

**GENERACIÓN DE INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DECENAL DE
SALUD PÚBLICA**

CONVENIO DE COOPERACIÓN No. 144 DE 2012

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA UNIÓN TEMPORAL UNI-
DECENAL**

ÁNGELA PATRICIA MONDRAGÓN APARICIO

ANDREY ALEJANDRO GIRALDO SÁNCHEZ

ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES

PROGRAMA ACADÉMICO INGENIERÍA AMBIENTAL

BOGOTÁ D.C.

2013

**GENERACIÓN DE INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DECENAL DE
SALUD PÚBLICA**

CONVENIO DE COOPERACIÓN No. 144 DE 2012

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA UNIÓN TEMPORAL UNI-
DECENAL**

INFORME DE PASANTÍA

**COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA AMBIENTAL
REALIZADA EN LA UNIÓN TEMPORAL DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS (UNI-
VERSIDAD NACIONAL, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, UNIVERSIDAD INDUS-
TRIAL DE SANTANDER, UNIVERSIDAD DEL VALLE)-UNIDECENAL Y EL MI-
NISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

REALIZADO POR:

ÁNGELA PATRICIA MONDRAGÓN APARICIO

CÓDIGO: 2010260513

ANDREY ALEJANDRO GIRALDO SÁNCHEZ

CÓDIGO: 2010260508

ASESOR:

RAFAEL ERNESTO VALERO VARGAS

MVZ, ESPECIALISTA EN GESTIÓN AMBIENTAL

ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES -ECCI-

PROGRAMA ACADÉMICO INGENIERÍA AMBIENTAL

BOGOTÁ D.C.

2013

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021	3
2.1.1 SALUD PÚBLICA Y PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021	3
2.1.2 CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021.....	6
2.1.3 DESARROLLO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021.....	19
2.2 PAPEL DE LA SALUD AMBIENTAL EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL PDSP.	20
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	24
4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO DE PASANTÍA	25
4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE TRABAJO.	25
4.2 TRABAJO DE CAMPO EN LAS ZONALES	28
4.2.1 DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS ZONALES.....	28
4.2.2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS ZONALES	33
4.3 APORTES TEÓRICO-PRÁCTICOS DESDE LA INGENIERÍA AMBIENTAL AL PROCESO	39
4.4 CRONOGRAMA DE TRABAJO	42
5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD AMBIENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES EN LAS 14 ZONALES INTERVENIDAS.....	44
5.1 FUENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN EMPLEADA	44
5.2 RESULTADOS OBTENIDOS.....	49
5.2.1 ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN AMBIENTAL EN LAS REUNIONES ZONALES	49
5.2.2 PERCEPCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD AMBIENTAL Y EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA.....	52
5.2.3 IDENTIFICACIÓN DE VACÍOS Y SOLUCIONES EN SALUD AMBIENTAL... ..	55
5.2.4. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICAS DE SALUD AMBIENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES	63
5.2.5 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA DESCRIPCIÓN DE PROBLEMÁTICAS EN SALUD AMBIENTAL.....	69
6. DISCUSIÓN	80
6.1 SALUD AMBIENTAL Y PDSP 2012-2021.....	80

6.2 PROCESO DE GENERACIÓN DE INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PDSP 2012-2021	85
6.3 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS EN SALUD AMBIENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES.	87
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	90
7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE EL PROCESO DE GENERACIÓN DE INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PDSP.....	90
7.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA SITUACIÓN DE SALUD AMBIENTAL DESCRITA A TRAVÉS DE LOS ACTORES.....	92
7.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LA PASANTÍA.....	93
8. REFERENCIAS.....	95
9. ANEXOS.....	99
9.1 DETALLE DE LOS ACTORES PARTICIPANTES EN LAS SESIONES.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Planeación en salud pública en Colombia 1993-2012.....	5
Figura 2. Características del PDSP y su correlación con sus enfoques y orientaciones.	6
Figura 3. Enfoques y orientaciones estratégicas del PDSP 2012-2021.	7
Figura 4. Contenidos específicos de los marcos contemplados en enfoque de derechos.....	8
Figura 5. Determinantes ambientales contemplados por el PDSP.	11
Figura 6. Características de la APS en el PDSP.....	13
Figura 7. Dimensiones prioritarias PDSP 2012-2021.....	18
Figura 8. Desafíos de la Salud Pública. PDSP 2012-2021.....	18
Figura 9. Retos de la Salud Pública en Colombia. PDSP 2012-2021	19
Figura 10. Etapas de desarrollo del PDSP 2012-2021.....	19
Figura 11. Relación entre los planes territoriales y el PDSP.....	20
Figura 12. La salud ambiental en el PDSP	22
Figura 13. Criterios para determinar la salud ambiental como dimensión prioritaria.	23
Figura 14. Actividades en el desarrollo de la pasantía.	26
Figura 15. Equipo de trabajo interdisciplinario.....	26
Figura 16. Socialización del proceso del PDSP. Conferencia magistral.....	27
Figura 17. Recolección de información. Grupo de discusión en mesas de trabajo.	27
Figura 18. Análisis y sistematización inicial de información.	28
Figura 19. Zonales donde se llevó a cabo la pasantía.....	29
Figura 20. Departamentos de la región Caribe donde se desarrolló la pasantía.....	30
Figura 21. Zonales donde se desarrolló la pasantía en la región Caribe.....	31
Figura 22. Características geográficas y ambientales de las 14 zonales objeto de estudio.	33
Figura 23. Flujograma de la secuencia de actividades de campo en las zonales	34
Figura 24. Contenidos de las actividades de socialización.....	35
Figura 25. Instrumentos e información obtenida en la primera sesión.....	37
Figura 26. Instrumentos e información obtenida en la segunda sesión.....	38
Figura 27. Instrumentos e información obtenida en la tercera sesión.	38
Figura 28. Actividades de análisis inicial en cada zonal.....	39
Figura 29. Papel y aportes de los pasantes en las actividades desarrolladas.....	41
Figura 30. Estado de las viviendas posterior a la ola invernal. Sabanalarga, Atlántico.....	42
Figura 31. Estado actual de la plaza de mercado. Carmen de Bolívar, Bolívar.....	42
Figura 32. Cronograma de actividades.....	43
Figura 33. Características de la información utilizada en el análisis.	45
Figura 34. Proceso de categorización para obtener las variables nominales.....	46
Figura 35. Descripción de variables por tipo y categorías o modalidades.....	48
Figura 36. Condiciones de la información utilizada en el análisis.....	48
Figura 37. Comparación de la participación total en las actividades por 100.000 habitantes.....	50
Figura 38. Comparación de la participación salud ambiental en las actividades por 100.000 habitantes.....	51
Figura 39. Comparación de la participación exclusivamente ambiental en las actividades por 100.000 habitantes.....	52
Figura 40. Visibilidad de servicios de salud ambiental del PTSP 2007-2010.....	53
Figura 41. Problemas no resueltos y pendientes en salud ambiental PTSP 2007-2010.	54

Figura 42. Vacíos en salud ambiental.....	55
Figura 43. Cobertura de servicios zonales del Atlántico	56
Figura 44. Cobertura de servicios zonales de La Guajira y Bolívar.	56
Figura 45. Cobertura de servicios zonales de Magdalena y Sucre.	56
Figura 46. Posición de la EDA dentro de las primeras cinco causas de morbilidad en 5 zonales.	58
Figura 47. Aguas residuales en la vía por falta de alcantarillado. Manaure, La Guajira..	59
Figura 48. Tanques elevados de acueducto sin utilizar. Corozal, Sucre.	59
Figura 49. Tenencia inadecuada de animales. Embalse del Guajaro, Sabanalarga, Atlántico.....	60
Figura 50. Soluciones y compromisos en salud ambiental	61
Figura 51. Compromisos en salud ambiental	62
Figura 52. Distribución porcentual de las mesas según dimensión priorizada como 1 o mayor prioridad por la comunidad.....	63
Figura 53. Zonales que consideraron la dimensión de salud ambiental como la más prioritaria.	64
Figura 54. Zonales que consideraron los problemas de alcantarillado como su mayor prioridad de salud ambiental.....	64
Figura 55. Zonales que consideraron el acceso a agua potable como su mayor prioridad de salud ambiental.	65
Figura 56. Zonales que consideraron el manejo de residuos sólidos como su mayor prioridad de salud ambiental.....	65
Figura 57. Otros problemas ambientales clasificados como prioridad alta.....	66
Figura 58. Priorización de problemáticas por los actores comunitarios.....	67
Figura 59. Priorización de problemáticas por los actores institucionales.....	68
Figura 60. Análisis cualitativo de la descripción de problemáticas.....	76
Figura 61. Recolección inadecuada de residuos sólidos. Sabanagrande, Atlántico.	76
Figura 62. Contaminación marina por carbón. Santa Marta, Magdalena.	77
Figura 63. Estado de las vías y ausencia de canalización de aguas lluvias. Sabanalarga... 	77
Figura 64. Actividad económica de venta de artesanías Wayúu. Riohacha, La Guajira... 	78
Figura 65. Inadecuada manipulación de alimentos. Santa Marta, Magdalena.....	78

