

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



La salud como derecho humano fundamental. Implicaciones para la construcción y gestión de una política pública para la promoción de la salud en la escuela en Colombia

Gabriel Jaime Otálvaro Castro

2015

La salud como derecho humano fundamental. Implicaciones para la construcción y gestión de una política pública para la promoción de la salud en la escuela en Colombia¹

Gabriel Jaime Otálvaro Castro²

*Facultad Nacional de Salud Pública
Red de Salud Colectiva Colombia*

Resumen

Se presenta una reflexión acerca de las posibilidades de construcción de una política pública de salud escolar, tomando tres contextos de análisis: a) La crisis del sistema de salud, que expresa un desajuste entre la orientación hacia el mercado impulsada por los gobiernos nacionales durante los veinte años de implementación del sistema y el sustento jurídico que reconoce la salud como derecho fundamental posicionada por la acción de las altas cortes del país, en torno a lo cual se ha gestado una creciente movilización social por este derecho. b) las posibilidades que surgen a partir de la recientemente sancionada Ley Estatutaria de la Salud, con la cual se afirma y regula el derecho a la salud en Colombia. c) los desafíos que surgen para la gestión de la salud escolar en el nuevo contexto normativo de la salud pública en Colombia.

Palabras clave: Salud escolar, salud pública, derecho a la salud, promoción de la salud, políticas en salud

Introducción

El grupo de investigación *Estilo de Vida y Desarrollo Humano*, del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, ha convocado a dialogar en torno a los aprendizajes y acumulados producidos en el desarrollo de la experiencias de gestión de programas e iniciativas de salud escolar y de la investigación en dicho campo en el país, de cara a propiciar la formulación de una política pública de salud escolar para el país (Flórez-Alarcón & Vélez-Botero, 2015). Llamado pertinente ante un momento de transición que se vive en el sistema de salud en Colombia, que luego de 20 años de implementación bajo un arreglo de mercado y ante evidentes problemas de legitimidad social, desempeño y resultados, ha sido objeto de múltiples cambios normativos, con los cuales se ha pretendido conjurar la crónica crisis que acompaña su desarrollo histórico.

Los cambios normativos de mayor trascendencia se han presentado a partir de 2008, como resultado de la acción impulsada por los jueces de la Corte Constitucional, a través de la sentencia T-760, en la cual se reconoció el carácter fundamental del derecho a la salud, señalando la existencia de problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud y el incumplimiento del Estado en respetar, proteger y garantizar su goce efectivo (Corte Constitucional, 2008). Hasta el

¹ Ponencia presentada en el simposio “Salud, educación y desarrollo humano”, organizado por la Universidad Nacional de Colombia, realizado en Bogotá D.C. del 11-13 de mayo de 2015. Disponible en: http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=234&Itemid=11

² Odontólogo, Mg en educación, PhD (C) en Salud Colectiva. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia. gjotalvaro@gmail.com

presente reciente, en el cual se dio el reconocimiento jurídico y político de la salud como derecho fundamental y autónomo, a través de la Ley Estatutaria en Salud – *Ley 1751 de 2015*-, que constituye la afirmación normativa de mayor trascendencia ocurrida en el tiempo de existencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sin embargo este panorama normativo genera una profunda contradicción por resolver, en términos de los cambios obligados que deben darse para afrontar el desajuste ahora manifiesto, entre el sentido amplio del derecho a la salud reconocido jurídicamente, que obliga una amplia y decidida acción del Estado; y el ordenamiento político-institucional bajo el cual opera el sistema de salud, que se orienta bajo premisas de mercado, que resulta altamente fragmentado y con una debilidad estructural del Estado para actuar en el direccionamiento, provisión, articulación y control del sistema.

En este contexto propongo una discusión sobre los desafíos de la construcción de una política nacional para la promoción de la salud en la escuela, señalando los retos que supone materializar los preceptos de la Ley Estatutaria en Salud – LES de ahora en adelante – en el campo específico de la salud escolar, apuntando hacia una perspectiva potenciadora de la gestión de una política pública comprometida con la garantía del derecho a la salud de la población escolar del país.

El texto pretende aportar elementos de reflexión para animar la acción colectiva de los actores sociales interesados en promover la construcción de una política pública para la promoción de la salud en la escuela en Colombia, recogiendo acumulados del trabajo personal, algunos compartidos con la red creada en torno al *Boletín Electrónico de Salud Escolar TIPICA* (Otálvaro, 2006; Zuluaga et al., 2011), otros con los gestores de la política de salud de Bogotá (Otálvaro, 2008) y complementados con los aportes que desde la salud colectiva se pueden proponer, dado el particular contexto social, político e institucional en el que se gestiona la salud pública en el país (Almeida & Paim, 1999; Breilh, 2003; Granda, 2004).

