d'ouverture de la journée : aux enthousiastes années qui ont suivi la pro-

1. Une première version de ce texte a été publiée dans les *Reviews for Health Promotion and Health Education Online* (RHP&EO) au <http://www.rhpeo.org/reviews/2006/6/index.htm>.

2. Faculté des Sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada. Correspondance à adresser à Michel O'Neill : [Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca](mailto:Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca).

3. Équipe éditoriale RHP&EO ([www.rhpeo.org](http://www.rhpeo.org))

4. Faculté de droit, Université Laval, Québec ; Collectif pour un Québec sans pauvreté, Québec.

5. Programme interfacultaire de doctorat en santé communautaire, Université Laval, Québec.

6. Faculté de médecine, Université Laval, Québec.

7. Troupe *Mise au jeu*, Montréal.

8. Université McGill, et Direction de Santé publique de Montréal Centre.



mulgation de la Charte en 1986 ont succédé, selon les conférenciers, des temps bien plus moroses. Aujourd'hui, son application serait-elle majoritairement confinée au développement d'occasionnels projets pilotes plutôt que d'inspirer ou d'influencer véritablement les politiques publiques ? La Charte ne pourrait-elle pas, par exemple, constituer un rempart qui protégerait la société contre la mise en place de politiques inappropriées et contre des décisions gouvernementales mal avisées, davantage issues de considérations électorales ? L'esprit de la Charte s'opposerait ainsi au soudain désengagement du Canada vis-à-vis du Protocole de Kyoto, exemple soulevé au courant de la journée comme étant un effet direct de l'accession au pouvoir à Ottawa d'un parti néolibéral.

### La Charte d'Ottawa toujours à jour ?

Par ailleurs, la Charte d'Ottawa est-elle encore actuelle, malgré l'ampleur des changements observés durant les deux dernières décennies en ce qui a trait, par exemple, aux relations internationales, aux conditions environnementales et à la santé mondiale ? Plusieurs des participants-es à la journée ont souligné que la Charte constituait toujours un document à jour, d'où son utilité perçue. Cependant, la nécessité de tenir compte des enjeux liés à la mondialisation et le manque de reconnaissance des besoins des populations, notamment dans les pays en développement, sont parmi les arguments défendus par certain-es qui pensaient que la Charte mérite d'être révisée.

Le modèle proposé par la Charte n'aurait donc pas encore atteint son plein potentiel social et politique, son impact réel se faisant toujours attendre. Du haut de ses 20 ans, elle ne semble néanmoins nullement faire figure de fossile théorique desséché par le soleil de paradigmes plus récents ou plus innovateurs.

### Conclusion : le « message de Montréal », un feu de paille ?

Contrairement à beaucoup des discussions qui ont eu cours autour de la Charte de Bangkok, et qui laissaient souvent entrevoir une certaine désuétude de la Charte d'Ottawa (RHPEO, 2005, 2006 ; Van Steenberghe et St-Amand, 2006), les participants-es au symposium de Montréal semblent donc y voir encore une utilité certaine quoique peu facile à mettre en pratique. Au cours des jours qui ont suivi le symposium d'ailleurs, dans un colloque sur l'exclusion sociale tenu à Québec et dans l'allocution du ministre québécois de la Santé et des Services sociaux prononcée à Ste-Adèle pour souligner les vingt ans du Réseau québécois des Villes en villages en santé, la Charte d'Ottawa a été explicitement évo-

quée. Ces évocations sont-elles simplement conjoncturelles, ou reflètent-elles une robustesse réelle de la Charte et sa capacité à avoir formulé d'une manière particulièrement efficace des enjeux encore non résolus après 20 ans qui demeurent encore au cœur des préoccupations de la santé publique d'aujourd'hui ? C'est ce que la conférence de Vancouver continuera à explorer, en juin 2007.

---

### Références

- JASP (2006) ; Programme des 10<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique, Montréal, <http://www.inspq.qc.ca/jasp/programme/2006/default.asp>
- RHPEO (2005, 2006) ; Série « Ottawa 1986-Vancouver 2007 : devrait-on réviser la Charte d'Ottawa ? », *Reviews of Health Promotion & Education Online*, <<http://www.rhpeo.org>>.
- Van Steenberghe, É. et St-Amand, D. (dirs.) (2006) ; La charte de Bangkok ? Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ? Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), 94 p.
-

### La Charte d'Ottawa a-t-elle joué un rôle dans les efforts d'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé ?

L. Evans et al., p. 28

La Charte d'Ottawa ne mentionne pas explicitement le rôle que devraient jouer les données probantes dans le soutien du développement de la promotion de la santé, ni ne discute des méthodes ou des recommandations disponibles pour évaluer l'efficacité des programmes et des politiques de promotion de la santé. Les auteurs de cet article émettent l'idée selon laquelle la Charte d'Ottawa n'a pas fait des données probantes et de l'efficacité des priorités, lesquelles ont donc peu attiré l'attention au début du développement des pratiques de promotion de la santé. Cet article réfléchit quant aux diverses implications d'un effort destiné à évaluer l'efficacité de la promotion de la santé bien après la diffusion de la Charte d'Ottawa ; examine les progrès réalisés dans ce domaine depuis la Charte ; et met les lecteurs au défi de poursuivre leur propres observations des difficultés qui subsistent, en préparation de la 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de l'UIPES, dont l'un des thèmes clés sera « l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé ».

### Revitaliser la base des données probantes pour la santé publique : un modèle axé sur les atouts

A. Morgan et E. Ziglio, p. 17

Historiquement, les approches traditionnelles de promotion de la santé de la population ont été axées sur un modèle basé sur les manques. C'est-à-dire qu'elles tendent à se concentrer sur l'identification des problèmes et des besoins des populations nécessitant des ressources professionnelles et des niveaux élevés de dépendance par rapport aux services hospitaliers et sociaux. Ces modèles basés sur les déficits sont importants et nécessaires pour pouvoir déterminer quels sont les besoins et les priorités, mais ils comportent cependant certains inconvénients. Ils tendent à définir les communautés et les individus en termes négatifs, négligeant ce qui est positif et ce qui fonctionne bien dans certaines populations particulières. En revanche, les modèles basés sur les atouts tendent à mettre en évidence les capacités positives pour identifier les problèmes et pour mettre en œuvre des solutions, ce qui favorise l'estime de soi chez les individus et les communautés, et aboutit à une plus grande autonomie par rapport aux services professionnels.

Une grande partie des données disponibles quant aux approches les plus efficaces pour promouvoir la santé et lutter contre les inégalités de santé, sensées permettre aux responsables politiques de prendre des décisions éclairées, repose sur un modèle basé sur le déficit et débouche donc de façon disproportionnée sur des politiques et des pratiques qui privent les populations et les communautés supposées en bénéficier de leur autonomie et de leurs capacités à se prendre en charge. Une approche de la santé et du développement basée sur les atouts comprend la notion de produire de la santé, et encourage par là même la pleine participation des communautés locales dans le processus de développement de la santé.

Le modèle basé sur les atouts qui nous est présenté ici vise à revitaliser la façon dont les décideurs, les chercheurs et les praticiens pensent et agissent, pour promouvoir une approche plus riche afin de lutter contre les inégalités de santé. Ce modèle met en avant une approche systématique pour une santé publique basée sur les atouts, capable de produire des preuves scientifiques et des pratiques exemplaires qui montrent comment maximiser l'utilisation de l'ensemble des atouts fondamentaux nécessaires à la promotion de la santé. Le fait de rétablir l'équilibre entre les modèles basés sur les atouts et ceux basés sur les manques pour une santé publique basée sur les données probantes pourrait nous aider à faire tomber certaines des barrières qui nous empêchent d'agir efficacement sur les inégalités de santé.

### Permettre la transformation des systèmes de santé : Quels progrès ont été réalisés dans la réorientation des services de santé ?

M. Wise et D. Nutbeam, p. 23

La Charte d'Ottawa a eu une influence remarquable en guidant le développement des objectifs et des concepts de la promotion de la santé, et en déterminant les pratiques mondiales de santé publique de ces 20 dernières années. Cependant, sur les cinq champs d'action identifiés par la Charte, il apparaît qu'on ait accordé peu d'attention systématique au défi que représente la réorientation des services de santé, et que les progrès dans la pratique sont loin d'avoir atteint un niveau optimal.

La réorientation des services de santé telle qu'elle est proposée dans la Charte d'Ottawa avait pour but d'atteindre un meilleur équilibre des investissements entre prévention et traitement, et de se centrer sur les résultats de santé de la population tout entière tout autant que sur ceux des personnes prises individuellement.

Cependant, on a peu d'éléments qui prouvent que la réorientation des services de santé se soit faite en ces termes de façon systématique où que ce soit dans le monde. Et cela en dépit du fait qu'on ait toutes les preuves directes qu'il faille effectivement réorienter les services de santé, et des bénéfices potentiels qui pourraient en découler. L'éducation du patient, les soins préventifs (dépistage, vaccination), et les changements organisationnels et environnementaux effectués par les organismes de santé ont tous démontré leur impact positif sur la santé et l'environnement. Néanmoins, les preuves d'efficacité n'ont pas été suffisantes en elles-mêmes pour influencer les préférences communautaires et les décisions politiques.

Ce manque de progrès met en avant la nécessité de repenser complètement les approches que nous avons adoptées jusqu'à présent. Cet article propose plusieurs manières de le faire. En particulier, travailler effectivement en partenariat avec les communautés que nous voulons servir, pour mobiliser les soutiens qui peuvent favoriser le changement et les renforcer en travaillant tout aussi effectivement à influencer une opinion publique plus large à travers les médias. L'engagement actif des personnels soignants est également retenu comme essentiel pour parvenir à des changements durables. Enfin, nous reconnaissons qu'en travaillant en partenariat avec des organisations aux aspirations semblables, l'UIPES a pu mettre en œuvre son expérience et ses connaissances conséquentes pour contribuer à la transformation des systèmes de santé, et à l'amélioration de la santé publique.

### Améliorer l'efficacité de l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé

M. B. Mittelmark et al., p. 33

Ces dernières années, nous avons pu célébrer le succès de nombreuses initiatives de l'UIPES, mais ces succès nous rappellent aussi qu'il nous reste encore des défis à relever. Le Programme mondial sur l'Efficacité de la Promotion de la Santé nous offre un exemple et un modèle de la manière dont l'UIPES peut effectivement prendre part dans des réseaux mondiaux pour la santé et en animer certains. La recherche en promotion de la santé est bien organisée et productive dans la majeure partie de l'hémisphère nord, mais des sources importantes de connaissances et de savoirs en promotion de la santé dans l'hémisphère sud ne sont pas encore suffisamment diffusées. L'UIPES doit libérer ces producteurs de savoirs, où qu'ils soient, de structures inutiles, et trouver des moyens novateurs de mettre au jour les connaissances disponibles de façon à ce qu'elles soient visibles par tous. Nous avons développé une série de technologies dont l'efficacité a été prouvée, comme la promotion de la santé basée sur les lieux de vie. Cependant, la grande majorité des communautés reste hors d'atteinte, et l'UIPES doit tenir son rôle de leader dans le domaine et s'attacher à trouver les moyens de mieux diffuser les pratiques efficaces de promotion de la santé. L'UIPES plaide vigoureusement et efficacement en faveur de la formation, de la pratique et de la recherche en promotion de la santé. Nous devons à présent étendre notre plaidoyer en faveur de l'équité en santé, en nous appuyant sur le travail efficace que nous avons réalisé pour l'insertion de clauses sociales dans les accords commerciaux, ainsi que pour la lutte contre le tabac.