Tabla 1. Participación total y ambiental en las sesiones.	44
---	-----------

RESUMEN

Este informe de pasantía documenta y analiza el trabajo realizado por los estudiantes de Ingeniería Ambiental de la Escuela Colombiana de Carreras Industriales ECCI, Ángela Patricia Mondragón Aparicio y Andrey Alejandro Giraldo Sánchez, en el periodo comprendido entre el 21 de Marzo y el 30 de Agosto de 2012, con la Unión Temporal de Universidades Públicas—Unidecenal—en el proceso de generación de insumos para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. Para ello ofrece un marco teórico donde se caracteriza conceptual y metodológicamente el proceso, brindando especial atención a la forma cómo se concibe la relación entre medio ambiente y salud en el marco del PDSP 2012-2021. Posteriormente se describen las actividades realizadas por los pasantes en el equipo interdisciplinario de trabajo encargado de la generación de insumos para el PDSP 2012-2021 en 14 zonales de la región Caribe colombiana. De este proceso se obtuvieron una serie de documentos provenientes de las discusiones de los diversos actores consultados en cada una de las zonales. Con estas fuentes de carácter cualitativo, los pasantes realizaron a su vez un análisis de la situación de salud ambiental de las zonales desde la perspectiva de la comunidad e instituciones participantes, actividad no incluida en sus responsabilidades de pasantía y que se presenta como un valor agregado que pretende evidenciar las lecciones aprendidas de las metodologías implementadas por Unidecenal y el Ministerio de Salud y Protección Social para la generación de insumos del PDSP 2012-2021. Finalmente se discuten los resultados más relevantes, concluyendo que si bien el marco conceptual del PDSP 2012-2021 muestra una comprensión holística de la salud ambiental, su priorización de problemas de salud pública a la salud ambiental como una dimensión más, reduciéndola a una serie de problemáticas puntuales y disponiendo al PDSP 2012-2021 a contribuir en que las actividades de salud ambiental continúen desarrollándose de manera inconexa y desarticulada. Este panorama es especialmente relevante con respecto a las zonales estudiadas, en las que su situación de salud ambiental se caracteriza por las inequidades y desigualdades en materia de acceso a los servicios más básicos, que afectan la calidad de vida y salud de las personas y las comunidades en sus municipios.

Palabras clave: Ingeniería ambiental; Salud Pública; medio ambiente y salud; salud ambiental; Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; Caribe colombiano.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento es un informe de las actividades realizadas en el periodo de pasantía profesional, desarrollada con la Unión Temporal de Universidades Públicas denominada Unidecenal (conformada por la Universidad Nacional, la Universidad de Antioquia, la Universidad Industrial de Santander y la Universidad del Valle), cuyo objetivo fue brindar apoyo y soporte técnico en materia ambiental en las labores ejecutadas para la generación de insumos para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública. En dicha labor participaron los estudiantes Ángela Patricia Mondragón Aparicio y Andrey Alejandro Giraldo Sánchez, en calidad de pasantes como promotores ambientales en el equipo de trabajo asignado por Unidecenal. Esta pasantía es un requisito indispensable para optar al título de Ingeniería Ambiental de la Escuela Colombiana de Carreras Industriales (en adelante ECCI) y representa la realización de un trabajo teórico práctico de participación social y comunitaria.

La pasantía se realizó bajo la supervisión del docente de la ECCI, Rafael Ernesto Valero Vargas, MVZ, especialista en Gestión Ambiental. Tuvo una duración de cinco (5) meses, para un total de 1070 horas, abarcando un proceso de capacitación teórica en las aulas de la Universidad Nacional Sede Bogotá y un trabajo de campo en la costa Caribe colombiana, específicamente en los departamentos de Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar y Sucre. Se desarrollaron actividades relacionadas con el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (en adelante PDSP), tarea encomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social en las fases de diagnóstico, priorización, movilización y participación social a nivel local, departamental y regional, a la unión temporal Unidecenal. El equipo de trabajo interdisciplinario estuvo conformando por: jefe inmediato, odontólogo Msc. en Salud Pública; dos profesionales de la rama ambiental; un antropólogo especialista en Gestión Pública; dos enfermeros especialistas en Auditoria y Gerencia de la Salud; una Comunicadora Social; dos tecnólogos ambientales y un técnico de apoyo logístico.

Este informe detalla los aportes, que desde los conocimientos en Ingeniería Ambiental adquiridos en la ECCI, se brindaron a la Unión Temporal Unidecenal durante el periodo comprendido entre el 21 de Marzo y el 30 de Agosto de 2012. En el equipo de trabajo descrito, los dos pasantes desarrollaron el mismo tipo de actividades durante el mismo periodo en las mismas áreas geográficas (zonales para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, ver marco teórico) pero en diferentes mesas de trabajo por sesión (ver apartado 4), por lo que este documento es una consolidación de la labor de los dos estudiantes. De la misma forma, este informe no se refiere a la totalidad de la región Caribe sino sólo a aquellas zonales donde se desarrolló la experiencia (ver apartado 4 en este mismo informe).

Los aportes de los pasantes no se restringen solamente al trabajo de campo durante la pasantía. Por tal motivo, este documento también incluye un análisis de las perspectivas de los actores sobre la situación de salud ambiental en sus zonales (en términos de participación de actores ambientales, percepción sobre los servicios de Salud Ambiental y el Plan Territorial de Salud Pública 2007-2010, identificación de vacíos, soluciones y compromisos en salud ambiental, priorización de problemáticas de salud ambiental desde la perspectiva de los actores) a partir de la información obtenida en las zonales donde los pasantes desarrollaron su labor. Con miras a resaltar este análisis, el documento detalla en el apartado número 4 las acciones desarrolladas

durante el periodo de pasantía que hacían parte de las funciones asignadas por Unidecenal, y en el número 5, el análisis de las perspectivas de los actores sobre la situación ambiental de sus comunidades, detallando las contribuciones de los pasantes más allá de sus labores estrictamente contractuales en el marco de sus equipos de trabajo. De esta manera se espera evidenciar los aprendizajes adquiridos en la ECCI. El apartado número 2 corresponde al marco teórico del PDSP que los pasantes debieron apropiarse para llevar a cabo sus funciones a cabalidad, mientras que en el tercero se detallan los objetivos, tanto de las labores propias de la pasantía como los del análisis propuesto. Finalmente, en la sección número 6 se presenta una discusión que debate, desde la Ingeniería Ambiental, tanto las actividades desarrolladas durante la pasantía, como las dificultades y logros obtenidos en el proceso de análisis emprendido por los pasantes. El séptimo apartado enumera las conclusiones relevantes de todo el proceso, brindando a su vez recomendaciones para ejercicios posteriores similares.

Las metodologías e instrumentos de recolección de información contemplados en la fase de generación de insumos para la formulación del PDSP son de tipo cualitativo, destinados a documentar las problemáticas en salud desde el punto de vista de los actores (comunidad, instituciones y tomadores de decisión, ver sección 4). Por otra parte, debido a las necesidades de sistematización que impone la formulación del PDSP, las metodologías e instrumentos fueron establecidos de antemano por el Ministerio de Salud y Protección Social y Unidecenal. Estos dos factores limitaron las posibilidades de los pasantes para obtener información de tipo cuantitativo con miras a un análisis más amplio. Sin embargo, como se propone en el apartado 5, a partir de la información obtenida es factible, como ingenieros ambientales, hacer comparaciones entre variables obtenidas del análisis de la información de campo, alrededor especialmente, de las necesidades sentidas en materia de salud ambiental de los actores con los que se desarrolló la pasantía.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021

El proceso de generación de insumos para la formulación del PDSP implicó adquirir y aplicar una serie importante de conceptos, especialmente provenientes de la Salud Pública. Para ello se contó con una fase inicial de apropiación conceptual como se detallará más adelante en la sección número 4. A continuación se enumeran y desarrollan brevemente algunos de estos conceptos, cuya comprensión será indispensable para dar cuenta de la experiencia de la pasantía.

2.1.1 SALUD PÚBLICA Y PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021

Salud pública es un concepto muy complejo que involucra: un campo de conocimiento interdisciplinario e intersectorial; un área de actuación profesional; una serie de actividades— gubernamentales, sociales, comunitarias, etc. — encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de los colectivos, las familias y las personas, y finalmente, por salud pública se entiende el estado de salud y calidad de vida que se evidencia y desarrolla en el ámbito de lo público (Gálvez, et al., 2002). En este sentido, salud pública es un término que se refiere a muchas realidades conectadas.

Para la legislación colombiana la salud pública se define como:

(...) el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Rectoría del Estado y participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Ley 1122 de 2007, art. 32).

La salud pública implica una responsabilidad Estatal. Es función del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del sistema de salud en Colombia, la formulación de las políticas públicas correspondientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). Sin embargo, en la medida en que la salud pública involucra una serie amplia de intervenciones, es el sistema de salud en general, asociado a la acción intersectorial correspondiente, el que asume la responsabilidad de llevar las políticas de salud a la práctica. Por ende, la coordinación de todos los actores involucrados exige la elaboración de planes que definan las responsabilidades, las acciones, los medios y los fines, mediante los cuales el sistema en general y el Estado, garantizan los derechos individuales y colectivos en el marco de la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a).