El texto se compone de tres apartados, en el primero se revisa el contexto sociopolítico en el cual se gestan y gestionan las políticas sanitarias del país, seguidamente se discute en torno al significado e implicaciones para la gestión que tiene el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, para terminar con algunos planteamientos que identifican desafíos que logro vislumbrar en los procesos de gestión de la promoción de la salud en la escuela con el advenimiento de este nuevo marco social y político que se abre con el reconocimiento de la salud como derecho fundamental.

El contexto sociopolítico de la gestión de políticas públicas en salud: la crisis del sistema y las disputas por el sentido del derecho a la salud

El reconocimiento y comprensión de este momento histórico de crisis del sistema de salud, resulta una importante clave explicativa para pensar las posibilidades y desafíos de la construcción de una política pública de salud escolar en Colombia. Frente a esto existen tal variedad de posiciones, en ocasiones contradictorias, lo que expone la ausencia de un acuerdo de visión y proyección capaz de orientar y delimitar las coordenadas de un renovado quehacer, coordinado e integrador en cualquier área del sistema de salud.

Partamos de repasar de modo sintético las diferentes explicaciones que se dan a la situación del sistema de salud y las posturas frente a las medidas de cambio o ajuste necesarias, en torno a ello se puede identificar la disputa de los actores por el sentido del derecho a la salud. Y de esto se

desprende la posibilidad a la construcción de una política pública para la promoción de la salud escolar como herramienta de realización del derecho a la salud.

En el posicionamiento de la institucionalidad oficial nacional, se niega la existencia de una crisis general en el sistema de salud. Aunque se reconocen problemas, estos serían puntuales y/o coyunturales, derivados de fallos en la regulación. El alcance de estos análisis ponen su acento, principalmente en las dificultades de orden financiero y problemas de corrupción (Vega, 2011),

Por el contrario, el posicionamiento de un amplio y diverso conjunto de actores, entre los que se encuentran instituciones académicas, organizaciones sociales y de usuarios, gremios profesionales, sindicatos de trabajadores, asociaciones de hospitales públicos y de clínicas, secretarías municipales de salud, entre otros, plantea la existencia de una crisis general del sistema de salud, no solo relacionada con problemas en las reglas de juego de los actores, sino que es el producto del diseño y la racionalidad misma del sistema, y que genera una sistemática violación al derecho a la salud (Alianza Nacional por la Salud, 2013; Academia Nacional de Medicina, 2012; Encuentro la academia tiene la palabra, 2013; Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, 2014; Profesores Facultad Nacional de Salud Pública, 2010).

Luego de dos décadas de implementación del sistema de salud bajo un esquema de aseguramiento y competencia público – privada, el balance desde una perspectiva de salud pública, expone una realidad donde la acción en salud pública y las políticas públicas intersectoriales son residuales, siendo muy limitada la capacidad de direccionamiento y rectoría en salud del Estado en sus diferentes niveles territoriales (Franco, 2003; Corte Constitucional, 2007; Molina et al., 2013). Todo esto imposibilitado de modo estructural por la primacía del aseguramiento individual y des-territorialización sobre la cual se sostiene el sistema de salud.

Rebasa las posibilidades de este texto exponer con profundidad los diversos planteamientos de este debate social y político en torno a la crisis del sistema de salud. Ahora bien, lo que esto demuestra es que la acción política de diferentes actores sociales, ha puesto en la agenda del país la existencia real de problemas sistemáticamente vividos por los ciudadanos en toda la geografía nacional y en los diferentes ámbitos de acción del sistema de salud, en los 20 años de existencia del sistema. No solo se trata de un grave desajuste de orden financiero, sino de una crisis de los resultados en salud y equidad, de valores en juego, y de desempeño en general del sistema (Molina et al., 2013; Echeverri, 2013), que impacta en el bienestar general de la sociedad y disminuye las posibilidades de desarrollo humano integral, especialmente de las poblaciones más empobrecidas.

A su vez esto devela la existencia de un problema de legitimidad social, que expone el debilitamiento de las relaciones de confianza entre los actores del sistema de salud del país, con lo que las posibilidades de construir articulaciones entre los actores resulta un asunto de gran complejidad en este momento histórico, constituyendo un importante telón de fondo de la construcción y gestión de políticas en salud y uno de los mayores desafíos que tendrá que enfrentar la intención de construir una política pública para la promoción de la salud en la escuela.