---

## En tela de juicio: veinte años de la Carta de Ottawa

Marcia Hills<sup>1,2</sup> y David V. McQueen<sup>1,3</sup>

Es para nosotros un placer ser los Redactores invitados de este Suplemento de *Promotion & Education*, cuya publicación coincidirá con la 19ª Conferencia Mundial de la UIPES de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud, que se celebrará en Vancouver (Canadá) en Junio de 2007. El suplemento pretende abordar de manera singular y novedosa el tema general de la conferencia “La promoción de la salud madura: Ciencia, política y práctica para el siglo XXI.” La idea de publicar un número especial previo a la conferencia responde al deseo de ofrecer un conjunto de documentos introductorios que ofrezcan una base a los participantes de la misma y que presente formas de pensar innovadoras acerca del camino que ha recorrido desde Ottawa la promoción de la salud, en tanto que campo de investigación, de elaboración y aplicación de políticas y de práctica. Básicamente, este número pretende seguir la pista y dejar constancia de la influencia que ha ejercido la Carta de Ottawa en el desarrollo de la promoción de la salud y de la trayectoria que ha seguido desde su concepción.

Hemos barajado varias ideas en cuanto a la forma de estructurar este número especial. En primer lugar, queríamos tener en cuenta y volver a examinar qué llevaban en sus mochilas los participantes de la reunión de Ottawa en 1986. Naturalmente, cada uno de los selectos invitados llevaba sus propias ideas acerca de la situación de la promoción de la salud en aquel momento y de las posibilidades de futuro; no obstante, aquellas ideas y las posteriores discusiones de Ottawa, se vieron influenciadas por el material de lectura con que se recibió a los participantes. Se anunciaba que la Conferencia sería tanto una experiencia de aprendizaje como de participación. En el presente Suplemento especial, hemos pedido a algunas de las personas que asistieron a Ottawa que comenten sus pensamientos y expectativas de aquel entonces, y que reflexionen de nuevo sobre aquellas ideas, a la luz de la actualidad. Uno de nosotros (DVM) se hallaba entre los asistentes así que hemos podido encontrar un buen

equilibrio para comprender las diversas perspectivas. Lo que más destaca de los recuerdos que hemos recogido sobre la experiencia de Ottawa es el sentimiento de urgencia de la promoción de la salud presente en aquel encuentro y también lo reciente que parece todavía aquel acontecimiento, veinte años después de que hiciera historia.

También hemos solicitado algunos artículos sobre las repercusiones que ha tenido la Carta de Ottawa en las áreas de trabajo que ella misma subrayaba originalmente, a saber, la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables a la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. Enseguida nos dimos cuenta de que encontrar autores que trataran estos temas directamente era misión imposible. La Carta de Ottawa, con sus puntos débiles y fuertes, no fue tan normativa como para que el posterior desarrollo de la promoción de la salud siguiera de manera sistemática cada una de estas áreas de intervención. Se trataba más bien de una llamada a adoptar una visión amplia de la promoción de la salud con el objetivo de colocarla inequívocamente en el centro del trabajo en el que confluían esos cinco campos de acción. Los artículos que siguen, ratifican en gran medida las ideas y la visión de la Carta, pero son al mismo tiempo testimonio, en muchos aspectos, de la imposibilidad de que un solo documento transforme la salud pública de todo el planeta. No obstante, todos los autores coinciden en que la Carta de Ottawa ha sido fuente de inspiración. Tal vez este aparente enigma no tiene por qué sorprendernos, puesto que las Cartas, los documentos en los que se declaran la misión y los fines de las organizaciones, las constituciones y similares son más de tipo inspirador que concretos. Con frecuencia expresan los fines más nobles y a menudo inalcanzables de sus creadores. Esto no quiere decir que dichos documentos sean un fracaso, sino que sus expectativas superaban con creces las capacidades de los meros mortales.

Las comparaciones son odiosas, también las de documentos, y algunos autores comentan la Carta de Ottawa a la luz de documentos más recientes, especialmente la “Carta de Bangkok.” No cabe duda de que hay discusión para rato y que será uno de los temas calientes de la conferencia de Vancouver. No obstante, nos parece que se trata de una comparación sin una conclusión sólida. Todos los documentos son fruto de su época, y Bangkok y Ottawa no constituyen excepción alguna. Algunos temas que han llegado a ser la preocupación primordial de la promoción de la salud actual, apenas se vislumbraban en el documento de Ottawa; simplemente, no figuraban en el orden del día de aquellas interminables jornadas glaciales de Ottawa. Lo que queda claro, en todo caso, es que la Carta de Ottawa sigue siendo para la comunidad mundial de promoción de la salud algo más que una mera doctrina anticuada.

1. Redactores invitados

2. Vicepresidenta de la UIPES para la 19ª Conferencia Mundial; Profesora de la Escuela de Enfermería; Directora del Centro para la Investigación en Promoción de la Salud Comunitaria; Presidenta del Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud, Universidad de Victoria (Columbia Británica, Canadá). Correspondencia a: mhills@uvic.ca

3. Vicepresidente de la UIPES para el Desarrollo Científico y Técnico; Presidente del Comité Científico de la 19ª Conferencia Mundial; Subdirector para la promoción de la salud mundial de DHHS/CDC/NCCDPHP/OD, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta (GA, Estados Unidos). Correspondencia a: dvm0@cdc.gov



## Ottawa 1986: Piedra angular del desarrollo de la salud mundial

John Catford<sup>1</sup>

Cuando sonó el pistoletazo de salida en medio de las tormentas de nieve del mes de Noviembre de 1986, ¿quién iba a pensar que la carrera de la promoción de la salud iba a ser tan larga y difícil? Hoy en día existen en el mundo estrategias y revisiones gubernamentales de promoción de la salud, autoridades y fundaciones legales, grupos de interés de consumidores, asociaciones y revistas profesionales. Los departamentos y los profesores universitarios ostentan el nombre con orgullo, hay abundancia de licenciaturas y doctorados, y cada tanto aparece un nuevo libro de texto. Se invierten millones de dólares en programas de promoción de la salud, ya sean los gobiernos o las organizaciones internacionales, como el Banco Mundial, y las mismas personas hacen su aportación voluntaria. Y lo más sorprendente es que todo esto haya sucedido en apenas veinte años.

Los orígenes de la promoción de la salud son complejos y no tienen un único protagonista. No obstante, la mayoría de los comentaristas estarían de acuerdo en que el cambio de mentalidad empezó a gestarse en 1978, en una importante reunión mundial de la OMS en Alma-Ata, (Kazak, en la antigua Unión Soviética). La *Declaración de Alma-Ata* aprobó la Atención Primaria de Salud como mecanismo primordial para atender los cuidados de salud. Reconoció que la salud no mejoraría por el simple hecho de desarrollar más servicios o imponiendo soluciones de salud pública desde el centro. Anunció un cambio en la titularidad del poder que pasó de los proveedores de los servicios de salud a los consumidores de dichos servicios y a la comunidad más amplia. Esto llevó a la OMS a preparar una estrategia mundial "Salud para todos en el Año 2000," con una serie de objetivos y metas susceptibles de medición. Esta iniciativa se convirtió en el motor de un desarrollo integral de la salud en las dos décadas siguientes y ofreció el entorno adecuado para que anidara y creciera el concepto de promoción de la salud.

A principios de los 80, una nueva oleada de activistas de la salud pública, insatisfechos con los enfoques tradicionales y verticalistas de la "educación para la salud" y de la "prevención" empezaron a utilizar cada vez más la expresión "promoción de la salud." Expresaba un enfoque positivo, creativo y orientado a los resultados. No

obstante, en algunos contextos e idiomas, el término "promoción" era considerado sinónimo de "marketing" y de "ventas" y no daba a entender los aspectos de mejora y de empoderamiento. Esto llevó a la OMS a convocar una reunión especial a finales de 1984 en Copenhague (Dinamarca) para ofrecer aclaraciones y orientaciones que desembocaron en el primer documento sustantivo sobre la promoción de la salud. Los *Conceptos y principios de la promoción de la salud*, publicado en la primera edición de *Health Promotion International* en 1986, se convirtió en la plataforma de lanzamiento de la Conferencia y de la Carta de Ottawa.

Mirando atrás veinte años después, el principal logro de Ottawa 1986 fue legitimizar la visión de la promoción de la salud aclarando los conceptos básicos, poniendo de relieve las condiciones y los recursos necesarios para la salud e identificando las acciones clave y las estrategias básicas para materializar la política de la OMS de "Salud para Todos". Fue importante que la Carta identificase también los requisitos previos a la salud, entre los que figuran la paz, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, y recursos como la enseñanza, la alimentación y la renta. Además, subrayaba el papel de organizaciones, sistemas y comunidades, así como los comportamientos y capacidades individuales, a la hora de generar opciones y oportunidades para mejorar la salud. Desde entonces, la OMS ha organizado, en colaboración con gobiernos nacionales y asociaciones, una serie de conferencias de seguimiento, que se han centrado en cada una de las cinco estrategias de promoción de Ottawa.

El tema del establecimiento de políticas públicas saludables fue abordado en mayor profundidad en la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Adelaida (Australia) en 1988. Se organizó de forma que coincidiese con el bicentenario de Australia, y los participantes, procedentes sobre todo de países desarrollados, formularon las *Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas Públicas Saludables*. En ellas, se hacía un llamamiento a generar un compromiso político con la salud en todos los sectores. Además, se pedía a los responsables de las políticas de diversos organismos de nivel internacional, nacional, regional y local que

aumentaran las inversiones en salud y que calibraran las repercusiones de sus decisiones sobre la salud.

La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se celebró en Sundsvaal (Suecia), en 1991, se centró en la creación de entornos propicios. Se celebró en un momento decisivo pues ofreció la primera oportunidad a los profesionales de salud de todo el mundo de considerar cómo podemos hacer para que los entornos -ya sean físicos, sociales, económicos o políticos- sean más propicios para la salud. Entre las influencias del entorno que se identificaron en la conferencia como perjudiciales para la salud figuran los conflictos armados, el rápido crecimiento de la población, la alimentación insuficiente, la falta de medios de autodeterminación y la degradación de los recursos naturales. La *Declaración de Sundsvaal sobre entornos propicios para la salud* subrayaba la importancia del desarrollo sostenible y animaba a la acción social en la comunidad en la que las personas fueran el motor del desarrollo. Esta Declaración y el informe de la reunión se presentaron en la Cumbre de la Tierra, celebrada en Río en 1992, y contribuyeron al desarrollo de la Agenda 21.

La Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Yakarta (Indonesia) en 1997 revisó las repercusiones de la Carta de Ottawa e implicó a otros actores para responder a los desafíos mundiales. Fue la primera de las cuatro Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que se celebró en un país en vías de desarrollo y la primera en la que participó el sector privado de forma activa. La evidencia que se presentó mostraba que las estrategias de promoción de la salud pueden contribuir a la mejora de la salud y a la prevención de la enfermedad tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. En la *Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI* se identificaron cinco prioridades. La Resolución sobre promoción de la salud adoptada por la Asamblea Mundial de Salud (WHA 51.12) confirmó en 1998 dichas prioridades.