La legislación colombiana define la responsabilidad del Estado y del Ministerio de Salud y Protección Social en materia de la rectoría del sistema de salud, que a su vez se materializa en forma de políticas y planes específicos. La Ley 715 de 2001 establece que le corresponde a la Nación “formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación” (art. 42.1).

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, que definió el Sistema General de Seguridad Social, las actuaciones en salud pública se desarrollaron a través del Plan de Atención Básica

(en adelante PAB), definidas en el año 2001 mediante la Ley 715 (artículo 41.12). De esta manera se ejecutaron las acciones en salud pública en el país hasta el año 2007, cuando se hicieron evidentes grandes falencias manifiestas en los indicadores básicos de salud del país. Por tal razón, en la reforma que significó la Ley 1122 de 2007, se dictaron disposiciones en materia de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, y racionalización, buscando el mejoramiento en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento en los programas de salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). Fue precisamente dicha reforma la que estableció la responsabilidad del Gobierno Nacional en cuanto a la elaboración de planes de salud pública (Ley 1122 de 2007, art. 33).

La primera experiencia de este tipo se materializó con el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que puede considerarse un hito en la planificación de la salud pública en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). Sin embargo, debido a claras deficiencias, especialmente en cuanto a dificultades de coordinación, poca integración real de otros sectores y actores, y limitada aplicabilidad a las circunstancias locales variables, para el año 2011 se requirió otra reforma, materializada mediante la Ley 1438 de 2011, que en su artículo 6, define que el Ministerio de Protección Social, actualmente Ministerio de Salud y Protección Social, debe formular un Plan Decenal de Salud Pública. El siguiente cuadro resume las características más relevantes de este proceso legislativo que termina en la Ley 1438 de 2011 que establece la formulación del PDSP.

ACTO LEGISLATIVO-AÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA PLANEACIÓN EN SALUD PÚBLICA	LOGROS	DIFICULTADES Y LIMITACIONES
Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001	Acciones de salud pública incluidas en el PAB	Contempla actividades de salud pública de obligatorio cumplimiento	Actividades desarticuladas, no contempla variaciones locales, no planifica sólo desarrolla actividades, problemas de contratación y puesta en marcha.
Ley 1122 de 2007	Define la elaboración de un Plan Nacional articulado con el Plan de Desarrollo de cada cuatrienio	Amplia concertación, involucra a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con alcance municipal. El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 incluyó las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, dándoles coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales y las políticas sociales transversales de otros sectores	Débil rectoría. Limitada vigilancia y control de parte del Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales. Capacidades deficientes de las entidades territoriales municipales y Empresas Promotoras de Salud (EPS). Los municipios categoría 4, 5 y 6 ¹ no formularon el PAB, (actualmente Plan de Intervenciones Colectivas PIC) de acuerdo con el Plan Nacional. Limitado acceso en zonas dispersas.

¹ En Colombia los municipios se categorizan de acuerdo a la cantidad de habitantes y de acuerdo a sus recursos fiscales, en un orden de 1 a 6, siendo el número 1 el de menos habitantes y menores ingresos y el número 6 el de mayor habitantes e ingresos (Ley 136 de 1994, art. 6).

			Débil participación social en salud y limitada coordinación intersectorial y sectorial (ver sección 2.1.2)
Ley 1438 de 2011	Planeación a 10 años, articulación con Planes Territoriales de Salud Pública y Planes de Desarrollo Territoriales (PTSP y PDT), permite la formulación de propuestas estratégicas de mayor alcance.	Se exige del plan a 10 años: proceso amplio de participación social, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de derechos, diferencial y determinantes sociales, amplia y efectiva participación del sistema de protección social y de los otros actores responsables de la intervención.	El PDSP aún está en fase de formulación, reglamentación y difusión.

Figura 1. Planeación en salud pública en Colombia 1993-2012

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Siglas: PAB (Plan de Atención Básica) SGSS (Sistema General de Seguridad Social) EPS (Entidad Promotora de Salud) PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) PDT (Plan de Desarrollo Territorial) PTSP (Plan Territorial de Salud Pública) APS (Atención Primaria en Salud).

De acuerdo con los antecedentes descritos el Ministerio de Salud y Protección Social define el PDSP de la siguiente manera:

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 es la expresión de una política pública de Estado que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros y su dimensión central para el desarrollo humano. Define la actuación articulada entre ciudadanía, actores sociales, sectores públicos, privados y comunitarios, responsables, para una participación efectiva y positiva en los procesos de salud, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia. Por esto el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) es un pacto social y un mandato ciudadano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a, p. 2).

El PDSP se presenta así como una iniciativa estatal que pretende responder a las deficiencias presentes en los modos en que se planificó y desarrolló la salud pública en Colombia. El siguiente cuadro resume las características del PDSP y las relaciona con sus enfoques y orientaciones estratégicas (ver adelante en este mismo apartado Figura 3, apartado 2.1.2):

CARACTERÍSTICA DEL PDSP	ENFOQUE Y ORIENTACIÓN RELACIONADOS
Es una iniciativa que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros.	Enfoque de derechos
Es un eje para lograr el desarrollo en la población de acuerdo con los Objetivos del Milenio (ODM) ² y al Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014.	Enfoque de derechos, poblacional. Orientación APS

² Colombia no es un país aislado y es por eso que se encuentra en el marco de la Declaración del Milenio que se celebró en el año 2000 donde se concluyeron 8 metas para el desarrollo, del 2000 al 2015 las cuales son: 1) Reducir la pobreza extrema y el hambre. 2) Lograr la enseñanza primaria universal. 3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. 4) Reducir la mortalidad infantil. 5) Mejorar la salud materna. 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. 7) Garantizar la sosteni-

Es el mecanismo para promover acciones articuladas entre actores sociales, sectores públicos, privados y ciudadanos responsables, con el propósito de crear las condiciones que garanticen un mejor estar y calidad de atención en salud a la población en la próxima década y definir las políticas y programas que hagan este propósito una realidad.	Enfoque de derechos, diferencial y poblacional. Orientación participación social y acción intersectorial.
Diferencia las necesidades y alternativas, de acuerdo a las condiciones étnicas, de género, edad; pluriculturales, multiculturales y condiciones diferenciales de población como discapacidad, víctimas de violencia y pobreza extrema, existentes en las diversas regiones del país	Enfoque diferencial y determinantes sociales Orientación participación social.
Reconoce como propios los siguientes principios: universalidad, participación social, garantía de derechos, equidad y respeto por la diversidad.	Enfoque de derechos, diferencial, poblacional y determinantes sociales. Orientación participación social, acción intersectorial, APS.

Figura 2. Características del PDSP y su correlación con sus enfoques y orientaciones.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). *Panorama general del Plan Decenal de Salud Pública. Presentación Power Point*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/Forms/>

El marco de tiempo del PDSP impone condiciones técnicas de prospectiva que superan los alcances de ejercicios anteriores de planificación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). Por tal razón, el Ministerio definió un marco metodológico para responder a la fase de recolección de información relevante, consulta a los actores y formulación, que se inició efectivamente en el año 2012, y en el cual se enmarcan las actividades desarrolladas por los pasantes.

2.1.2 CONDICIONES DE ELABORACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021

El PDSP debe desarrollarse en un marco único que asegure su coherencia. Para ello establece como condiciones de elaboración: sus enfoques y orientaciones estratégicas en salud pública y una unidad metodológica a la cual deben acoplarse todos los encargados de su elaboración en todas sus etapas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). Desde un punto de vista metodológico, la unidad de los instrumentos y actividades de recolección de información fue fundamental para que los datos recopilados en todos los rincones del país pudieran contrastarse y unificarse en la formulación del PDSP. Sin embargo, esto limitó las posibilidades de adaptar el proceso de recolección de información a las necesidades locales y a los intereses disciplinarios particulares, en este caso, desde la Ingeniería Ambiental (ver sección 5 y 6 de este mismo informe).

El siguiente cuadro ilustra los enfoques y orientaciones estratégicas que caracterizan el PDSP de especial relevancia durante el trabajo de pasantía³, que a continuación se definirán.

bilidad del medio ambiente. 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2012).

³ La formulación del PDSP incluye más enfoques y orientaciones de aplicación particular que no se incluyen aquí por no haber sido relevantes en el trabajo de campo en las zonales en las que participaron los pasantes. Es el caso de la consulta previa a grupos étnicos como orientación estratégica. Para ver la totalidad de enfoques y orientaciones diseñadas para el nivel nacional consultar los lineamientos técnicos y metodológicos correspondientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a)

ENFOQUES DEL PDSP	Enfoque de derechos Enfoque diferencial Enfoque de determinantes sociales de la salud Enfoque poblacional
ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS DEL PDSP	Atención Primaria en Salud Participación social Acción intersectorial

Figura 3. Enfoques y orientaciones estratégicas del PDSP 2012-2021.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011b). *Documento Anexo 21: Instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

En términos generales se puede considerar a los enfoques como perspectivas, es decir, como formas de visibilizar una problemática a la luz de diferentes posiciones. Los enfoques del PDSP lo caracterizan, es decir, determinan la forma como el PDSP va a contemplar sus principales elementos objeto, cómo va a organizar a las personas y los colectivos sobre los cuales trabajará, cuáles serán sus prioridades, etc. A través de los enfoques, el PDSP observa y comprende la realidad que pretende impactar. Las orientaciones, por su parte, se tratan de estrategias para la acción, es decir, organizan la manera en que el plan se va a llevar a cabo y cuáles serán las rutas o medios elegidos para llegar a los resultados planteados. Las orientaciones determinan así el direccionamiento del PDSP.