Resulta paradójico que sea en el contexto de la crisis del sistema de salud, que se ha allanado el camino para lograr el reconocimiento formal de la salud como derecho fundamental autónomo, en el orden jurídico y político del país, por la convergencia de la acción jurídica impulsada por las altas cortes del Estado, y por la creciente aunque intermitente acción colectiva que demanda la transformación del sistema de salud.

Un punto de quiebre en este acontecer, lo representó el pronunciamiento de la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-760 en 2008, en el cual se reconoce un estado de cosas inconstitucional, ante la violación sistemática del derecho a la salud por problemas estructurales del sistema de salud (Palacio, 2014) y se ratifica la salud como derecho fundamental autónomo³. Esto y la creciente movilización social contra la mercantilización del sistema de salud, han presionado el desarrollo de múltiples ajustes del sistema de inspiración gubernamental⁴, si bien todas ellas profundizan el modelo de mercado, también esto ha desencadenado la más importante movilización social⁵ por el derecho a la salud en la historia del país (Torres, 2013).

Este momento de transición puede ser percibido, socialmente, como uno de grandes confusiones, debido a la profusa cantidad de cambios normativos, a la vez de la persistente demanda por cambios en la estructura y formas de relación de los actores del sistema de salud para cumplir con la nueva normatividad. Mucho más, en tanto la reciente sanción de la Ley 1751 de 2008 (Congreso de la República, 2015) o Ley estatutaria de la salud, que afirma y regula el derecho fundamental a la salud, encuentra como su principal obstáculo, la orientación de mercado que tiene la política de salud y las prácticas instituidas en el sistema de salud en sus más de 20 años de existencia.

Ante la convocatoria a discutir acerca de las posibilidades y las orientaciones para la formulación de una política pública de salud escolar, se impone la necesidad de examinar las condiciones sociopolíticas concretas bajo las cuales esto podría tener lugar. Frente a la constatación histórica y empírica del carácter residual de la salud pública en el sistema de salud, y la situación de crisis estructural por la que atraviesa, se nos exige el despliegue de una visión política en la cual se dimensionen el quehacer de la salud escolar.

La salud como derecho humano fundamental en Colombia. Implicaciones para la gestión de la salud

Ante el panorama del sistema de salud en Colombia, la reciente sanción de la Ley Estatutaria de la salud (Congreso de la República, 2015) representa un paso importante, aunque no resulte por sí misma suficiente para superar los obstáculos estructurales que limitan el pleno goce del derecho a la salud en Colombia (Palacio, 2014).

³ Aunque desde el 2003 se había dado dicho reconocimiento como se reitera en las Sentencias de la Corte Constitucional T-060 y T-148 de 2007.

⁴ Se refiere a las diversas iniciativas de reforma del sistema de seguridad social en salud, gestadas en el periodo enunciado (2008-2015) como: (a) los fallidos decretos presidenciales de emergencia social propuestos en 2009; (b) la Ley 1438 de 2011 mediante la cual se reformó el sistema de seguridad social y se adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud como orientadora del modelo de atención y se propuso la elaboración de un plan decenal de salud pública; (c) los proyectos de ley ordinaria y estatutaria en salud presentados en 2012, el primero de ellos fallido, el segundo que devino en la Ley 1751 de 2015 o estatutaria en salud, mediante el cual se regula el derecho fundamental a la salud; y (d) diversos decretos y resoluciones del Ministerio de Salud, como el Decreto 2702 de diciembre de 2014 por el cual se definen condiciones de solvencia financiera de las aseguradoras; el decreto 2561 de diciembre de 2014 por el cual se definen los mecanismos de operación del modelo de atención para zonas dispersas, y que inicia en el amazónico departamento de Guainía; la resolución 0518 de febrero de 2015 por la cual dictan disposiciones para la gestión de la salud pública y se establecen las directrices de ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

⁵ Tomo como punto de referencia la constitución del denominado Movimiento Nacional por la Salud Pública, posteriormente llamado Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, que se estructuró a partir del Congreso Nacional por la Salud realizado en la Universidad Nacional de Colombia en octubre de 2001 en Bogotá.

La nueva ley estatutaria de la salud define el contenido mínimo del derecho a la salud o núcleo esencial de este derecho, lo cual permite operacionalizar la exigibilidad jurídica de este derecho. A este respecto la ley lo considera no solo un derecho individual sino también uno colectivo, que comprende tanto el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud, como la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Se reitera la responsabilidad indelegable del Estado en su dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control (Congreso de la República, 2015).