A pesar de los avances y las innovaciones experimentadas por la promoción de la salud respecto a la década anterior, quedaban pendientes dos retos importantes. El primero era demostrar y comunicar más

1. Redacción de *Health Promotion International*; Profesor de Desarrollo de la Salud y Decano de Salud, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Educación, Universidad de Deakin, Melbourne (Australia). Correspondencia a: jcatford@deakin.edu.au

ampliamente a los países en vías de desarrollo que las políticas y las prácticas de promoción de la salud pueden cambiar la salud y la calidad de sus vidas. El segundo era todavía más importante: que las acciones de promoción de la salud pueden conseguir más equidad en el ámbito de la salud y pueden reducir las diferencias entre los grupos de población. En respuesta a este último, la Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud celebrada en México en el año 2000, se centró en las desigualdades en el campo de la salud tanto entre unos y otros países como en el seno de un mismo país. La *Declaración Ministerial de México para la promoción de la salud: de las ideas a la acción* afirmó la importancia de las estrategias de promoción de la salud para apoyar las acciones locales, nacionales e internacionales en el ámbito de la salud. También se comprometió a elaborar planes de acción nacionales para hacer un seguimiento de los avances logrados en introducir estrategias que promueven la salud en la planificación de las políticas nacionales y locales.

Con la llegada del nuevo milenio, se hizo cada vez más evidente, no obstante, que el mundo cambiaba radicalmente y con él, nuestro concepto de los determinantes de la salud. Habían aparecido oportunidades y retos totalmente impensables en 1986, como Internet, el proyecto del genoma humano, el cambio climático, el terrorismo, los cambios geopolíticos, la deuda del tercer mundo, y por su puesto, la globalización de las personas, el dinero, los productos y los servicios. De lo que se trata ahora es de relacionar las influencias globales con la vida cotidiana y compaginarlos de la mejor manera posible.

Con este telón de fondo, en 2005 se organizó la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Bangkok, que se estructuró en torno a cuatro ejes temáticos: el nuevo contexto; globalización favorable a la salud; los partenariados; y la sostenibilidad. Los participantes revisaron y avalaron sólidamente las cinco áreas de acción definidas en Ottawa, pero también se dieron cuenta de que la capacitación para promover la salud va más allá del desarrollo comunitario y de habilidades; incluye también las políticas mundiales y locales, los partenariados y alianzas, los sistemas económicos y de información, y consideraciones de tipo comercial. A través de la *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*, se formularon cuatro compromisos nuevos: hacer que la promoción de la salud sea (i) un elemento fundamental de la agenda de desarrollo mundial, (ii) una responsabilidad nuclear de todos los que gobiernan, (iii) se centre principalmente en las comunidades y en

la sociedad civil, y (iv) exija buenas prácticas empresariales.

En los veinte años transcurridos desde la Conferencia y la Carta de Ottawa se han producido cambios de gran envergadura en la mentalidad, en las políticas y en las acciones encaminadas a mejorar la salud a nivel local, nacional e internacional. Pero puede seguirse un hilo claro que nos lleva hasta aquella reunión de librepensadores de cincuenta países que desarrollaron y afirmaron una serie de principios y acciones que enmarcan el sistema de valores y la práctica de la promoción de la salud. Se ha avanzado mucho y queda mucho por hacer, pero cualesquiera que sean los puntos ciegos y las carencias, la Conferencia y la Carta de Ottawa han sido la piedra angular o el punto de inflexión en el desarrollo de la salud mundial. Ottawa 1986 enlazó los éxitos cosechados gracias a las reformas de la salud pública con las aspiraciones del nuevo movimiento de promoción de la salud. Ha modelado y continuará modelando el destino de la salud en todo el mundo.

# Crear entornos para la salud- 20 años después

Trevor Hancock<sup>1</sup>

Dedico este artículo a la memoria de Ron Draper, quien impulsó, junto con Ilona Kickbusch, la Carta de Ottawa. De ambos aprendí mucho, a ambos les debo mucho.

Hace veinte años, preparé la ponencia “Crear entornos para la salud” para la conferencia de Ottawa y la presenté. Al mirar atrás, me impresiona tanto lo que dije –y dije también la Carta– como lo que no dije. En mi ponencia, y en los debates de la conferencia que posteriormente quedaron reflejados en la Carta, se empleaba el concepto de “entorno” en sentido amplio. Yo no sólo hablaba del entorno físico, sino también del social (especialmente del trabajo y del tiempo libre) y del económico, haciendo referencia especial a los límites de la economía convencional y a la necesidad de “una economía que tome conciencia de la salud” y concluía que “Un debate sobre los entornos físicos y sociales que influyen en la salud nos lleva inevitablemente a hablar de cuestiones de teoría económica, del orden económico internacional, de la sostenibilidad y de la supervivencia del planeta”.

Este enfoque holístico quedó reflejado en la Carta, que señalaba “Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socioecológico a la salud” y la sección dedicada a la creación de ambientes favorables a la salud se refería a cambiar los modelos de trabajo y de tiempo libre, las condiciones de vida, la utilización de la energía y la urbanización. No obstante, dado que “los principales temas y talleres de la conferencia tratan casi exclusivamente del entorno social,” mi ponencia se centraba en el entorno físico, y, concretamente, del cambio medioambiental mundial y sus repercusiones en la salud, si bien reconociendo al mismo tiempo, la necesidad de acciones locales, especialmente de conformidad con el recién establecido Proyecto de las Ciudades Saludables de la OMS. En la propia Carta, y por primera vez en un documento de la OMS (y alguno meses antes, en el Informe Brundtland sobre desarrollo sostenible, CMMAD, 1987), la existencia de un ecosistema estable y de recursos sostenibles se incluían dentro de la lista de requisitos previos (determinantes) de la salud, y se señalaba que “La protección tanto de los ambientes naturales

como de los artificiales y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud”.

Si miro atrás ¿qué cambiaría? En primer lugar, y a la luz de las pruebas claras del calentamiento del planeta (IPCC, 2001) y de declaraciones como la siguiente: “El índice actual de deterioro de la capacidad productiva a largo plazo de los ecosistemas podría tener consecuencias devastadoras para el desarrollo humano y el bienestar de las especies” (World Resources Institute, 2000), reforzaría las declaraciones relativas al cambio mundial, vinculando explícitamente la salud humana a la salud de los ecosistemas (es interesante señalar que la reciente Carta de Bangkok es mucho menos concreta respecto de estos retos mundiales). El cambio medioambiental mundial, tanto el cambio climático como el atmosférico, el agotamiento de los recursos, la ecotoxicidad, la destrucción de los hábitats y la extinción de las especies son, en último término, amenazas para la salud: otras civilizaciones desaparecieron (Diamond 2004) y no hay motivos para creer que la nuestra se libre de esta posibilidad.

En segundo lugar, daría más importancia a los ambientes artificiales. No prestamos la debida atención al hecho de que en el mundo desarrollado –y cada vez más en el mundo menos desarrollado– pasamos el 90% del tiempo en el interior de los edificios (Leech, 1996) y que el 80% esta urbanizado (hemos superado a nivel mundial el nivel del 50%). Así pues, los ambientes artificiales son los principales ambientes humanos, por no decir que son casi los “naturales.” La manera en que concebimos y construimos nuestros ambientes artificiales –hogares, escuelas, lugares de trabajo, hospitales, vecindades, ciudades– y la manera en que oparemos en ellos es de vital importancia para la salud y tiene además un impacto profundo en el entorno natural.

En tercer lugar, el concepto de capital social (Putnam, 1993) y su relación con la salud, que no fue una parte importante de la agenda de la promoción de la salud de la población en 1986, es mucho más relevante en la actualidad. No obstante, creo también que nuestro planteamiento actual del capital social centrado en la cohesión social y en las redes sociales –lo que yo denomino capital social “informal”– peca de estrechez de miras y necesita ampliarse

de forma que abarque al menos 2 formas más de capital social. Una es el capital social “formal”-el sistema de programas e instituciones sociales como la enseñanza, los servicios sociales, la asistencia social, el seguro de desempleo, la atención sanitaria, la pensiones de incapacidad y de jubilación y muchos otros- que se construyó a lo largo del siglo pasado o más en muchos países del mundo. Son inversiones que contribuyen a la salud y al bienestar de la población en conjunto y, especialmente, de sus miembros más vulnerables. La otra, más profunda, es lo que yo denomino nuestro capital social “invisible”: la infraestructura legal, política y constitucional que apuntala nuestras sociedades y comunidades y, a través de Naciones Unidas, a todo el mundo. Hemos estado desarrollando esta forma de capital social durante cientos, incluso miles de años. Mientras exista y sea respetada, posibilitará que llevemos vidas civilizadas y pacíficas; si desaparece o la ignoramos, la vida, la salud y la seguridad se verán amenazadas. La promoción de la salud tiene que prestar más atención a la creación y mantenimiento de estas otras formas de capital social en el futuro.

Por último, si bien en cierto modo estamos más cerca de una nueva economía basada en el bienestar humano, nos queda mucho por recorrer. La inversión ética y el “triple mínimo” (beneficios medioambientales, sociales y económicos) son pasos en la dirección correcta, pero necesitamos ir mucho más allá. En primer lugar, la promoción de la salud necesita insistir en el desarrollo humano (del cual la salud es un elemento integral) como planteamiento fundamental, reconociendo que “El desarrollo humano y la realización del potencial humano exigen una forma de actividad económica que sea sostenible desde el punto medioambiental y ecológico en esta generación y las venideras” (CPHA, 1992). En segundo lugar, si el desarrollo humano tiene que situarse en el centro de nuestra preocupación por la sostenibilidad, tenemos que ampliar el “triple mínimo” y convertirlo en un mínimo cuádruple, en el que se incluya el desarrollo humano. En efecto, como ya subrayé en otro momento (Hancock, 2001) los capitalistas auténticos del siglo XXI serán los que puedan construir de manera simultánea las cuatro formas de capital –natural, social y humano, así como el económico. Si lo hacen, estarán promoviendo

1. Consultor de Promoción de la Salud, Victoria, BC, Canada. Correspondencia: Greendoc@telus.net

la salud, y nosotros como promotores de salud, tenemos que apoyar y alentar este nuevo planteamiento de una economía de desarrollo humano sostenible.

## Referencias

- CPHA, Asociación canadiense de salud pública (1992), *Human and Ecosystem Health*, Ottawa.
- Diamond, Jared (2004) *Collapse: How Societies Choose to Fail or Succeed*, Nueva York: Viking Books.
- Hancock, Trevor (2001) "People, Partnerships and Human Progress: Building Community Capital" *Health Promotion International* 16(3):275 – 280
- IPPC (Grupo intergubernamental de expertos sobre el cambio climático) (2001) *Climate Change 2001: Synthesis Report* Ginebra: IPCC/Organización Meteorológica Mundial.
- Leech, J. A. et al (1996) "Canadian human time-activity pattern survey report and population surveyed" *Chronic Diseases in Canada* 17: 118-123.
- Putnam, Robert (1993) *Making Democracy Work* Princeton: Princeton University Press.
- World Commission on Environment and Development (Comisión Mundial sobre el medio ambiente y el desarrollo) (1987) *Our Common Future*, Nueva York, Oxford University Press.
- World Resources Institute (2000) *World Resources 2000-2001: People and ecosystems: The fraying web of life*, Nueva York, Oxford: Oxford University Press.