ENFOQUES PDSP 2012-2021

Enfoque de derechos.

El enfoque de derechos da primacía al respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales en todas las fases de implementación del PDSP. Esto es esencial en la medida en que la salud pública en la práctica implica la ejecución de acciones directas e indirectas sobre personas y comunidades. Contar con un enfoque de derechos, por lo tanto, significa reconocer a todos los involucrados en la puesta en marcha de la salud pública (tanto hacedores como receptores de las intervenciones, políticas, planes y programas) como sujetos de derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a).

El PDSP 2012-2021 incluye diversos derechos enmarcados en:

- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005).
- Contemplar la salud como un derecho, contemplado como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y conexo con otros derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a).
- El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, contemplado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización de Naciones Unidas, 2000).
- El marco de obligaciones en el derecho a la salud promulgado por la Defensoría del Pueblo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012c)

El siguiente cuadro resume los contenidos en materia de derechos de los diferentes marcos contemplados por el PDSP, relacionándolos a su vez con la salud ambiental:

MARCO	CONTENIDOS	DERECHOS RELACIONADOS CON LA SALUD AMBIENTAL
--------------	-------------------	---

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	Instrumento que orienta la toma de decisiones en salud pública pues sus principios se fundamentan en las normas que rigen el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades individuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 12).	La declaración tiene una mirada no antropocentrista al considerar a los seres humanos como parte integral de la biosfera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 12).
La salud como derecho	Interdependiente con: el derecho a la vida, el derecho a la libertad, la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad y la información, el derecho a la dignidad humana y a la libertad de tratos crueles, inhumanos y degradantes.	En el marco de derechos Constitucionales se incluye el derecho a gozar de un ambiente sano (artículo 79). La salud como derecho entra en conexidad con éste. La Corte Constitucional reconoce el derecho al medio ambiente como un derecho fundamental*
El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud-Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	Derecho a: La salud materna, infantil y reproductiva. La higiene del trabajo y del medio ambiente. La prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas. Al acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud. A la no discriminación e igualdad de trato. A la perspectiva de género y de mujer. A la salud para los niños y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades, pueblos indígenas, etc.	Además del artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales que relaciona derecho a la salud y al del medio ambiente: Artículo 11 del mismo Pacto: derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados.
Obligaciones en el derecho a la salud	Disponibilidad (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, y programas de salud). Accesibilidad (establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles y sin discriminación). Aceptabilidad (establecimientos, bienes y servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados). Calidad.	Estas obligaciones no se restringen a los servicios asistenciales, por ende las obligaciones establecidas deben amparar también los programas de salud ambiental.

Figura 4. Contenidos específicos de los marcos contemplados en enfoque de derechos.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Organización de Naciones Unidas. (2000). *Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York: ONU. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012c). *Documento Anexo 12: Derecho a la salud: elementos esenciales y principales obligaciones*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

*Sentencias T-451 Derecho al medio ambiente; T-536 El medio ambiente como derecho constitucional fundamental; T-528 El Amparo Judicial del Derecho a Gozar de un Ambiente Sano.

En las obligaciones que materializan el derecho a la salud deben reconocerse dimensiones de sujetos y grupos de especial protección (niños y las niñas, las mujeres, las víctimas del conflicto, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas privadas de la libertad, entre otros), que agregan a los compromisos de orden general del derecho particularidades de acciones afirmativas para cada uno de ellos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). Esto, a su vez, va en directa consonancia con las ordenanzas expresadas por la Corte Constitucional mediante un amplio número de sentencias.

En la medida en que el derecho a la salud es más que el derecho a estar sano, implica tanto libertades como derechos. Entre las libertades contempladas está, por ejemplo, el control de la salud y el cuerpo, y la libertad sexual. Entre los derechos, el de un sistema de protección al que

se acceda con igual oportunidad con miras a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Por ende, el derecho a la salud de manera amplia, es un derecho relacionado con las condiciones en las que las personas viven por lo que abarca los principales determinantes de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a) —ver adelante en este mismo apartado—.

Enfoque diferencial

Este enfoque implica el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Por ende, reconoce las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como sujetos de derechos, inmersos en dinámicas culturales, políticas, de género y etnia particulares. A su vez, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades producto de la relación de las personas con su contexto social, económico y político, como es el caso de la discapacidad y situaciones sociales como el desplazamiento. El enfoque diferencial supone, por lo tanto, una organización de las acciones y programas que den cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación⁴ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a).

De esta manera se hace un énfasis en las personas y las comunidades que requieren especial protección y por ende demandan marcos de atención diferenciales. El enfoque diferencial dentro del PDSP busca reconocer los derechos inmersos en las siguientes categorías, mediante las cuales acoge, reconoce, respeta y protege la diversidad:

- Ciclo de vida: niño, niña, adolescente, joven, adulto y persona mayor.
- Género: mujer, hombre.
- Pertenencia étnica: afro descendiente, raizal, indígena, gitano o ROM.
- Otros enfoques en lo diferencial: LGBTI (se refiere a diversidad sexual y de género: lesbiana, gay, bisexual, transgenerista, intersexual), persona con discapacidad (auditiva, visual, cognitiva y física), víctima del conflicto armado (persona en condición de desplazamiento), población institucionalizada (carcelaria).

En materia de equidad, el enfoque diferencial está planteado con el fin de subsanar las desigualdades injustas en lo referente a la salud a partir del reconocimiento de aquellas diferencias que las producen. Así, la salud pública responde de forma diferente a las condiciones diferentes, con el fin de evitar que el trato igualitario mantenga las inequidades que estructuralmente la sociedad ha producido.

Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud son los “factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan las condiciones de vida y de salud de la población” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 23). Éstos modifican la forma en que las personas, las familias y las comunidades se enferman, recuperan y mueren, y por ende, reflejan las diferencias existentes entre las personas de acuerdo con su posición social, de poder, prestigio y recursos, reflejando la estratificación y jerarquía social existente (Organización Mundial de la Salud, 2005). La relación entre los de-

⁴ La igualdad enfatiza las desigualdades entre hombres y mujeres, y entre diferentes grupos, para exigir que sean tenidos en cuenta al diseñar políticas o proveer servicios sensibles a esas diferencias. La inequidad pone el acento en las desigualdades que son evitables e injustas. La no discriminación también enfatiza las desigualdades pero con la finalidad de evitar que sean la razón en la que se funden tratos desventajosos y vulneraciones sistemáticas de sus derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 16)

terminantes sociales y la salud es compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental.

Con este enfoque el PDSP reconoce que la salud, la enfermedad, la discapacidad y la muerte no son sólo unas realidades naturales-biológicas, sino que, por el contrario, están moldeadas por las condiciones de vida de las personas. Este enfoque implica a su vez que las respuestas de la salud pública no pueden circunscribirse a lo que tradicionalmente se conoce como el sector salud (profesiones, instituciones, marcos jurídicos, etc. relacionados con la respuesta y prevención de la enfermedad), sino que deben incluir a todos los sectores que responden a las problemáticas sociales (Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009).

Los determinantes no ejercen su efecto de la misma manera sobre la salud de las personas y los colectivos, y por ende, deben jerarquizarse de acuerdo con su incidencia en la salud y calidad de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). De tal manera pueden diferenciarse tres tipos de determinantes:

- Determinantes del dominio general o estructural: Corresponden a las condiciones económicas, culturales, del mercado laboral y ambientales prevalentes en la sociedad y que influyen sobre ella en su totalidad, por lo tanto están relacionados con las políticas tanto nacionales como internacionales que influyen en las condiciones de vida y trabajo de la población. Su efecto sobre la salud y calidad de vida se produce a través de los determinantes de niveles inferiores.
- Determinantes del dominio particular o intermedio: Representan las influencias sociales y de la comunidad. Estas interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales, incluyen también las condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda, las circunstancias psicosociales, y los factores conductuales.
- Determinantes del dominio singular o individual: Corresponden a los factores individuales como edad, sexo y los factores genéticos que influyen indudablemente sobre el potencial final de salud; estos determinantes incluyen también los comportamientos personales y los modos de vida.

Los determinantes sociales de la salud explican los desiguales resultados en salud y calidad de vida, ya que de acuerdo con su respectiva posición social las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En la región Caribe, se observaron situaciones relacionadas con el sector ambiental que influyen en el proceso salud enfermedad de la población que allí habita. Por ejemplo, es un común denominador la baja o nula cobertura de acueducto y alcantarillado. Esta problemática determina la forma en cómo se enferman las personas que no tienen fácil acceso a estos servicios públicos, ya que esta condición, que no responde directamente al sector salud, expone de forma diferencial a las personas a riesgos directos sobre su salud (la exposición a agentes patógenos o a materiales tóxicos). Las condiciones ambientales deben considerarse por lo tanto como determinantes sociales de la salud.