El Estado debe respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de este derecho a partir de: (a) Abstenerse de adoptar decisiones que afecten directa o indirectamente la salud de la población; (b) Formular y adoptar políticas de salud, mediante acciones individuales y colectivas, coordinando la acción de los diferentes actores del sistema; (c) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho a la salud; (d) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante entidades especializadas; (e) Realizar seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población y evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho en función de sus principios; (f) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población; (g) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos (Congreso de la República, 2015).

Se definen 4 elementos del derecho a la salud que el Estado debe garantizar: (a) la disponibilidad, entendida como la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; (b) la aceptabilidad, entendida como el respeto por la ética médica así como de las particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, y permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud; (c) la accesibilidad, bajo lo cual los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto al pluralismo cultural. Esta comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información; (d) la calidad e idoneidad profesional, que entiende que los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario y ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico. Para lo cual se requiere: personal de la salud adecuadamente competente, educación continua, investigación y evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos (Congreso de la República, 2015).

Plantea la integralidad como atributo constitutivo del derecho a la salud, entendiendo que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o del sistema de provisión, cubrimiento o financiación. Se plantea que no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud de las personas (Congreso de la República, 2015).

Así mismo, se plantea que es obligación del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. El financiamiento de dichas políticas tendrá que ser complementario con los recursos de la atención individual (Congreso de la República, 2015).

La precitada ley define como sujetos de especial protección a: niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. La atención de estas no podrá limitarse por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen las mejores condiciones de atención (Congreso de la República, 2015).

La ley reconoce el derecho de las personas a participar en las decisiones del sistema de salud, lo que incluye: la participación en políticas y sus planes de implementación; en instancias de deliberación, veeduría y seguimiento; en programas de promoción y prevención; en las decisiones sobre las inclusiones/exclusiones de servicios y tecnologías; en la definición de prioridades y evaluación de los resultados en salud (Congreso de la República, 2015).

Ante este nuevo panorama normativo, las principales preocupaciones de los actores del sistema, y la resonancia en los medios informativos, se ha centrado en aspectos financieros y la preocupación por la sostenibilidad fiscal del sistema de salud. Las nuevas disposiciones tienen una vigencia inmediata, excepto para la re-definición de los nuevos contenidos del Plan Obligatorio de Salud, ahora replanteado ya no como un plan de contenidos predefinidos, sino un plan de exclusiones explícitas, para lo cual la ley otorga al gobierno nacional un plazo de 2 años para su definición.

Este nuevo escenario señala una profunda brecha entre el quehacer cotidiano de los actores del sistema de salud del presente y las visiones de futuro inmediato que se proponen desde la normatividad, el desfase es manifiesto. La adecuación de la gestión de la salud a los nuevos preceptos supone cambios profundos en diferentes dimensiones: estructural, organizacional y cultural, que solo serán posibles si existe una decidida voluntad del gobierno nacional por recuperar su rol de autoridad sanitaria y desmercantilizar la salud, así como de una acción colectiva ciudadana capaz de hacer suyos los planteamientos de la ley, acompañar sus desarrollos y realizar el control social que conlleve a la consolidación de un nuevo sistema de salud. Es decir, se trata en últimas de una decisión política que depende de la capacidad de negociación de los actores en juego.

En el campo particular de la salud escolar, ante la ausencia de una política nacional que oriente la acción, la ley estatutaria de la salud representa un potencial para que los actores interesados, trabajen mancomunadamente para situar la necesidad de una política para la promoción de la salud en la escuela como una prioridad de la agenda política nacional, pero supone ello un cambio en las reglas de juego actuales, que han impedido el despliegue de acciones sistemáticas individuales y colectivas, que deben involucrar al conjunto de actores de las comunidades educativas, atravesar el quehacer pedagógico de los protagonistas de la escuela - sus profesores - , y articular las respuestas de diversos actores de diferentes sectores de la vida social.

La gestión de la promoción de la salud en la escuela. Desafíos para la realización del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes

Si el nuevo escenario normativo se puede desplegar, se podría esperar un florecimiento de la salud pública en el país, en término de políticas intersectoriales para incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud, así como de programas y estrategias para la promoción de la salud en los diversos entornos de vida cotidiana, y ante problemas y necesidades sociales de los grupos

humanos. Sin embargo este escenario es incierto, dada la posición dominante de actores-intereses económicos que se han instalado en el campo de la salud y la escasa viabilidad de una reorientación y desmercantilización del sistema de salud en el marco de un modelo de desarrollo de orientación neoliberal que se ha implementado durante más de dos décadas en Colombia.