# Avanzar hacia una nueva salud pública

Ilona Kickbusch<sup>1</sup>

La *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, aprobada por una Conferencia internacional de la OMS celebrada en Ottawa (Canadá) en Noviembre de 1986 (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Kickbusch, 2003) tiene un subtítulo muy importante que a menudo se olvida: *avanzar hacia una nueva salud pública*. A los que participamos en la redacción de la Carta nos apasionaba ese eslabón. Creíamos que muchas de las mejores tradiciones de la salud pública establecidas en el siglo XIX se habían visto eclipsadas por las estrategias médicas o por una atención centrada en las conductas individuales. Hubo quien dijo que la salud pública había muerto...y nosotros argumentamos ferozmente en contra de aquella afirmación. Estábamos convencidos de que la salud pública tenía un gran futuro.

Me siento orgullosa de decir que tuvimos visión histórica. La Carta se basaba en muchas fuentes, especialmente en el trabajo de Thomas McKeown (1980)-motivada por sus descubrimientos- y se preguntaba continuamente: *¿Qué es lo que genera la salud?* La Carta quería volver a situar a la salud de la población en el punto de mira y, al hacerlo, ofreció un marco para abordar el "reto de la sanidad" en el siglo XX, que había sido definido como los *"estilos de vida que favorecen la salud"*. No fue casual que la presentación de la recién fundada revista *Health Promotion* (posteriormente denominada *Health Promotion International*) se hiciera en un pub denominado *The John Snow* en el Soho de Londres, e incluyese una visita a la réplica de la Fuente de Broad Street. (No teníamos la opción de una Bierstube Rudolf Virchow o de un Bistrot René Villarmé).

Tampoco fue accidental que el primer proyecto que se centraba en los entornos de la promoción de la salud fuera el de las "Ciudades saludables" y que Liverpool, ciudad natal del Dr. Henry Duncan, otro gran pionero de la salud pública, fuera sede del primer centro coordinador de dicho proyecto. La historia del éxito de la salud pública tuvo sus orígenes en las ciudades: *"Las ciudades, antaño víctimas impotentes ante la enfermedad y devastadas por ella, se han convertido en sus grandes conquistadoras"*, escribió Jane Jacobs en su obra clásica sobre las grandes ciudades americanas (Jacobs, 1969). Nosotros pensábamos que era necesario volver a dar importancia a las ciudades como posible solución: nuestro

centro de atención era el entorno social y los nuevos tipos de contaminación. *"Piensa globalmente, actual localmente"*, fue el lema del día y el movimiento de las Ciudades Saludables se difundió, en efecto, por todo el mundo...pero fue preciso el brote de una enfermedad infecciosa en una ciudad no lejos de Ottawa, para que la salud pública urbana recuperase la atención política, esta vez con un nuevo giro de carácter mundial.

La Carta establecía que *"la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo"* e introdujo un concepto muy activo e interactivo de salud. Nuestra "Fuente de Broad Street" fue el punto de encuentro entre cinco áreas esenciales de la acción de la salud pública: políticas públicas sanas, entornos propicios, aptitudes personales, acción comunitaria y reorientación de los servicios de salud (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). Para nosotros, la finalidad de la promoción de la salud era mantener un enfoque que tuviera en cuenta los determinantes sociales (la antigua salud pública) sin olvidar, al mismo tiempo, el compromiso con el empoderamiento individual y comunitario (la nueva salud pública). Muchos de nosotros habíamos formado parte del movimiento a favor de la salud de la mujer, algunos participábamos del recién surgido movimiento ecológico, para algunos el movimiento del orgullo "gay" era una fuerza impulsora para comprender la nueva salud pública, una salud pública que formaba parte de nuestras vidas. El "enfoque basado en los entornos" se consideró como una nueva estrategia de salud pública para llevar adelante esta agenda. Yo insisto en que no se capitalizó suficientemente.

Por este motivo, me gratificó enormemente escuchar el discurso, pronunciado hace poco por el gran pionero de la salud pública del siglo XX, Sir Michael Marmot. Él también consideraba que estos dos factores –el entorno social y el empoderamiento– eran la clave de cualquier avance en materia de salud (Marmot, 2006). Refiriéndose al trabajo del economista del desarrollo Amartya Sen, afirma: *"si no satisfacemos las necesidades humanas fundamentales de autonomía, empoderamiento y libertad, alimentamos una causa importante de la falta de salud"*. Pero hasta esta idea básica ignora un punto fundamental: en la Carta, la salud ya no se caracterizaba como un "estado de bienestar completo", como

1. Graduate Institute of International Studies, Ginebra. Correspondencia a: kickbusch@bluewin.ch



postulaba la Constitución de la OMS, ni se entendía únicamente como el resultado del impacto de los determinantes de la salud, sino que se consideraba en sí misma “un recurso para vivir”... se convirtió en un *elemento*. Lester Breslow, el gran epidemiólogo es, en mi opinión, uno de los pocos que lo han entendido de verdad. En consecuencia, defendió que la Carta de Ottawa y su concepto de salud constituían la tercera revolución en la salud pública (Breslow, 1999). Confieso que me sentí muy orgullosa y profundamente conmovida cuando lo leí.

Pero ¿dónde está esta revolución? ¿Sucedio realmente? En cierta medida, está ocurriendo de manera muy silenciosa, pero persistente; en un contexto diferente del que nos ocupa hoy, hablé de la promoción de la salud como un rizoma que echa raíces, se extiende y coloniza su entorno (Kickbusch, 2006). Por supuesto, lo importante es que las ideas se divulguen y se acepten, no que nos limitemos simplemente a mencionar su fuente, aunque con frecuencia tengo la tentación (y la frustración) de pensar “*Pero si esto ya lo dijimos hace años en la Carta...*” La generación que elaboró la Carta de Ottawa para la promoción de la salud se propuso formular lo que se necesita para abordar la salud pública en las sociedades modernas, no sólo en el siglo XX sino mucho más adelante, en la sociedad del siglo XXI (Kickbusch, 2006). Insisto en que el documento se adelantó mucho a su época y que todavía no se ha reconocido toda su importancia y su potencial. Cuando doy clases de promoción de la salud o pronuncio algún discurso de esta materia necesito recordarme continuamente que muchos de mis alumnos actuales ni siquiera habían comenzado la enseñanza primaria cuando nosotros nos reunimos en Ottawa en aquel frío mes de Noviembre de 1986. El futuro de la Carta de Ottawa está ahora en sus manos...yo creo que aún no ha llegado.

<http://www.rcplondon.ac.uk/event/details.aspx?e=312>

McKeown T. (1980) *The Role of Medicine*. Princeton, Princeton University Press.  
Ottawa Charter for Health Promotion (1986) In: *Health Promotion*, Vol. 1: iii-v.

## Referencias

- Breslow L. (1999) *From disease prevention to health promotion*. JAMA, 281: 1030-1033.
- Kickbusch I. (2003) The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. AJP, Vol.93, No.3: 383-388.
- Kickbusch I. (2006) “Health promotion – not a tree but a rhizome.” In O’Neill, M., Pederson, A., Dupere, S., & I. Rootman. (Eds.). *Health promotion in Canada: critical perspectives*. Toronto: Canadian Scholars’ Press.
- Kickbusch I. (2007) “Health Governance: The Health Society” in McQueen D., Kickbusch I. *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. Springer.
- Jacobs, J. (1969) *The Life and Death of American Cities*. New York: Random House.
- Marmot M. (2006) Health in an unequal world – social circumstances, biology and disease. HARVEIAN ORATION, 18. October 2006.

## La Carta de Ottawa: reflexiones desde las antípodas

John Raeburn<sup>1</sup>

Asistí a la Conferencia de Ottawa porque en 1986 me había ido de Nueva Zelanda para pasar un año sabático en el Consejo de la Promoción de la Salud de Ottawa, ciudad que en aquel entonces, era la meca mundial de la promoción de la salud (PS). Eran tiempos emocionantes, con el inolvidable Ron Draper y las otras estrellas de la promoción de la salud canadiense, como Irv Rootman y Lavada Pinder. Yo me sentía enormemente animado y motivado por lo que estaba ocurriendo en el periodo previo a la conferencia. Al mismo tiempo, mi pasión era, y sigue siendo, la dimensión comunitaria y personal de la PS, y yo percibía un impulso creciente hacia lo que me parecía la burocratización de la PS, en virtud de la cual las políticas acabarían siendo más importantes que las personas. También quedaba claro que la preocupación dominante en Norteamérica por los estilos de vida en la PS, suscitada por el Informe Lalonde canadiense, estaba siendo atacada.

El proceso vertical de la propia conferencia no contribuyó a despejar la sospecha de que “las personas” (en este caso los participantes) no iban a tener mucho que decir en la futura PS. A nuestro regreso, Larry Peters (el otro delegado de Nueva Zelanda) y yo escribimos un artículo sobre la conferencia para una revista de salud pública de nuestro país (Raeburn & Peters, 1987) al que recurro ahora (citas textuales entre comillas).

La conferencia, de cinco días de duración, nos parecía un “evento muy dominado por la OMS” en la que “el orden del día había sido fijado por la OMS”. Así las cosas, nos desconcertó que la conferencia se centrara casi exclusivamente en los países industrializados, con alguna alusión a los países en vías de desarrollo. El objetivo declarado era “intercambiar experiencias y compartir conocimientos del ámbito de la promoción de la salud” aunque casi todos los participantes tenían la sensación de que los principales conceptos y la estructura de la conferencia habían sido predeterminados por la OMS y no admitían discusión. ¡Hasta el último día no se dijo nada de que se iba a redactar una Carta! Pasamos casi todo el tiempo en el mismo subgrupo, en talleres definidos por los cinco temas que luego serían las líneas de acción de la Carta

de Ottawa (CO). Como era de esperar, yo estaba en el taller cuyo enunciado era Fortalecer las comunidades.

En los talleres, había una serie de temas que surgían continuamente. Probablemente, el más importante tenía que ver con la relación entre personas/comunidades y profesionales/burócratas, y a estos últimos se les consideraba inevitablemente como los que controlaban los recursos y la toma de decisiones de la promoción de la salud. En efecto, de los proyectos mencionados de los 38 países participantes, “pocos verdaderamente ayudaban a potenciar la autonomía y la capacidad de decisión de las personas”. Otra cuestión recurrente fue la equidad y la necesidad de un enfoque capacitador/empoderador que otorgase prioridad absoluta a aquellos que están en situación más necesitada.