El enfoque de determinantes implica también una forma particular de analizar los problemas de salud. Como ya se hizo evidente en el ejemplo, la baja o nula cobertura de acueducto y alcantarillado es un factor determinante negativo para la población. Entender dicha problemática o necesidad implica ir a la causa de las causas de los efectos en salud, es decir, no basta con limi-

tarse a las exposiciones (patógenos y tóxicos en el ejemplo), sino a qué hace que un grupo particular de personas reciba dicha exposición de manera diferencial (la baja o nula cobertura de servicios básicos). Estas causas son objeto de la investigación social, económica y política, o dicho de otra manera, es un determinante intermedio que a su vez materializa diferencias estructurales.

Con el fin de organizar el proceso de análisis de determinantes, el PDSP contempla determinantes demográficos, sociales (educación, salud, justicia, seguridad y convivencia), económicos (índice de dependencia, empleo y pobreza), ambientales, culturales (grupos étnicos) y políticos (participación y legitimidad de las organizaciones) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a). La siguiente figura resume los determinantes ambientales según el PDSP:

DETERMINANTES AMBIENTALES
<p>AMBIENTE CONSTRUIDO</p> <p>Infraestructura de servicios públicos Cobertura de servicios públicos domiciliarios (acueducto, alcantarillado, luz eléctrica), disposición de basuras a nivel municipal. Índice de riesgo de calidad del agua a nivel municipal.</p> <p>Vivienda Tenencia de la vivienda. Condiciones de hacinamiento. Características de la vivienda.</p> <p>Infraestructura vial, transporte y de espacio público</p> <p>AMBIENTE NATURAL Protección de áreas de interés ambiental Identificación de riesgos ambientales que afectan la salud humana, riesgo de emergencias Utilización y afectación de fuentes y recursos naturales</p>

Figura 5. Determinantes ambientales contemplados por el PDSP.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Enfoque poblacional.

La población como principio y fin de las acciones del Estado no puede entenderse en términos abstractos. Precisamente esta es la función del enfoque poblacional en el PDSP, que lo define como:

(...) identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y orientando la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo hacia el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 26).

La población es comprendida entonces tanto en términos demográficos (como lo hace la salud pública tradicional), como en relación con la dinámica ambiental, social y económica correspondiente. Ahora bien, las relaciones entre estos componentes son complejas. Así, los “cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, localización o movilidad de la población influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio” (Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, s.f., p. 28), afectando a su turno la dinámica demográfica. Esta dimensión del enfoque en cuanto a la comprensión de la población como objeto de la acción de la salud pública implica a su vez una forma de desarrollar la planeación territorial en todos sus niveles (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral.

Este enfoque considera, por lo tanto, la existencia de características sociales y económicas relevantes para la comprensión de la población en cada territorio (por ejemplo, la actividad económica, el nivel educativo, el estado civil y condición socio-económica) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a), por lo que se articula con el enfoque de determinantes sociales. A su vez, se relaciona con el enfoque diferencial en cuanto que fortalece la intervención sobre las desigualdades evitables, ya que tiene en cuenta la heterogeneidad de las problemáticas locales, regionales y departamentales a nivel poblacional y territorial.

ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS DEL PDSP 2012-2021

Atención Primaria en Salud

Incluida por primera vez en la Declaración de Alma-Ata de 1978 para alcanzar la “Salud para Todos” (Organización Mundial de la Salud, 1978), la APS se trata de una estrategia tendiente a organizar los servicios de atención en salud para responder de forma eficiente y con calidad a las necesidades de la población. Se caracteriza por una serie de valores, principios, nociones conceptuales y metodológicas que “constituyen un enfoque amplio de la salud, una racionalidad de política de salud sensata, y una serie de instrumentos eficaces para promover la creación e implementación de sistemas de salud de cobertura y acceso universal” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La APS organiza y opera los servicios de atención en salud que se proponen como integrales y centrados en la persona, la familia y la población. Incluye la formulación participativa e intersectorial de políticas públicas, y la promoción de liderazgos sociales y gubernamentales “que sirvan al objetivo principal de contribuir al logro del nivel de salud más alto posible”, haciendo énfasis en el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad social (Organización Panamericana de la Salud, 2007). A grandes rasgos la APS necesariamente debe incluir e integrar tres elementos: servicios de salud, acción intersectorial y participación social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a).

El PDSP describe su propuesta de APS remitiéndose a los elementos que se detallan en el siguiente cuadro. Es importante anotar que la APS también incluye el análisis y abordaje del entorno como factor indispensable para asegurar la salud y calidad de vida de las personas. Por esta razón, la APS es también un medio para promover la salud ambiental y mejorar el entorno, con el fin de hacerlo ambientalmente saludable.

CARACTERÍSTICAS DE LA APS EN EL PDSP	DESCRIPCIÓN	APS Y MEDIO AMBIENTE
Universalidad	Busca que los servicios de salud lleguen a todas las personas sin distinción alguna.	Incluye los servicios de salud ambiental y los servicios relacionados (por ejemplo, acceso a agua potable y saneamiento básico).
Integralidad	Dar respuestas a las personas en todos los aspectos referentes a su salud, tanto individual como colectiva. Incluye el que se provean todas las acciones en salud, promoción, prevención, rehabilitación y atención.	APS debe incluir servicios de atención y recuperación del medio ambiente, y de promoción de la salud ambiental.
Integración	El sistema de salud no debe estar fragmentado por problemáticas o por tipos de aseguramiento, el sistema debe ser capaz de integrar las respuestas comple-	El sistema de salud debe integrar al sector medio ambiental para dar una respuesta integral. No deben entonces

	tas a la sociedad.	desarticularse las respuestas según las problemáticas, y los sectores involucrados deben entender integralmente los problemas.
Accesibilidad	Todas las personas deben poder adherirse a los servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación. La accesibilidad se divide en cuatro partes: <ol style="list-style-type: none"> 1. no discriminación 2. accesibilidad física 3. accesibilidad económica equitativa 4. acceso a la información. 	Incluye el acceso a los servicios de salud ambiental, en cada uno de sus cuatro aspectos.
Continuidad	Asistencia coordinada que una persona recibe a lo largo del tiempo y que no debe interrumpirse.	La asistencia en salud medio ambiental debe también ser continua, así como la prestación de los servicios públicos.
Énfasis en promoción y prevención	APS se enfoca a promover la salud en términos positivos (mejorar calidad de vida y permitir el desarrollo humano integral) y en prevenir la enfermedad.	Implica que la salud ambiental adquiera un enfoque promocional y preventivo, evitando así sólo tratar problemas ya instaurados.
Sujetos y colectivos como el centro de la actuación en salud, reconociendo y protegiendo las diferencias	La APS se basa en que las personas, ya sea agrupadas o de manera individual, sean los actores principales en el sistema de salud. Se debe tener en cuenta que son sujetos que tienen derechos y se les debe salvaguardar en sus diferencias.	Implica pensar la salud ambiental y el entorno más allá de lo individual: por ejemplo, trascender actividades pensadas sólo como saneamiento básico o mejoramiento de vivienda. La salud ambiental es fundamentalmente colectiva
Garantía de la calidad	Los servicios de salud individual y colectiva deben garantizar que esta se preste siguiendo el concepto de calidad tanto cultural como científica y médica, ello implica que estos servicios deben contar con personal capacitado, infraestructura óptima (saneamiento básico recomendable) e insumos esenciales.	Incluye la garantía en calidad de los servicios de salud ambiental (prestados tanto por el sector salud como por otros sectores) y los servicios públicos domiciliarios.
Modos de atención y de gestión pertinentes, efectivos, incluyentes, sostenibles y aceptables	Los programas y las estrategias en torno al sistema de salud deben tener óptimas formas de atención al usuario, incluyendo la gestión pertinente a su enfermedad y tratamiento efectivo.	Incluyen a los servicios de salud ambiental, servicios públicos, agua de calidad, y derecho a la información, entre otros.
Intersectorialidad	Confluyen diferentes sectores de la sociedad para apuntar a la solución de una problemática o necesidad en común.	Hace necesaria la inclusión del sector ambiental en el campo de la salud

Figura 6. Características de la APS en el PDSP.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Vélez, O. (2009). *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá: Secretaria de Salud Distrital y Hospital de Suba E.S.E.

En la medida que la APS concibe integralmente el proceso de salud enfermedad, se relaciona con el enfoque de determinantes sociales. Esto implica no sólo una provisión sectorial de servi-

cios de salud, sino una afectación de las causas últimas a través de “la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable”. Por eso la APS debe entenderse como mucho más que la provisión de un servicio asistencial pues es también una estrategia de coordinación intersectorial (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Participación Social

La Declaración de Alma-Ata reconoció a la participación individual y colectiva en el marco de la salud como un derecho y un deber individual y colectivo (Organización Mundial de la Salud, 1978). A través de ésta, las personas y las comunidades se apropian de las acciones tendientes a mejorar su salud y calidad de vida, ejercen control sobre las múltiples instituciones y sectores involucrados, y participan del análisis de los problemas, de la búsqueda e implementación de soluciones y de la optimización de los recursos empleados. Por esto, en la formulación del PDSP es vital contar con la participación de la mayor cantidad de actores posibles, no sólo porque ésta da legitimidad a lo planificado, adaptándolo a las realidades locales, sino también porque la participación social asegura que las acciones se lleven a cabo de la forma adecuada en los tiempos previstos. El Ministerio explicita que la formulación del PDSP debe tener (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, pp. 30-31):

- Amplia y efectiva participación social (comprende la participación comunitaria y ciudadana)⁵.
- Amplia participación de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Protección Social.
- Participación de otras instituciones.
- Participación de otros sectores del desarrollo implicados en la determinación social de la salud.