Aun así cabe pensar, en actitud dialógica y deliberativa, los desafíos del presente histórico, de cara a avanzar en la construcción de estrategias locales para la promoción de la salud en la escuela, que abran paso y viabilicen los cambios socio-políticos necesarios para construir escenarios y condiciones posibilitadoras del goce efectivo del derecho a la salud.

Un primer aspecto a considerar es la naturaleza particular de este campo de acción. La salud escolar es un campo de intersección entre dos sectores sociales de alta complejidad: educación y salud. Esta peculiar característica obliga pensar las respuestas de modo intersectorial, pues no resulta suficiente la planeación y la ejecución desde los criterios particulares de alguno de ellos. Supone a su vez que la gestión de políticas requiere integrar procesos que operan en lógicas o racionalidades particulares y distintas (la de la salud de un lado y la de la educación por el otro), de lo cual puede esperarse que esto resulte conflictivo, lo que demanda espacios y dinámicas regulares de diálogo intersectorial entre los actores en los diferentes niveles de gestión.

Aunque este reconocimiento pareciera básico y esencial, la gran mayoría de los programas y estrategias locales del presente lo obvian y resulta ser el primer obstáculo que se presenta para el desarrollo de estrategias efectivas de promoción de la salud en la escuela. La planeación, implementación, seguimiento y diálogo sostenido entre los actores de ambos sectores en sus diferentes niveles de gestión no es la realidad predominante de las experiencias territoriales, ni en las grandes capitales del país, ni en los pequeños municipios. Siguen predominando los diseños unilaterales que se gestionan bajo la imposición de la racionalidad de alguno de los sectores.

Un segundo aspecto a considerar, también constitutivo de este campo de acción, es el objeto de transformación y el contexto sobre el que actúan. Esto para señalar que la gestión de los programas o estrategias se realizan en espacios escolares y comunidades educativas concretas, caracterizados por realidades sociales complejas de inequidades y exclusiones históricamente configuradas.

Esta realidad supone una consecuencia inmediata: la escuela es el lugar predilecto para la llegada de las acciones de todos y cada uno de los actores de la sociedad, gubernamentales y no, públicos y privados, que se proponen enfrentar los problemas complejos que agobian a los niños, niñas y jóvenes de nuestro país. Es el lugar predilecto por dos grandes motivos, la facilidad relativa que otorga disponer de población concentrada y la relación costo-beneficio. La escuela del presente es una escuela receptora de todo tipo de propuestas, el problema es que cada actor moviliza una lógica particular, por lo que ya no solo es una escuela receptora, sino también una escuela recargada (en lógicas, actores e intereses). Incluso, el propio sector salud moviliza lógicas distintas conforme agencia programas, estrategias o proyectos en múltiples temáticas cada una diseñada y gestionada de modo independiente, y actuando en la mayoría de los casos en la dimensión terminal, de los daños y efectos que se manifiestan en el orden individual, lo cual potencializa la fragmentación y con ello profundiza la “recarga” de la escuela.

Ante la constatación de la complejidad de los “problemas” de la infancia y la juventud que transita por el entorno escolar, habría que aceptar que ellos no son propios ni exclusivos de la escuela, ni tampoco se resuelven en el ámbito sanitario, por lo que en tanto problemas socialmente

producidos, se requiere de una acción intersectorial capaz de incidir en la complejidad de su proceso de determinación social. Lo que concita un triple desafío, el de la acción intersectorial en el diseño y gestión de las respuestas, el del necesario abordaje interdisciplinar, y el de la adecuación de las propuestas a las lógicas bajo las cuales tiene lugar la vida cotidiana en el ámbito escolar.

Finalmente, vale la pena reiterar algunos atributos necesarios para que la gestión de los programas o estrategias de salud escolar, constituyan aportes que apuntalen la perspectiva del derecho a la salud, puesto que se trata de un nuevo modo de gestión que está por ser desarrollado.

Se requiere un modo de gestión tendiente a la universalidad, pues no se puede hablar de derechos humanos, que se realizan de modo selectivo ante realidades penosamente vividas por la mayoría de la población. De una gestión con continuidad, pues no se puede hablar de garantía del derecho a la salud cuando cada periodo de gobierno borra el antecedente e inicia de cero con su programa respectivo, irrespetando los procesos y acumulados construidos por las comunidades educativas. De una gestión participativa, que comprenda la incidencia en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de los programas o estrategias que desarrollan, pues no se puede afirmar el pleno goce del derecho a la salud cuando las propias comunidades y ciudadanos no pueden definir el rumbo de decisiones que afectan sus vidas.