Durante los primeros días, nos pareció que a la conferencia “le faltaba alma”. Pero a medida que transcurría la semana, “se fue generando una potente sensación de que las cosas iban encajando o de que se llegaba a un consenso real”. Pero cuando nos enteramos, el último día, de que la conferencia iba a hacer pública una “Carta”, hubo un estallido de indignación, como si se nos hubiese ocultado “el verdadero objetivo” de la conferencia, con el agravante de que no habíamos tenido la oportunidad de debatir dicho documento. Y cuando vimos el borrador que proponía la OMS, nos produjo una gran insatisfacción. A modo de concesión, se permitió a los delegados que propusieran modificaciones por escrito a los organizadores, durante el breve tiempo del almuerzo. (Yo personalmente escribí toda una frase que quedó incluida en el documento final). Resultó ser un proceso extraordinario. No obstante, me alegra decir que cuando Ilona Kickbusch leyó en voz alta el borrador definitivo en la sesión plenaria de clausura, los cambios introducidos se granjearon, como por milagro, la aprobación general y se produjo una ovación larga y emocionada. Como dijo uno de los delegados: “el patito feo se había convertido en hermoso cisne.” Y otro comentó que aquel “era probablemente el acontecimiento más importante en la historia de la sanidad.”

¿Y qué incidencia ha tenido este “hermoso cisne” en el mundo? Desde el punto de vista de Nueva Zelanda, estábamos lis-

tos para iniciar un modelo de PS coherente. Fui por todo el país dando a conocer con entusiasmo la CO en todas las Juntas de Salud de Área y casi todos adoptaron la Carta como documento orientador de su PS. Hasta el día de hoy, el Ministerio de Salud sigue incluyendo la CO en casi todos sus documentos de salud pública, junto con el Tratado de Waitangi, que es un documento a favor de los derechos constitucionales de los maoríes. Todos los estudiantes de PS y de salud pública reciben una buena dosis de CO. Larry, que fue el primer director del Forum de Promoción de la Salud de Nueva Zelanda, llevó a cabo el mismo trabajo de divulgación entre las muchas ONGs que constituían los principales integrantes del Forum. En pocas palabras, la CO tuvo una enorme aceptación entre los promotores de salud de Nueva Zelanda y entre los profesionales de la salud pública en general, hasta el punto de que algunos canadienses comentan a veces que nosotros les superamos en relación con la CO.

A escala internacional, el impacto es más difícil de calibrar, pero parece realmente que la mayoría de los gobiernos de todo el mundo aceptan hoy en día la necesidad de la PS y que esta percepción se tiene a través de la lente de la CO. No obstante, las limitaciones de la CO para la situación mundial actual han sido subrayadas en el reciente proceso de la Carta de Bangkok, en el cual también participé, y en donde la CO se reafirmó como documento fundamental en el ámbito de la PS, al tiempo que se hacían palpables sus lagunas respecto de la realidad del siglo XXI.

Personalmente, aunque apoyo firmemente a la CO, sigo creyendo que ha tenido el efecto de subrayar excesivamente la importancia de los aspectos políticos verticales en detrimento de los aspectos más humanos y empoderadores de la PS. Su relativo alejamiento de la vida diaria y su naturaleza difusa han hecho que no se haya ganado el corazón y la mente de la gente corriente como podría haber sucedido. Ni ha empujado a las personas a tener mayor control sobre su salud. Para mí, es más un conjunto de valores y una lista de verificación que una declaración coherente sobre una PS efectiva y empoderadora. Pero no hay duda de que ha ayudado a introducir la PS en la agenda política mundial y a difun-

1. Universidad de Auckland, Nueva Zelanda. Correspondencia: School of Population Health, University of Auckland, PB 92019 Auckland, New Zealand. (jm.raeburn@xtra.co.nz)

dir el concepto de los amplios determinantes sociales que subyace a cualquier planteamiento de la salud de la población. Estaríamos mucho peor sin ella. Pero es el momento de dar un paso más, en dirección a una visión coherente de la PS que implique de verdad a las personas y a sus comunidades de una manera que les ayude a desarrollar su madurez y su autonomía.

## Referencia

Raeburn, J.M. & Peters, L. (1987) "The first international conference on health promotion: a New Zealand perspective" *Health Review* vol,6, n° 4, pp.24-27.

# Retorno a Ottawa 1986

Hans Saan<sup>1</sup>

Es inevitable: este artículo es una historia personal, puesto que participé y estuve presente en aquella conferencia ahora famosa, celebrada en Ottawa, que alumbró la Carta de Ottawa. En este artículo quiero echar la vista atrás, situar aquel acontecimiento en su contexto y contar cómo asumí los valores que contenía la Carta para ayudar a los Países Bajos a materializar el paso de la educación para la salud a la promoción de la salud. Por último, compartiré lo que creo que hizo que la Carta tuviese tanta influencia

1986 fue un año ajetreado. El Departamento de Salud planeaba redactar por primera vez un documento de primer orden sobre políticas de prevención y de salud y mis contactos en el departamento me permitieron desempeñar un papel en ello. El documento tenía dos partes, la primera versaba sobre lo que ahora denominamos promoción de la salud; la segunda, sobre la reestructuración de los servicios de salud. Las ideas sobre las políticas de promoción de la salud se discutieron en una conferencia de ámbito nacional, que tuvo poco seguimiento. Captó mucha más atención el informe relacionado con la segunda parte del documento sobre el servicio de salud como un sistema orientado al mercado y nos costó años trasladar la atención de los servicios a la salud.

El segundo acontecimiento importante para mí de aquel año fue el inicio de un proyecto sobre la efectividad de la educación para la salud. Intentamos revisar y resumir lo que sabíamos sobre programas de calidad y descubrimos que los estudios que existían sobre el tema no nos permitían sacar conclusiones claras. Naturalmente, casi todos los resultados nos parecieron prometedores, pero nuestra lista de deseos al final de la memoria del proyecto contenía cambios en la práctica, en las políticas y en la investigación.

El tercer acontecimiento fue la Conferencia de Ottawa. Entré a formar parte del equipo virtual de Ilona Kickbush en 1982 y presidí una conferencia en 1984 en la que se sondearon algunos de los temas de Ottawa. Esta es la primera característica de la Carta de Ottawa: fue el resultado final de una serie bien orquestada de reuniones, publicaciones y acontecimientos, así como el inicio de asuntos mucho más importantes. Un breve documento titulado "Concepto y principios de la promoción de la salud" fomentó el debate y vale la pena

destacar que se reconocieron conscientemente las incertidumbres y las dudas a cerca de la promoción de la salud. Preparó el ambiente que luego se respiró en la Carta: aunque el tipo de objetivos y procesos que vislumbramos no son fáciles, podemos conseguirlo.

La Carta es como un iceberg: las dos páginas no son más que la punta de un conjunto de ideas y valores más complicado. De la Carta saqué tres lecciones que desde entonces han modelado mi trabajo. Primera: el enfoque salutogénico me enseñó a tener mucha más confianza en lo positivo, en la capacidad de las personas, y a mirar más allá de la prevención centrada en la enfermedad. La segunda lección fue la ampliación de los determinantes de la salud a los factores políticos: no sólo la política de partido en el parlamento, sino también cómo el capitalismo modela nuestra sociedad y crea la división entre pobres y ricos. Aprendí a buscar lo que hoy llamamos "las causas detrás de las causas". Y, por último, me ayudó a darme cuenta de que en la educación para la salud habíamos mirado con orejeras de oro: no estábamos equivocados, pero teníamos un campo de visión limitada. Si queremos que la gente una sus esfuerzos a los nuestros en favor de la salud, tenemos que ver que su historia, sus oportunidades y sus preferencias se van configurando no sólo por su psicología individual, sino que la presión por parte de sus iguales y de las fuerzas económicas y políticas también configuran sus condiciones de vida.

Cuando regresamos, no había ninguna muchedumbre en el aeropuerto de Schiphol peleándose por la primera edición de la Carta de Ottawa. En los Países Bajos apenas tuvo resonancia. Por un lado, porque algunas de las ideas principales ya habían sido incorporadas en el documento de política sanitaria nacional antes citado, y por otro porque las publicaciones de la OMS normalmente no tenían la consideración que la OMS habría esperado.

Poco después de Ottawa, conseguimos organizar una conferencia nacional para presentar el movimiento de las ciudades saludables, que en la actualidad ha perdido las características propias de un movimiento y ha entrado en la fase de institucionalización: todos los gobiernos locales tienen que formular una política en materia de salud y los políticos locales y nacionales se están tomando en serio la promoción de la salud. Lentamente, la promoción de la salud y la

1. Consultor de promoción de la salud, Países Bajos. Correspondencia: hans.saan@hccnet.nl

salud pública en general van obteniendo reconocimiento; no obstante, las inversiones que deberían seguir a las palabras bonitas sobre el tema, llegan con cuentagotas.

Aun así, la perspectiva salutogenética, los factores políticos y la importancia del contexto necesitaban un empujón para que se les dedicara la atención debida. El auge de los medios de comunicación ha reforzado la confianza tradicional en los procesos educativos y de información. Hoy en día, parece que la máxima intervención sea tener una web, como en otros tiempos había sido la panacea utilizar una carpeta, un vídeo o un CD-ROM. Así que, después de Ottawa, mi trabajo pasó a ser la defensa de las ideas y valores de la promoción de la salud. En esa labor me acompañó otro partidario de Ottawa: Willy de Haes. Juntos vimos como el crecimiento de la epidemiología clínica aumentaba su influencia y el modelo que culpabilizaba a la persona, centrado en la enfermedad y adicto a los RTC (ensayos clínicos controlados randomizados) dictaba los criterios tanto en el ámbito de las políticas como en el de la investigación. Convencidos de los principios de Ottawa, organizamos una serie de cuatro conferencias sobre la investigación apropiada para la promoción de la salud. En los modelos que desarrollamos como fruto de aquellas conferencias, concretamos los principios de Ottawa en palabras y en modelos que se ajustaban a las tendencias y a las épocas. En la promoción de la salud, el liderazgo incluye la habilidad de cambiar de color, de ser camaleónico.

¿Qué es lo que hizo que la Carta tuviese tanta influencia? En mi opinión, resistió bien el paso del tiempo y formuló con palabras aquel vago sentimiento sobre la necesidad de un cambio. Estuvo bien preparada y la conferencia en sí movilizó a una masa crítica de pioneros que decidió la balanza. El seguimiento reforzó los mensajes claves: al ser un veterano de las cinco conferencias (Adelaida, Sundsvaal, Yacarta, México y Bangkok) he sido testigo de cómo los nuevos conceptos como la globalización y las nuevas tecnologías, Internet y el teléfono móvil, han dado nuevo impulso a los objetivos y a los medios que la carta vislumbró, pero esencialmente las ideas han sobrevivido estos 20 años.

En cuanto a mi, fue un sentimiento de familia lo que hizo que me sintiera parte de aquel grupo de gente. La Carta de Ottawa dio a mi trabajo un sentimiento de coherencia, el maravilloso grupo de gente que he ido conociendo a lo largo de estos años me ha dado sentimiento de pertenencia y, como todos sabemos, ambos son fundamentales para una buena salud. Por lo tanto, si todavía no lo ha hecho, piense en su salud, y únase a nuestro movimiento.