El PDSP ha sido desarrollado como un instrumento de participación. Para el Ministerio, el PDSP puede entenderse como “un dispositivo articulador del desarrollo que convoca de manera integral a todos los sectores de la sociedad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 4). Es a través de la amplia participación que el PDSP espera ser una “sinergia de voluntades, participación, acciones coordinadas, actividades, movilización social, responsabilidad y compromiso”, que materializa lo que para el Estado colombiano es la “Salud en Colombia la construyes tú” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a, p. 5).

La conservación del medio ambiente y la protección de los recursos naturales hacen parte de la salud pública, razón por la cual el PDSP, en el marco de la recolección de información en el territorio nacional y de la mano de la población, apunta directamente a la participación activa de las comunidades, haciendo que el PDSP cuente con las comunidades para la solución de sus problemáticas más sentidas de salud ambiental gracias a la participación social. Precisamente a partir de las herramientas diseñadas por el PDSP para obtener información de las comunidades, instituciones y tomadores de decisión, es que se realizó el análisis incluido en este documento (ver sección número 5).

⁵ La participación social enmarca la participación comunitaria que hace referencia a la implicación de organizaciones comunitarias y la participación ciudadana que hace referencia a la implicación de la persona de forma individual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 30).

En materia de la salud ambiental, la participación social en salud frente al PDSP juega un papel fundamental, puesto que no se puede pensar en un medio ambiente sano sin una comunidad sana. La relación es directa. En este sentido puede verse como, en la actualidad, el deterioro ambiental con serias afectaciones a la salud es uno de los problemas que más preocupa tanto a los gobernantes como a las comunidades, como pudo evidenciarse en la región Caribe. Cabe resaltar que en algunos casos se evidenció participación social ambiental en forma de veedurías a obras civiles de alcantarillado, por ejemplo. Sin embargo, como tal, no es muy grande la participación activa de las comunidades en los diversos temas ambientales (ver sección número 5).

Acción intersectorial

En la medida en que el PDSP reconoce a la salud como determinada por una serie amplia de factores sociales, muchos de estos pertenecen al campo de acción de instituciones, políticas y profesionales diferentes a aquellos incluidos en el sector salud. Por tal razón, para su construcción y operación, el PDSP tiene que establecer una serie de mecanismos que permitan una acción que involucre diferentes sectores. La OMS entiende la acción intersectorial por la salud como:

La relación entre parte o partes del sector salud con parte o partes de otro sector que se establece para actuar sobre un problema y lograr resultados en salud de una manera más efectiva, eficiente o sustentable de lo que pudiera lograrse, si el sector salud actuara solo (World Health Organization, 1997, p. 3).

Por otra parte, la acción intersectorial también ha sido definida como:

Una acción compartida con diferentes sectores sociales para enfrentar los problemas que inciden sobre la salud, teniendo como eje orientador la mejoría de la calidad y condiciones de vida y la salud de la población (Vega Romero, Acosta Ramírez, Mosquera Méndez, & Restrepo Vélez, 2009, p. 165).

La clave para la acción intersectorial es entonces la rectoría, ya que ésta “supone consolidar vínculos y reglas de relaciones que se vean explícitas en los compromisos de acción y dimensiones operativas del PDSP (planes territoriales, programas y proyectos de diferentes niveles de gestión)” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 33).

La acción intersectorial no debe, de ninguna manera, entenderse como una lista de actividades por sector, pues esto desfigura el espíritu de la misma. La acción intersectorial no sólo suma recursos de diversos sectores, sino también permite la “resignificación e innovación de respuestas sociales altamente efectivas en las que confluyen diversos saberes y prácticas, donde la suma debe ser siempre más que las partes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 34).

Un ejemplo de la necesidad de la acción intersectorial en materia de salud es la respuesta a la agenda inconclusa o la deuda que aún tiene el Estado con la población colombiana, específicamente en la ausencia o la baja cobertura de prestación con calidad de servicios públicos básicos tales como: energía eléctrica, gas natural, acueducto y alcantarillado en la región Caribe. Esta problemática genera efectos negativos en la salud de las personas y por ende es considerada una problemática también del sector salud. De esta manera, para dar respuesta a estos efectos negativos deben incluirse los sectores encargados de estos servicios básicos de los municipios, e incluso otros sectores cuya participación no puede apreciarse como directa si no se comprende la forma en que se relacionan los fenómenos. De esta manera se cruza la acción intersectorial

con el enfoque de determinantes. A continuación se incluye un ejemplo de análisis que muestra cómo el sector agropecuario produce efectos sobre los servicios básicos, por lo que una acción encaminada a solucionar la agenda inconclusa descrita debe, necesariamente, incluir a tal sector.

Efectivamente el sector agropecuario aumenta los impactos de la tala y la deforestación, la extracción de arena y el manejo de las cuencas altas sobre los sistemas de arrecifes y pesquerías próximos a la costa. Todas estas actividades afectan de modo significativo el medio ambiente; específicamente la deforestación producto de la agricultura para la exportación, la expansión industrial y el turismo (Ministerio del Medio Ambiente, 1998). En muchos municipios y territorios de la región Caribe, la deforestación está causando una seria degradación ambiental que afecta la capacidad productiva a largo plazo de la base de recursos naturales, tales como el recurso agua, y peor aún, no se contemplan soluciones para la mejora de la salud de las personas y el entorno como las reforestaciones, pues aún no se concibe activamente al medio ambiente como un determinante en la salud. La deforestación en la región normalmente sigue un modelo que abarca etapas sucesivas. La primera generalmente ocurre cuando empresas madereras abren caminos para llegar a árboles de madera de buena calidad y alto valor comercial. Luego vienen agricultores con el objeto de establecerse, atraídos por la disponibilidad de terreno cultivable, generando erosión y disminuyendo las fuentes de agua para posteriormente potabilizar (Mendivi, 2011). De esta manera, muchas de las cuencas principales de la región Caribe sufren los efectos de la erosión debidas al cultivo rotativo, la quema estacional, la recolección de leña y la construcción de carreteras, lo que ocasiona sequias en las fuentes abastecedoras de agua y disminuye la oportunidad de contar con una fuente de abastecimiento. Esto también potencializa la problemática de la ausencia de agua potable en los municipios, por lo que una acción que pretenda ser efectiva para esta problemática en particular, necesariamente debe ser intersectorial.

UNIDAD METODOLÓGICA DEL PDSP 2012-2021

El PDSP aspira a reflejar las necesidades y potencialidades en salud pública de la gran diversidad poblacional y territorial de la que goza Colombia. Para hacer operativa la labor de recolección de insumos para su construcción, el Ministerio diseñó una estrategia de trabajo con gestores externos que involucra la regionalización del país, lo que no significa “la definición de planes territoriales en este momento, sino la consolidación de insumos locales y regionales que garanticen un Plan Nacional incluyente y significativo en lo territorial” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 35).

Ante la necesidad de distribuir la labor de recolección de insumos, haciéndola a su vez sistematizable y sensible a las diferencias, el Ministerio desarrolló no sólo los lineamientos generales del PDSP que aquí hemos descrito mediante sus enfoques y orientaciones estratégicas, sino también una batería importante de instrumentos, de carácter cualitativo, que unifican las tareas de los gestores externos. Como se verá más adelante, los pasantes trabajaron precisamente con éstos, encontrando en múltiples ocasiones oportunidades y limitaciones importantes a su aporte desde la Ingeniería Ambiental, que se analizaran a fondo en el capítulo de discusión de este texto.

DEFINICIONES OPERATIVAS

La salud pública es un campo muy amplio de comprensión y acción. Por tal motivo en la labor de planificación es preciso determinar las prioridades, retos y desafíos que la planificación en sí demanda, máxime cuando esta se propone cubrir un espacio temporal largo y múltiples contex-

tos locales. A su vez, es necesario delimitar los elementos a considerar, especialmente de cara a la priorización que cada planificación implica. Estas dimensiones operativas estratégicas necesariamente se corresponden con las necesidades identificadas previamente y con los objetivos, trazados tanto a nivel nacional como internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio, por ejemplo). En este informe se especificarán las dimensiones prioritarias en salud del PDSP, y los retos y desafíos propuestos, en la medida en que, como se verá, son importantes para entender la labor de los pasantes en el periodo informado.

Dimensiones Prioritarias en Salud PDSP 2012 - 2021

En la medida en que la salud de las personas, familias y comunidades incluye un gran número de elementos y condiciones, el PDSP establece una serie de prioridades sobre las cuales va a enfocar sus esfuerzos, sin que esto quiera decir que desconozca la existencia de otras dimensiones y problemáticas que requieren atención. Priorizar involucra establecer un orden de acción tanto como agrupar las problemáticas de forma que puedan abordarse de forma coordinada. Para ello se requiere no sólo conocer el estado de los problemas para identificar aquellos que requieren atención inmediata, sino también establecer relaciones entre los problemas, de manera que puedan abordarse aquellos que de una u otra manera podrían afectar a otros. El siguiente cuadro ilustra las dimensiones prioritarias en salud de acuerdo con el PDSP 2012-2021. Como puede verse, la salud ambiental constituye una de estas dimensiones (ver adelante apartado 2.2).