Un nuevo escenario para la promoción de la salud en la escuela, demanda cambios múltiples donde se entrelazan lo político, lo paradigmático y lo organizacional. Transformaciones que serán posibles en la medida en que la ciudadanía, los actores sociales y estatales se apropien del espíritu y los preceptos de la nueva normativa. Más que la culminación o punto de llegada de un proceso histórico, la ley estatutaria de la salud representa el punto de partida para la construcción de un nuevo sistema de salud.

Referencias

- Academia Nacional de Medicina (2012). Carta al presidente Juan Manuel Santos acerca de la crisis de la salud, mayo de 2012. Disponible en:
http://viva.org.co/pdfs/comision_salud/carta_al_presidente.pdf
- Alianza Nacional por la Salud – ANSA. (2013). Pliego nacional unificado de la alianza nacional por un nuevo modelo de salud. Disponible en:
http://www.anthoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1503:pliego-nacional-unificado-de-la-alianza-nacional-de-la-salud-ansa&catid=21&Itemid=129
- Almeida-Filho, N., & Silva-Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Congreso de la República (2015). *Ley 1751 de 2015*, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Disponible en:
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia T-760 de 2008. Bogotá. Disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Declaración II Encuentro Nacional de Académicos de la Salud, ante la crisis del sistema de salud la academia tiene la palabra. Bogotá, junio de 2013. Disponible en:
http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/6.declaracion_de_academicos.pdf
- Echeverry, M.E. - compiladora – (2013). *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Hombre Nuevo Editores.

- Flórez-Alarcón, L. & Vélez-Botero, H. (2015). Salud, Educación y Desarrollo Humano. Editorial. *Tipica: Boletín Electrónico de Salud Escolar*. Disponible en: http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=229&Itemid=11
- Franco, Saúl (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2(4), 58-69.
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), pp 148-59.
- Marín, G. M., Echeverri, I. F. M. & Gómez, A. R. (2011). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud*. Medellín: La Carreta Eds., Universidad de Antioquia.
- Mesa Nacional por el Derecho a la Salud. Presidente no más mentiras con la crisis de la salud. Abril de 2014. Disponible en: <http://www.anir.org.co/LinkClick.aspx?fileticket=kUCGnNkaSR4%3D&tabid=76&mid=939>
- Molina, G., & Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), pp. 287- 293
- Otálvaro, G.J. (2006). La salud escolar en Bogotá, en la perspectiva de la política social 2004-2008. *TIPICA, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(1). Recuperable de: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol2N1/la_salud_escolar_en_bogota.pdf
- Otálvaro, G.J. (2008). *Trayectorias y perspectivas en la construcción del programa de salud escolar "Salud al Colegio" en Bogotá 2005 – 2007*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Palacio, J.I. (2014). *El punto ciego en el derecho a la salud efectiva en Colombia*, Ponencia presentado en audiencia. Quibdó. Disponible en: <http://viva.org.co/novedades/271-el-punto-ciego-en-el-derecho-a-la-salud-efectiva>
- Profesores Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Comunicado al Congreso de la República y al Gobierno Nacional en relación con la propuesta de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Medellín, septiembre de 2010. Disponible en: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab7/100908_Comunicado_profesores_de_la_FNSP_reforma_del_SGSS.pdf
- Torres, M. (2013). Nueva ola de protestas por el derecho a la salud en Colombia. *Semanario Caja de Herramientas*. N° 376 – Semana del 8 al 14 de Noviembre.
- Vega, R. Por un horizonte estratégico para la real garantía del derecho a la salud en Colombia. *Ponencia en Foro de Salud*. Universidad Tecnológica de Pereira, 2011.
- Zuluaga, S.M., Otálvaro, G.J., Ramírez, M.E. & Restrepo, L. (2011). Centros de atención primaria en salud escolar (CAPSE): Evidencias de una realidad en procesos de gestión de la atención primaria en salud escolar en las localidades de Kennedy y Puente Aranda – Bogotá. *Memorias del II Congreso Internacional de Salud Escolar*, Bogotá. Disponible en: <http://www.tipica.org/media/system/articulos/Memorias/Paneles/4.%20Al%20servicio%20de%20la%20salud%20escolar.pdf>