## El “mensaje de Montreal”: la Carta de Ottawa para la promoción de la salud es todavía útil para la práctica de la salud pública hoy en día

Michel O'Neill<sup>2,3,4,5</sup>, Sophie Dupéré<sup>2,3,5</sup>, Evelyne Pedneault<sup>4</sup>, Kadija Perreault<sup>4</sup>, Mathieu Forster<sup>6</sup>, Nancy Roberge<sup>7</sup>, Pascal Parent<sup>7</sup> and Robert Perreault<sup>8</sup>

Este artículo es el primero dentro de la subserie *Ottawa 1986-Vancouver 2007: ¿deberíamos de revisar la Carta de Ottawa?*, que permite a los participantes de continuar la reflexión y debate sobre los temas presentados en un simposio que tuvo lugar el 25 de octubre del 2006, durante las 10<sup>as</sup> Jornadas anuales de salud pública de Québec (JASP, 2006). Este simposio reagrupó a más de 1200 participantes provenientes de Québec, del resto de Canadá y de una docena de otros países en el que se planteaba la siguiente pregunta: ¿la Carta de Ottawa para la promoción de la salud es todavía útil para la práctica de la salud pública hoy en día? Al finalizar la jornada, cuando se tomó el voto final sobre esta pregunta ante cientos de personas aún presentes, el “mensaje de Montreal” fue claro: con más de 70%, la respuesta fue ¡sí! El objetivo del presente texto es de explorar de manera más detallada el significado de este mensaje, particularmente con la finalidad de estimular la reflexión previa a la 19<sup>a</sup> Conferencia mundial de la UIPES en Vancouver en junio del 2007 <http://iuhpeconference.org/>.

Tres textos más introducen esta subserie: uno describiendo los procesos particulares que guiaron la planificación y la realización de la jornada, otro profundizando en los grandes temas que surgieron durante toda la jornada; y finalmente, otro sobre el trabajo de creación y realización teatral que formó parte integral de la jornada. Asimismo, se hizo una llamada a los 1200 participantes a presentar artículos dentro del contexto de la jornada, de los cuales un comité de revisores ha elegido unos cuantos para colgar en línea. Estos textos contribuyen al trabajo previo a la conferencia en Vancouver.

### Propósito de la jornada: hacer reflexionar a los participantes e invitarlos a tomar la palabra

El simposio sobre la Carta de Ottawa fue concebido por un comité científico compuesto por una docena de personas pro-

venientes de diversos campos (ver JASP, 2006, para los detalles) bajo la responsabilidad conjunta de M. O'Neill y de S. Dupéré, a partir de las recomendaciones generales de las JASP para la realización de los simposios de formación continua. Se efectuó primero una gran plenaria, deteniéndose en el pasado (desde 1986), en el presente y en el futuro de la salud pública; después, cinco subplenarias se centraron en las estrategias de la Carta. Posteriormente los participantes se repartieron en 20 talleres simultáneos, que abordaron diversas formas de prácticas, para finalmente reunirse de nuevo en una plenaria de conclusión. Basándose en un programa televisivo popular en Québec, llamado “Derecho a la palabra” (*Droit de parole*), bajo la dirección del grupo de teatro “Puesta en juego” (*Mise en jeu*) (N. Roberge et P. Parent) y de un facilitador (R. Perreault), esta plenaria permitió un debate de las ideas de los participantes, en interacción con la sala y con un panel de nueve “grandes expertos” (*grands témoins*) provenientes de diferentes campos, y concluyó con la votación final.

Principalmente diseñado por dos miembros del comité científico (S. Dupéré et E. Pedneault), se estableció un proceso sofisticado que implicó a unos treinta estudiantes voluntarios con el fin de proporcionar un contenido significativo a la “Puesta en juego” y animar a los participantes a través del “Derecho a la palabra”. Se recolectaron los puntos de vista de los participantes mediante mecanismos como el de “vox pop,” la toma sistemática de notas en cada una de las actividades, un mural y fotografías. Estos fueron sintetizados por dos relatores (M. Forster et K. Perreault). Un desajuno con la presencia de autores de obras recientes sobre la salud pública, así como alrededor de cien comunicaciones de póster y una exposición titulada “Motivo: pobreza” también sirvieron para proporcionar material de reflexión a los participantes.

### Principales puntos que surgieron en el transcurso de la jornada

Dentro de los puntos recolectados gracias a los procesos ya descritos, dos nos parecen importantes de resaltar.

#### La Carta de Ottawa: ¿útil, utilizable, utilizada?

Aunque la mayoría de las personas presentes en el simposio juzgaron que la Carta de Ottawa es todavía útil hoy en día, es conveniente preguntarse sobre el significado de esta utilidad. Los participantes aportaron múltiples respuestas dejando crear a primera vista que cada uno se apropia a su manera el contenido de la Carta. Sin embargo, se encuentran algunas constantes en las ideas recolectadas. Para varios, la Carta de Ottawa constituye un documento de base en promoción de la salud o en salud pública, el cual serviría para guiar la investigación, las intervenciones o la formación. De esta manera, la Carta fue designada por apelativos singulares como: cuadro de referencia; filosofía; reagrupamiento de ideas, de orientaciones, de direcciones; grandes líneas; visión; manifiesto; e incluso ¡la Biblia! Sólo algunas personas describieron la Carta de Ottawa explícitamente como instrumento de intervención para usar directamente sobre el terreno, siendo esta entonces percibida más como un instrumento conceptual o teórico. Varios mencionaron además no utilizarla en su trabajo cotidiano.

La Carta, cuya utilidad conceptual parecía incontestable para los participantes, sufriría entonces de una cierta carencia de aplicación. Las razones evocadas para explicar esta carencia se encuentran en la dificultad de traducir concretamente la Carta a la práctica, así como en una baja voluntad política de ponerla en obra en todos niveles. Estos puntos fueron señalados durante la plenaria de apertura de la jornada: según los ponentes, al entusiasmo

1. Una versión preliminar de este artículo fue publicado en *Reviews of Health Promotion & Education Online* (RHPEO) <http://www.rhpeo.org/reviews/2007/2/index.htm>.

2. Facultad de Ciencias de la Enfermería, Universidad de Laval, Canadá. Correspondencia a Michel O'Neill: [Michel.O'Neill@fsi.ulaval.ca](mailto:Michel.O'Neill@fsi.ulaval.ca).

3. Equipo de redacción de *Reviews of Health Promotion & Education Online* ([www.rhpeo.org](http://www.rhpeo.org)).

4. Facultad de Derecho, Universidad de Laval; Colectivo para un Québec sin pobreza, Québec, Canadá.

5. Programa interdisciplinario de Doctorado en Salud Comunitaria, Universidad de Laval, Québec, Canadá.

6. Facultad de medicina, Universidad de Laval, Québec, Canadá.

7. Grupo teatral *Mise au jeu*, Montreal, Canadá.

8. Universidad McGill y Dirección de Salud Pública de Montreal centro, Canadá.

generado tras la promulgación de la Carta en 1986, le sucedieron tiempos donde no ocurrió prácticamente nada a nivel de implementación. Hoy en día, ¿su aplicación sería mayoritariamente confinada al desarrollo ocasional de proyectos piloto en lugar de inspirar o de influir realmente en las políticas públicas? La Carta no podría, por ejemplo, ¿constituir una muralla que protegiera a la sociedad contra las políticas inapropiadas y contra las decisiones gubernamentales mal atinadas, concebidas sobre todo bajo consideraciones electorales? El espíritu de la Carta se opondría de esta manera al súbito alejamiento de Canadá ante el Protocolo de Kyoto, ejemplo señalado en el transcurso de la jornada como uno de los efectos directos de la toma del poder en Ottawa por un partido neoliberal.

### ¿La Carta de Ottawa todavía al día?

Por otro lado, ¿la Carta de Ottawa está todavía actualizada, a pesar de la amplitud de los cambios observados durante las dos últimas décadas con respecto, por ejemplo, a las relaciones internacionales, a las condiciones ambientales y a la salud mundial? Algunos de los participantes de la jornada señalaron que la Carta constituía todavía un documento al día, de donde proviene la percepción de su utilidad. Sin embargo, la necesidad de tener en cuenta factores ligados a la globalización y a la carencia de reconocimiento de las necesidades de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo, forman parte de los argumentos apoyados por algunos(as) que piensan que la Carta merece ser revisada.

Entonces, el modelo propuesto por la Carta no habría todavía alcanzado la totalidad de su potencial social y político, su impacto real está todavía esperándose. Desde la cúspide de sus 20 años, la Carta no parece sin embargo de ninguna manera jugar un papel de fósil teórico desecado por el sol de paradigmas más recientes o más innovadores.

### Conclusión: el “mensaje de Montreal” ¿un fuego de paja?

Contrariamente a muchas de las discusiones que han tenido lugar sobre la Carta de Bangkok, y que dejan entrever a menudo un cierto desuso de la Carta de Ottawa (RHPEO, 2005, 2006; Van Steenberghe et St-Amand, 2006), los participantes del simposio de Montreal parecen concebir todavía una cierta utilidad de la Carta, aunque poco fácil de poner en práctica. Además, en el transcurso de los días que siguieron al simposio, en un coloquio sobre la exclusión social llevado a cabo en Québec y en el discurso del Ministro de Québec de la Salud y Servicios Sociales pronunciado en Ste-Adèle para resaltar los veinte

años de la Red Quebequense de Ciudades y Municipios Saludables, la Carta de Ottawa fue explícitamente evocada. Esas evocaciones son simplemente coyunturales, o ¿reflejan una robustez real de la Carta así como su capacidad para haber formulado, de una manera particularmente eficaz, situaciones aún no resueltas después de 20 años que permanecen todavía en el corazón de las preocupaciones de salud pública de hoy? Esto es lo que la Conferencia de Vancouver continuará explorando en junio del 2007.

---

### Referencias:

- JASP (2006); Programme des 10es Journées annuelles de santé publique, Montréal, <http://www.inspq.qc.ca/jasp/programme/2006/default.asp?A=2&Lg=f>
- RHPEO (2005, 2006); Série « Ottawa 1986-Vancouver 2007: devrait-on changer la Charte d'Ottawa? », *Reviews of Health Promotion & Education Online*, <<http://www.rhpeo.org>>.
- Van Steenberghe, É. et St-Amand, D. (dirs.) (2006); *La charte de Bangkok? Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé?* Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), 94 p.
-

### Las desigualdades sociales en el ámbito de la salud de Ottawa a Vancouver: actuar para una “justa igualdad de oportunidades”

V. Ridde, A. Guichard y D. Houéto, p. 12 (English version); p. 44 (Version française)

Los autores pretenden demostrar que, en estos 20 últimos años, la Carta de Ottawa de 1986 no ha sido percibida, ni siquiera por los que se refieren a ella, como un instrumento estratégico orientador de las intervenciones a favor de la reducción de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud. Efectivamente, si bien determinadas políticas públicas sanitarias hacen hincapié en la disminución de las desigualdades sociales de salud, parece que únicamente la Carta de Ottawa disponga de la categoría de declaración internacional a tal efecto. Las desigualdades sociales de salud son las diferencias de salud sistemáticas, evitables e injustas que perduran entre las personas y los subgrupos de población. Cuatro ejemplos pertenecientes al campo de la promoción de la salud sirven para demostrar que el olvido de luchar contra dichas desigualdades no es propio de los que dicen pertenecer a la salud pública. Pero actuar contra las desigualdades sociales de salud no es intervenir contra la pobreza. Es más, actuar en base al principio de la igualdad de oportunidades, la ideología de la meritocracia o únicamente a favor del conjunto de la población, sin preocuparse de los subgrupos, sólo desemboca, en el mejor de los casos, en la reproducción de las desigualdades. Aunque no contamos con suficientes datos concluyentes, existen estudios que muestran que la reducción de las desigualdades sociales de salud no es una opción. Avanzamos tres pistas para explicar este olvido de las desigualdades sociales de salud por parte de los actores de la promoción de la salud. La Carta de Ottawa tuvo el mérito de hacer hincapié en la lucha contra dichas desigualdades. Ahora, más allá de las declaraciones, del marco estratégico que la Carta ofrece y de acuerdo con la Carta de Bangkok, tenemos que demostrar nuestra voluntad. Apuntamos algunas prioridades de futuro, cuya defensa debería asumir la UIPES.