DIMENSIONES PRIORITARIAS	COMPONENTE
SALUD AMBIENTAL	Hábitat saludable
	Calidad de aire, calidad del agua y saneamiento básico
	Seguridad química
SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA	Convivencia
	Eventos prevalentes en salud mental y consumo
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Salud nutricional
	Inocuidad y calidad de los alimentos
	Gestión de la seguridad alimentaria y nutricional
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Desarrollo humano y derechos sexuales reproductivos.
	Relaciones basadas en equidad social y de género para la salud sexual y reproductiva.
	Gestión integral del riesgo y vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva.
SALUD LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Inmuno prevenibles.
	Situaciones y condiciones endémico-epidémicas.
	Situaciones y condiciones emergentes y re emergentes.
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES CRÓNICAS	Modos, condiciones y estilos de vida saludables
	Condiciones crónicas prevalentes
EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA	Salud en situaciones de crisis.
	Emergencias complejas.
	Emergencias en salud pública
	Eventos transmisibles en salud pública
GESTIÓN DE LA SALUD Y SUS DE-	Movilización social.

TERMINANTES	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria. Rectoría
	Gestión en los determinantes en salud pública.

Figura 7. Dimensiones prioritarias PDSP 2012-2021.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012d). Dimensiones Prioritarias en Salud Pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Recuperado el 16 de Noviembre de 2012, de http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf

Las dimensiones prioritarias sirven en el marco de la obtención de información para la formulación del PDSP como una guía para que los diversos actores organicen las problemáticas que identifican en salud para sus territorios. De esta manera no se refieren a actividades específicas. Más adelante se detallará como los instrumentos corresponden tanto a las dimensiones prioritarias como a los desafíos y retos contemplados por el PDSP, de la misma forma se estudiará en detalle el papel de la salud ambiental como dimensión.

Desafíos y retos contemplados en el PDSP 2012-2021

Además de prioridades, el PDSP contempla una serie de desafíos para su ejecución a diez años y unos retos de la salud pública en Colombia en general, a los que debe apuntar también el PDSP. Los siguientes cuadros explican los desafíos y retos incluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y que fueron a su vez contemplados en el trabajo de campo por el equipo interdisciplinario:

ENVEJECIMIENTO PROGRESIVO DE LA POBLACIÓN	Aumento acelerado de las población mayor de 60 años
LOS PROCESOS DE URBANIZACIÓN	Transformación de un territorio que era principalmente rural (campo) a uno eminentemente urbano (ciudad).
LA METROPOLIZACIÓN	Expansión de las grandes ciudades tanto en población como en territorio, permitiendo la vinculación de municipios menores ubicados alrededor de la gran ciudad.
LAS FRONTERAS	Permiten intercambios culturales, sociales y económicos y también de riesgos potenciales de epidemias y brotes. Pero igualmente generan condiciones de acceso a servicios.
EL CONFLICTO ARMADO	Este ha generado un impacto negativo sobre la situación de salud de la población, por el aumento en la carga de enfermedad mental, homicidio, suicidio en grupos de la población de gran vulnerabilidad, el desplazamiento forzado, obstaculización del acceso de la población a los servicios de salud, violencia sexual e impactos al medio ambiente.
LA POBLACIÓN DISPERSA DE DIFÍCIL ACCESO	A pesar del proceso marcado de urbanización existe una población ubicada en zonas lejanas o aisladas de difícil acceso, o con acceso limitado por las formas de transporte, costos, situaciones de inseguridad para la población y el personal de salud.

Figura 8. Desafíos de la Salud Pública. PDSP 2012-2021.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

LA CARGA DE ENFERMEDAD	Costo personal de una enfermedad puede ser económico, social, psicológico, o bien una pérdida personal, familiar o de su grupo más cercano. Definida en términos epidemiológicos cuantitativos como años de vida saludable perdidos (AVISA)
MANTENER LOS LOGROS	Colombia ha venido en un proceso continuo de mejoramiento

	en las condiciones de salud de la población. Mantener esos logros es un reto porque requiere un esfuerzo constante, sostenido e integral de todas las acciones.
SUPERAR LA AGENDA INCONCLUSA	Se refiere a problemas de salud que hoy deberían estar controlados pero que todavía están como causas de enfermedad y muerte. Ejemplo: enfermedades tropicales como el dengue, la malaria, la leishmaniosis. Zoonosis como la leptospirosis.
ATENDER LO EMERGENTE	Se refiere a las nuevas infecciones o enfermedades que han aparecido en una población o a aquellas infecciones que habiendo existido con anterioridad y que se presumía que habían desaparecido o disminuido y que vuelven a aparecer.
SUPERAR LAS INEQUIDADES	Superar las desigualdades que son evitables.
LOS RIESGOS DE LAS MUJERES EN LA MODERNIDAD	Se han definido cuatro situaciones que explican la condición desigual de la salud de las mujeres en el mundo: Las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres; las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo; la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y el padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.

Figura 9. Retos de la Salud Pública en Colombia. PDSP 2012-2021

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.3 DESARROLLO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021

El PDSP 2012-2021 se programó para desarrollarse en etapas. La siguiente figura las identifica, señalando a su vez el momento en que se encontraba el desarrollo del PDSP cuando se llevó a cabo la experiencia de pasantía que aquí se informa.

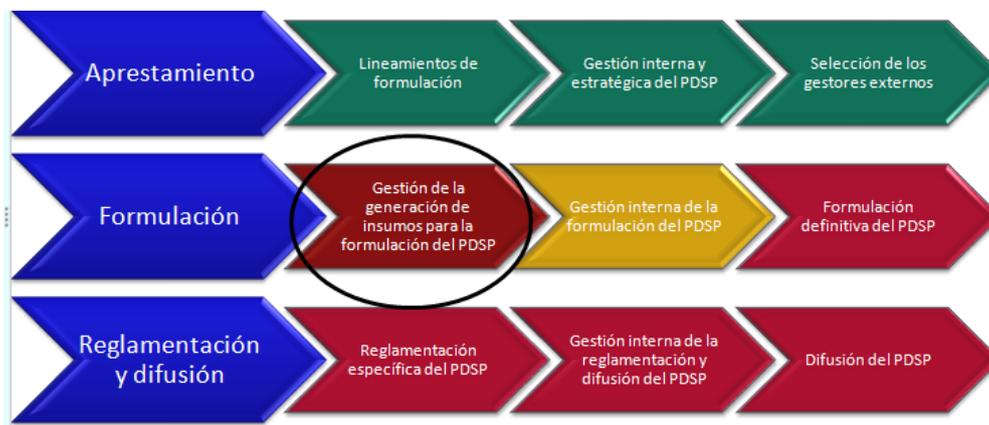


Figura 10. Etapas de desarrollo del PDSP 2012-2021

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). *Panorama general del Plan Decenal de Salud Pública. Presentación Power Point*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/Forms/>

La fase de Formulación incluyó el aprestamiento de los gestores para la realización del trabajo en el terreno. A su vez contempla el levantamiento de información propiamente dicho, mediante el cual se busca documentar las necesidades en salud más sentidas en contextos específicos. Estas se constituyen en los insumos para la elaboración del PDSP. Es importante subrayar que la información recopilada por los pasantes en el equipo de trabajo corresponde en su mayoría a

información de tipo cualitativo donde las personas, las organizaciones comunitarias, las instituciones y los tomadores de decisión identifican:

- Sus problemáticas y necesidades en salud pública.
- Elaboran un análisis de los resultados en salud del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 a través del Plan Territorial de Salud Pública 2007-2010 respectivo.
- Determinan las prioridades en salud en su territorio
- Analizan las potencialidades, desafíos y limitantes para la salud pública en cada lugar.

Esta información es luego contrastada a nivel departamental y regional.

El PDSP no está pensado de forma aislada en cuanto a su formulación (ver apartado 2.1.1). La siguiente figura muestra la dinámica de planeación que articula planeaciones del nivel territorial con el PDSP.

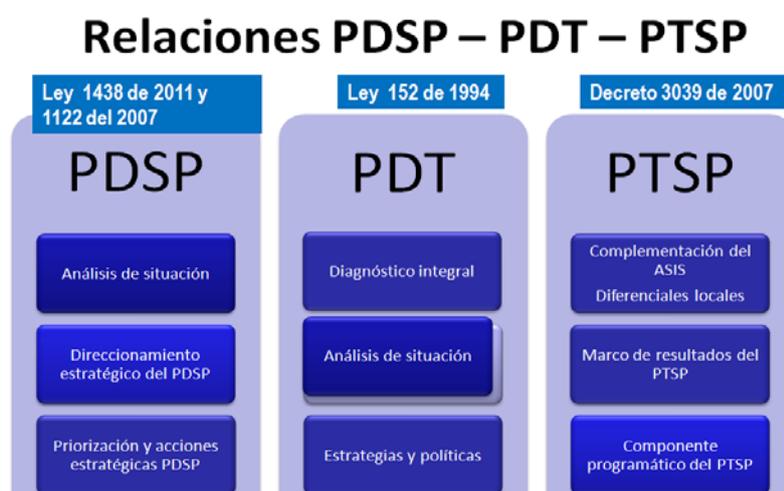


Figura 11. Relación entre los planes territoriales y el PDSP

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). *Panorama general del Plan Decenal de Salud Pública. Presentación Power Point*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/Forms/>

En la figura anterior se muestra como la política en salud pública, el nivel macro, se articula a los planes de desarrollo territoriales y su ejecución en los planes territoriales de salud pública, dándole coherencia con las realidades de cada uno de los entes territoriales en el país en general, y en la región Caribe en particular. De esta manera, la planeación de la salud pública como un todo es consistente diferentes niveles de acción y análisis. Esta articulación es necesaria para responder de forma adecuada a los objetivos planteados por el PDSP.