### Revitalizar la base de evidencias para la salud pública: el modelo basado en los activos

A. Morgan y E. Ziglio, p. 17

A lo largo de la historia, los enfoques de la promoción de la salud de la población tenían su fundamento en un modelo basado en las carencias de dicha población. Es decir, tienden a centrar su acción en detectar los problemas y las necesidades de las poblaciones que requieren recursos profesionales y dependen en gran medida de los hospitales y los servicios sociales. Estos modelos basados en las carencias son importantes y necesarios para detectar las necesidades y las prioridades. Pero tienen algunas desventajas. Como por ejemplo, definir a las comunidades y a las personas en términos negativos, sin tener en cuenta lo positivo y lo que funciona bien en el seno de las mismas. Por el contrario, el modelo basado en los activos tiende a acentuar la capacidad real de detectar los problemas y activar las soluciones, lo cual promueve la autoestima de personas y comunidades, y conlleva una menor dependencia de los servicios profesionales.

Gran parte de la evidencia que sirve a los responsables de las políticas para tomar decisiones con conocimiento de causa respecto de los enfoques más efectivos para promover la salud y para abordar las desigualdades en materia de salud se fundamenta en un modelo basado en las carencias y en consecuencia, llevan a la puesta en marcha políticas y prácticas que, de modo desproporcionado, restan autonomía a las poblaciones y comunidades que supuestamente tienen que beneficiarse de ellas. El enfoque de la salud y del desarrollo que se basa en los activos de una comunidad adopta la noción salutogénica de generación de salud y, de este modo, fomenta la plena participación de las comunidades locales en el proceso de desarrollo de la salud.

El modelo basado en los activos que presentamos aquí pretende revitalizar el pensamiento y la acción de los responsables de elaborar las políticas, de los investigadores y de los profesionales de la salud para promover un planteamiento más basado en los recursos que en las carencias con vistas a abordar las desigualdades en materia de salud. El modelo contiene un enfoque sistemático de la salud pública basado en los activos que puede ofrecer evidencia científica y mejores prácticas sobre cómo optimizar la reserva de activos esenciales para la promoción de la salud. Restablecer el equilibrio entre el modelo basado en los activos y el de las carencias para llevar a cabo una salud pública basada en la evidencia podría ayudarnos a desbloquear alguno de los obstáculos existentes para emprender acciones eficaces respecto de la desigualdad en materia de salud.

## Posibilitar la transformación de los sistemas sanitarios: ¿qué avances se han logrado en la reorientación de los servicios de salud?

M. Wise y D. Nutbeam, p. 23

Durante los últimos 20 años, la Carta de Ottawa ha influido de modo extraordinario en la formulación de los objetivos y conceptos de la promoción de la salud y en la configuración de la práctica de la salud pública en todo el mundo. Sin embargo, de las cinco áreas de acción identificadas por la Carta, parece que se ha dedicado escasa atención sistemática al reto de reorientar los servicios de salud y los avances en la práctica distan de ser óptimos.

Lo que pretendía la Carta de Ottawa con la propuesta de reorientar los servicios de salud era lograr un mayor equilibrio entre las inversiones en prevención y en tratamientos y añadir los indicadores de salud de la población a los del individuo.

No obstante, apenas hay hechos que corroboren que la reorientación de los servicios de salud en estos términos se haya producido sistemáticamente en algún punto del mundo. Y ello es así a pesar de que desde 1986, se hacen cada vez más evidentes tanto la necesidad de reorientar los servicios de salud como los potenciales beneficios de hacerlo. Se ha demostrado que la educación del paciente, los cuidados preventivos (los exámenes médicos, la vacunación) y los cambios organizativos y ambientales que han llevado a cabo las organizaciones de salud han tenido resultados positivos en la salud y en los entornos donde se han llevado a cabo. No obstante, las pruebas de la efectividad no han bastado, por sí solas, para incidir en las preferencias de la comunidad ni en las decisiones políticas.

La falta de avances apunta a la necesidad de reformular seriamente los enfoques que hemos utilizado hasta la fecha. El artículo propone una serie de vías de salida. Entre ellas, trabajar de manera efectiva en colaboración con las comunidades a las que queremos servir movilizándolo los apoyos para lograr los cambios y fortalecer este aspecto incidiendo más ampliamente en la opinión pública a través de los medios de comunicación. Está demostrado que la implicación activa de los profesionales clínicos de salud es decisiva si queremos lograr cambios sostenibles. Por último, reconocemos que, trabajando en colaboración con organizaciones de abogacía afines a ella, la UIPES podría utilizar sus conocimientos y su experiencia para liderar las acciones encaminadas a transformar los sistemas sanitarios con lo que haría una contribución de primer orden a la mejora de la salud pública.

---

## La Carta de Ottawa, ¿tuvo algo que ver en el avance que experimentó la evaluación de la efectividad de la promoción de la salud?

L. Evans et al., p. 28

La Carta de Ottawa no hace mención explícita al papel de apoyo que debería desempeñar la evidencia en el desarrollo de la promoción de la salud, ni tampoco contiene debate alguno sobre los métodos disponibles para evaluar la efectividad de los programas y políticas de promoción de la salud, ni hace recomendaciones al respecto. Los autores de este artículo señalan que ni la evidencia, ni la efectividad fueron cuestiones prioritarias de la Carta de Ottawa y, por consiguiente, suscitaban poco interés durante los primeros tiempos del desarrollo de las prácticas de la promoción de la salud. El artículo reflexiona sobre las diversas repercusiones del avance que ha experimentado la evaluación de la efectividad de la promoción de la salud mucho después de la redacción de la Carta de Ottawa; examina los progresos en este campo desde entonces y anima al lector a seguir considerando los retos que quedan pendientes, mientras se prepara para la 19ª Conferencia Mundial de la UIPES, en la cual, uno de los temas principales es, precisamente, "evaluar la efectividad de la promoción de la salud."

## Reflexión sobre el futuro de la promoción de la salud: Resumen

### Incrementar la efectividad de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud en el desarrollo de la promoción de la salud para el futuro

M. B. Mittelmark et al., p. 33

El éxito de muchas iniciativas llevadas a cabo por la UIPES en los últimos años nos brinda un motivo de celebración, pero nos recuerda asimismo los retos que quedan por delante. El Programa Mundial para la Efectividad de la Promoción de la Salud ofrece un ejemplo de cómo puede la UIPES participar activamente en las redes mundiales a favor de la salud y liderarlas. La investigación en materia de promoción de la salud está bien organizada y es productiva en casi todos los países del hemisferio Norte, pero existen importantes depósitos de conocimientos en el Sur que apenas se han divulgado. La UIPES necesita ayudar a liberar de estructuras innecesarias a todos aquellos que generan conocimientos y hallar nuevas formas de iluminar dichos conocimientos para que todos puedan verlos. Hemos desarrollado y demostrado la efectividad de un conjunto de técnicas, de las cuales un buen exponente es la promoción de la salud basada en los entornos. No obstante, no han llegado a la gran mayoría de las comunidades y la UIPES tiene que ser pionera en encontrar formas de divulgar mejor las prácticas efectivas de la promoción de la salud. La UIPES es un firme y eficaz defensor de la formación, de las prácticas y de la investigación en el ámbito de la promoción de la salud. Ahora tenemos que ampliar nuestra labor de defensa a la equidad en el ámbito de la salud apoyándonos en nuestro trabajo efectivo sobre las cláusulas sociales de los acuerdos comerciales y en el control del tabaco.



## Conference programme at a glance



# The 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education

CANADA ✨ 2007

*The schedule is subject to change should the need arise*

|              | Sunday<br>June 10 | Monday<br>June 11   | Tuesday<br>June 12  | Wednesday<br>June 13  | Thursday<br>June 14  | Friday<br>June 15  |                 |
|--------------|-------------------|---|---|---|--|--|-----------------|
|              |                   | <b>CREATING<br/>SUPPORTING<br/>ENVIRONMENTS<br/>FOR HEALTH</b>  | <b>BUILDING<br/>HEALTHY PUBLIC<br/>POLICY</b>   | <b>STRENGTHENING<br/>COMMUNITY<br/>ACTION<br/>DEVELOPPING<br/>PERSONAL<br/>SKILLS</b>   | <b>REORIENTING<br/>HEALTH<br/>SYSTEMS</b>  |  |                 |
| <b>08:30</b> |                   | Plenary introduction  | Plenary introduction  | Plenary introduction  | Plenary introduction   | <b>ENABLING<br/>SYSTEMS</b>  |                 |
| <b>08:45</b> | Registration      | <b>Plenary Session</b><br><br>Chair:<br>Sylvie Stachenko<br><br>David McQueen<br><br>Jeff Reading<br><br>Michael Marmot   | <b>Plenary Session</b><br><br>Chair:<br>David Butler-Jones<br><br>Michel Autés<br><br>Nadarajah Sivarajah<br><br>Paulo Buss   | <b>Plenary Session</b><br><br>Chair:<br>Michel O'Neill<br><br>Vivian Labrie<br><br>María Dolores Fernós<br><br>Esau Kekeubata   | <b>Plenary Session</b><br><br>Chair:<br>Maurice B. Mittelmark<br><br>Palanitina Toelupe<br><br>Stephen Matlin<br><br>Monique Bégin   | <b>TRANSFORMATIONS<br/>Concurrent<br/>Sessions</b>   |                 |
| <b>10:00</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>10:30</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>11:00</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>12:00</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>12:15</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>13:30</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>13:45</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>14:45</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
| <b>15:00</b> |                   | Nutrition Break   |   |   |  | Nutrition Break  | Nutrition Break |
|              |                   | <b>Reducing Health Inequities<br/>Concurrent Sessions</b>   | <b>Reducing Health Inequities<br/>Concurrent Sessions</b>   | <b>Reducing Health Inequities<br/>Concurrent Sessions</b>   | <b>Reducing Health Inequities<br/>Concurrent Sessions</b>  | <b>Concurrent Sessions</b>   |                 |
|              |                   | Lunch   |   |   |  | <b>Closing Ceremony</b>  |                 |
|              |                   | <b>Debate &amp; Dialogue</b><br><br>DD1<br>Health Promotion Effectiveness<br><br>DD2<br>Social Determinants of Health<br><br>DD3<br>Diversity in Health Determinant & Health Promotion Needs Among Vulnerable Populations | <b>Debate &amp; Dialogue</b><br><br>DD5<br>Knowledge Translation: Linking Research & Policy<br><br>DD6<br>Assessing Effectiveness of Health Promotion<br><br>DD7<br>Knowledge Decentralization of Public Health & Health Promotion Policies<br><br>DD8<br>Globalization | <b>Debate &amp; Dialogue</b><br><br>DD1<br>School Health Promotion<br><br>DD10<br>Reducing Health Inequalities<br><br>DD11<br>Decentralization: Links Between Central Decision-Makers and Local Actors<br><br>DD12<br>Assets for Health & Development: Creating Supportive Environments | <b>Debate &amp; Dialogue</b><br><br>DD13<br>Mental Health Promotion<br><br>DD14<br>Enabling Systems Transformation<br><br>DD15<br>Evaluation of Health Promotion in the Americas<br><br>DD16<br>Evidence-Informed Health Promotion: Role of Knowledge Translation? | Mary Amuyunzu-Nyamongo<br><br>David Butler-Jones<br><br>Ilona Kickbusch<br><br>Gauden Galea<br><br>New IUHPE President |                 |
|              |                   | Closing Reception   |   |   |  |  |                 |

## Conference programme at a glance

|              | Sunday<br>June 10 | Monday<br>June 11   | Tuesday<br>June 12   | Wednesday<br>June 13  | Thursday<br>June 14   | Friday<br>June 15 |
|--------------|-------------------|---|--|---|---|-------------------|
|              |                   | <b>CREATING SUPPORTING ENVIRONMENTS FOR HEALTH</b>  | <b>BUILDING HEALTHY PUBLIC POLICY</b>  | <b>STRENGTHENING COMMUNITY ACTION DEVELOPPING PERSONNAL SKILS</b>                         | <b>REORIENTING HEALTH SYSTEMS</b>   |                   |
| <b>15:00</b> |                   | Nutrition Break   | Nutrition Break  | Nutrition Break   | Nutrition Break   |                   |
| <b>15:30</b> |                   | Assets for Health and Development & Effectiveness of Health Promotion Concurrent Sessions | Assets for Health and Development & Effectiveness of Health Promotion Concurrent Sessions          | Assets for Health and Development & Effectiveness of Health Promotion Concurrent Sessions | Assets for Health and Development & Effectiveness of Health Promotion Concurrent Sessions |                   |
| <b>17:00</b> |                   |   |  | <i>Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness</i> Book Launch                  | IUHPE General Assembly  |                   |
| <b>17:30</b> |                   |   | <b>Canada Night:</b><br>A celebration of Canada's contribution to health promotion internationally |   |   |                   |
| <b>18:00</b> | Opening Ceremony  |   |  |   |   |                   |
| <b>18:30</b> |                   |   |  |   |   |                   |
| <b>19:00</b> |                   |   |  |   |   |                   |
| <b>19:30</b> |                   | Indigenous Peoples' Night   |  |   |   |                   |
| <b>20:00</b> |                   |   |  |   |   |                   |
| <b>20:30</b> | Opening Reception |   | Reception Dance  |   |   |                   |
| <b>21:00</b> |                   |   |  |   |   |                   |
| <b>21:30</b> |                   |   |  |   |   |                   |
| <b>1:00</b>  |                   |   |  |   |   |                   |

Key:

- Plenary Session
- Debate & Dialogue
- Opening & Closing Ceremony
- Sessions
- Social Events
- Break

The schedule is subject to change should the need arise



## International Union for Health Promotion and Education Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud

**Honorary President:**  
Raoul Senault, France

**IUHPE officers 2004-2007**

**President:**  
Maurice Mittelmark, Norway  
Past President: Spencer Hagard, United Kingdom

**Global Vice Presidents:**  
Pierre Anwidson, France  
Maggie Davies, United Kingdom  
Marcia Hills, Canada  
David McQueen, United States  
Alyson Taub, United States

**Regional Vice Presidents:**  
John Kenneth Davies, United Kingdom (Europe)  
Marcia Faria Westphal, Brazil (Latin America)  
Brick Lancaster, United States (North America)  
Toshitaka Nakahara, Japan (Northern Part of the Western Pacific)  
K. Basappa, India (South-East Asia)  
Michael Sparks, Australia (Southwest Pacific)

**Regional Directors:**  
Hiram Arroyo, Puerto Rico (Latin America)  
Claudia Coggin, United States (North America)  
Masaki Moriyama, Japan (Northern Part of the Western Pacific)  
N. R. Vaidyanathan, India (South-East Asia)  
Jan Ritchie, Australia (Southwest Pacific)

### Regional Offices:

**Europe**  
c/o J. K. Davies  
Faculty of Health, Univ. of Brighton  
Falmer, Brighton BN1 9PH, U.K.  
E-mail: J.K.Davies@bton.ac.uk

**South-East Asia**  
Health & Family Welfare Training Center  
Magadi Road  
Bangalore 560023, India  
Email: iuhpe-searb@vsnl.net

**North America**  
University of North Texas  
Health Science Center, School of Public Health  
3500 Camp Bowie Blvd., Fort Worth, TX 76107-2699  
United States  
E-mail: NARO@hsc.unt.edu

**Northern Part of the Western Pacific**  
Fukuoka University School of Medicine  
Department of Public Health  
7-45-1 Nanakuma, Jonanku, Fukuoka  
JAPAN 814-0180  
Tel: +81-92-801-1011 x.3315  
Fax: +81-92-863-8892  
E-mail: masakim@cis.fukuoka-u.ac.jp

**Latin America**  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Ciencias Médicas  
Facultad de Ciencias Biosociales  
y Escuela de Salud Pública  
Departamento de Ciencias Sociales  
PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067  
E-mail: harroyo@rcm.upr.edu

**Southwest Pacific**  
School of Public Health and Community Medicine  
The University of New South Wales  
Sydney, NSW 2052, Australia  
E-mail: j.ritchie@unsw.edu.au

**Africa and Eastern Mediterranean**  
These structures are currently being developed

The IUHPE is a Global Professional Association devoted to contributing to greater equity in health through health promotion and health education. Founded in 1951, the IUHPE works in close cooperation with major inter-governmental and non-governmental organisations to influence and facilitate the development of health promotion strategies and projects.

The journal is one of the IUHPE's main communication tools and it aims to:

1. provide an international and interdisciplinary forum for the dissemination and exchange of health promotion, health education and public health theory, research findings, practice and reviews in a range of settings and specific populations;
2. publish articles which ensure wide geographical coverage and are of general interest to an international readership;
3. encourage and support authors from low- and middle-income countries, as well as, non-English speakers to publish through the Health Promotion Journals Equity Project (HPJEP);
4. remain committed to equitable access in publication, in terms of language and type of contribution. The journal's content spans wider than a traditional academic journal to reflect the daily practical success stories and challenges of practitioners in the field in terms of their lessons learned from interventions, and their experiences in terms of areas like advocacy, networking and partnership.
5. provide a fair, supportive and high quality peer review process;
6. ensure a multi-lingual print dissemination tool for information on IUHPE projects, events and other relevant communications for members of the network.

L'UIPES est une Association professionnelle mondiale dont la mission est de contribuer à la réduction des inégalités de santé à travers la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. Fondée en 1951, l'UIPES travaille en étroite collaboration avec de nombreux Organismes intergouvernementaux et non gouvernementaux pour influencer et développer des stratégies et projets de promotion de la santé partout dans le monde.

La revue a pour but de :

1. Fournir un forum international et interdisciplinaire pour diffuser et échanger des théories de promotion de la santé, d'éducation pour la santé et de santé publique, des résultats de recherches, des pratiques et des évaluations, dans différents environnements, et auprès de populations spécifiques ;
2. Publier des articles qui garantissent une large couverture géographique et présentent un intérêt d'ordre général pour un lectorat international ;
3. Encourager et soutenir les auteurs de pays à faible et moyen revenu, de même que les non anglophones, afin qu'ils puissent publier en bénéficiant du Projet Équité des Publications de Promotion de la Santé (HPJEP) ;
4. S'engager pour un accès équitable à la publication, que ce soit en termes linguistiques ou au niveau des types de contribution. Le contenu de la revue est plus étendu que celui d'une revue académique traditionnelle, et cela afin de refléter les réussites et les difficultés que connaissent quotidiennement les acteurs de ce domaine sur le terrain en termes de leçons tirées des interventions, ainsi que leurs expériences dans des domaines tels que le plaidoyer, le travail en réseau et le partenariat.
5. Garantir un processus de révision des articles qui soit juste et de grande qualité, et qui soutienne les auteurs ;
6. Garantir un outil de diffusion multilingue sur papier des projets et des événements de l'UIPES, ou d'autres communications pertinentes pour les membres de son réseau.

La UIPES es una Asociación profesional mundial dedicada a la consecución de la equidad en materia de salud a través de la promoción de la salud y la educación para la salud. Fundada en 1951, la UIPES trabaja en estrecha cooperación con importantes organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales para influenciar y facilitar el desarrollo de estrategias y proyectos de promoción de la salud.

La revista aspira a:

1. Ofrecer un foro internacional e interdisciplinario para la divulgación e intercambio de la teoría, los descubrimientos de la investigación, la práctica y la crítica de la promoción de la salud, de la educación para la salud y de la salud pública, en diversidad de entornos y de poblaciones concretas;
2. Publicar artículos que garanticen la diversidad geográfica y que sean de interés general para una red de lectores de ámbito internacional;
3. Promocionar y prestar apoyo a los autores procedentes de países de rentas medias y bajas, así como a los de habla no inglesa, para que puedan publicar, gracias al Proyecto de Equidad en las Revistas de Promoción de la Salud (HPJEP, en sus siglas en inglés);
4. Mantener su compromiso de trabajar por una mayor igualdad de oportunidades a la hora de publicar respecto de los diferentes idiomas y tipos de textos. El contenido de Promotion & Education es mucho más amplio que el de una revista académica tradicional en aras a reflejar los éxitos cosechados y los problemas surgidos en la práctica cotidiana de los profesionales de nuestro campo, es decir, las lecciones aprendidas a partir de las intervenciones realizadas y sus experiencias en el campo de la abogacía, el trabajo en red y los partenariados.
5. Ofrecer un proceso de revisión por iguales que sea equitativo, constructivo y de elevada calidad;
6. Garantizar una herramienta multilingüe de difusión impresa que ofrezca información sobre los proyectos y las actividades de la UIPES, así como otro tipo de información relevante para los miembros de la red.

### Headquarters Staff

**Executive Director:** Marie-Claude Lamarre – mclamarre@iuhpe.org  
**Membership Officer:** Janine Cadinu – jcadinu@iuhpe.org  
**Programme Director:** Catherine M. Jones – cjones@iuhpe.org  
**Communications Officer:** Martha W. Perry – mperry@iuhpe.org

### IUHPE Headquarters

42, boulevard de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France  
Tel: +33 48 13 71 20 – Fax: +33 1 48 09 17 67 – Email: iuhpe@iuhpe.org



**IUHPE**

INTERNATIONAL UNION  
FOR HEALTH PROMOTION  
AND EDUCATION

**UIPES**

UNION INTERNATIONALE  
DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

*[www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org)*

UNIÓN INTERNACIONAL  
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

42, boulevard de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France  
Tel.: +33 1 48 13 71 20 – Fax: +33 1 48 09 17 67 – Email: [iuhpe@iuhpe.org](mailto:iuhpe@iuhpe.org)