2.2 PAPEL DE LA SALUD AMBIENTAL EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL PDSP.

Salud ambiental es un concepto amplio que define tanto un cuerpo de conocimientos, una dimensión de la salud y un contexto de acción en el marco de la Salud Pública. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la salud ambiental se define como:

Espacio de acción transectorial e interdisciplinario, encaminado a favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población colombiana de presentes y futuras generaciones, en sus diferentes etapas del ciclo de vida y ámbitos de vida cotidiana, al igual que el goce de un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los diferentes ac-

tores y sectores sociales, mediante el fortalecimiento y desarrollo de los componentes de calidad del agua, aire y saneamiento básico, seguridad química y hábitat saludable; en el marco de la equidad social, el desarrollo sostenible, la justicia ambiental, la participación social, el enfoque diferencial, y la corresponsabilidad del sector público, privado, individual, colectivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012e).

Por su parte el Conpes 3550 la define como cuerpo de conocimientos de la siguiente manera:

(...) el área de las ciencias que trata la interacción y los efectos que, para la salud humana, representa el medio en el que habitan las personas. De acuerdo a esto, los componentes principales de la salud ambiental tienen un carácter interdisciplinario, multi-causal, pluri-conceptual y dinámico (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2008, p. 2).

En la medida en que existe una estrecha y probada relación entre salud y medio ambiente, el segundo se convierte en una responsabilidad del sector salud en su conjunto. No es posible entender la salud como desarrollo humano sin contemplar el papel que el medio ambiente juega como determinante en las posibilidades de las personas y los colectivos de llevar una vida sana y con bienestar. Ahora bien, para cumplir con su responsabilidad en salud ambiental, el sector salud debe trabajar de forma articulada con otros sectores (desarrollo, ambiente, trabajo, agricultura, educación, comercio, infraestructura, transporte, servicios, entre otros), con el fin de “conocer, monitorear y contrarrestar las causas del deterioro ambiental” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012d, p. 18).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social la responsabilidad del sector salud con respecto a la salud ambiental se enmarca en su papel en “la protección del bienestar público, que posibilite el desarrollo humano sostenible y que proteja a las personas más vulnerables de la sociedad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012d, p. 18). Esto debe llamar la atención, puesto que interpreta a la salud ambiental sólo en relación con la salud del hombre, dejando de lado la salud del ambiente como tal.

Paralelamente, al menos en su formulación, para el Ministerio de Salud y Protección Social, contemplar la salud ambiental como componente esencial de la salud pública hace que se entienda al ser humano como “un integrante más de los ecosistemas”. De esta manera, los factores que afectan la salud de la población no se reducen a “agentes físicos, químicos o biológicos”, sino que incluyen todos aquellos factores que afectan los ecosistemas, como “el cambio climático, la pérdida de la biodiversidad y la deforestación”, lo que hace que la salud ambiental sea un determinante de tipo estructural, intermedio y singular, e incluya en su perspectiva problemas de justicia ambiental, participación social y enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012d, pp. 18-19).

Analizando en detalle la estructura conceptual del PDSP puede decirse que la salud ambiental es transversal y está involucrada en todos sus elementos. El siguiente cuadro desarrolla este argumento.

COMPONENTE	TIPO	OBSERVACIONES
Definición de salud y salud pública	Definición	La salud entendida como desarrollo humano y bienestar implica que ésta no puede darse sino en un medio ambiente saludable. En su concepción de salud pública se inserta la salud ambiental como responsabilidad del Estado y objeto de la acción intersectorial encabezada por el sector salud

Características del PDSP	Caracterización conceptual	El PDSP como eje para lograr el desarrollo en la población de acuerdo con los ODM (especialmente el número 7, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente).
Enfoque de derechos	Enfoque	La salud ambiental es un derecho fundamental que debe ser reconocido mediante este enfoque.
Enfoque diferencial	Enfoque	En su definición de hábitat saludable, el PDSP contempla al hábitat también como la forma en que los sujetos dan sentido al entorno. Implica reconocer estas diferencias en el marco de la cultura, el ciclo vital, el despojo de las víctimas del conflicto, etc.
Enfoque de determinantes sociales	Enfoque	La salud ambiental es un determinante de tipo estructural, intermedio y singular. Contemplar la salud ambiental como determinante estructural implica reconocer como otros factores estructurales entran en relación con ésta: inequidad social, el subdesarrollo, las restricciones a la democracia, el uso irracional de recursos naturales, políticas macroeconómicas excluyentes, el incremento de la población, el desempleo, los modelos de asentamiento, la urbanización, etc.
Enfoque poblacional	Enfoque	Reconoce la población en términos demográficos, ambientales, sociales y económicos, y la interacción entre estos.
APS	Orientación	La APS propuesta por el PDSP debe incluir de acuerdo con sus principios tanto servicios de salud ambiental, como participación social y acción intersectorial correspondientes.
Participación social	Orientación	En el marco conceptual del PDSP la participación social en salud debe incluir los temas ambientales. Se debe fomentar el cambio de actitudes y comportamientos que se reflejen en una relación equilibrada entre los diversos actores y el medio ambiente, para mejorar las condiciones y los entornos saludables en la población.
Acción intersectorial	Orientación	La salud ambiental es un campo de la acción intersectorial, y ésta es una condición para que las acciones de salud ambiental se desarrollen adecuadamente.
Dimensiones prioritarias	Dimensión	La salud ambiental es en sí misma una dimensión prioritaria, que se toca además con otras: salud libre de enfermedades transmisibles, vida saludable y condiciones crónicas, emergencias en salud pública, gestión de la salud y sus determinantes.
Procesos de urbanización	Desafío	El análisis y las respuestas a este desafío pasan por la inclusión de la salud ambiental en el mismo, pues la urbanización implica la transformación radical del entorno.
Metropolización	Desafío	Las dinámicas de metropolización afectan el entorno de las personas y colectivos sujetos a éstas.
La carga de la enfermedad	Reto	Se estima que el 24% de la carga mundial de morbilidad y el 23% de todas las defunciones pueden atribuirse a factores relacionados con el ambiente. En los países en desarrollo el porcentaje de mortalidad atribuible a causa ambientales es de 25%, y en desarrollados de 17% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021d).
Superar la agenda inconclusa	Reto	Una buena parte de la agenda inconclusa se debe a problemas relacionados con el medio ambiente: enfermedades tropicales, acceso a servicios, etc.
Atender lo emergente	Reto	Emergencia y re emergencia de enfermedades relacionadas con el medio ambiente.
Superar las inequidades	Reto	Inequidades en cuanto al disfrute de un hábitat saludable, a servicios básicos, al acceso a la salud ambiental, en la exposición a riesgos medio ambientales, etc.

Figura 12. La salud ambiental en el PDSP

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2012d). *Dimensiones Prioritarias en Salud Pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2012, de

http://scc.org.co/wpcontent/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%3%BAblica_VERSI%3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf. Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

La salud ambiental, a pesar de ser transversal en la totalidad del PDSP, adquiere un lugar específico en su estructura como dimensión prioritaria (ver apartado 2.1, Figura 7). En este sentido es importante mencionar que la definición de estas dimensiones obedece a un proceso previo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el que se evaluaron los criterios enunciados en el siguiente cuadro:

CRITERIO	OBSERVACIÓN
Técnico-científico	Se analizó la carga de enfermedad, la magnitud y la mortalidad evitable relacionada con factores, patologías y efectos sobre la salud de las personas y los colectivos en Colombia relativos al medio ambiente (incluyendo abastecimiento de agua y saneamiento básico, contaminación de diversos tipos, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, enfermedades transmitidas por vector, toxicidad por sustancias, zoonosis, etc.)
Político	Compromisos internacionales (Metas del Milenio; Reglamento Sanitario Internacional; Estrategias, acuerdos multilaterales y convenios— Estocolmo, Basilea, Montreal, Kioto, Rotterdam, entre otros—. Marco Normativo Nacional.
Grado de consenso social-participación	No específica
Demandas de grupos de interés y compromisos	No específica

Figura 13. Criterios para determinar la salud ambiental como dimensión prioritaria.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2012d). *Dimensiones Prioritarias en Salud Pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2012, de http://scc.org.co/wpcontent/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%3%BAblica_VERSI%3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf

La salud ambiental contemplada como dimensión prioritaria en el PDSP incluye a su vez los siguientes componentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012d):

- Calidad del agua, aire y saneamiento básico. Entendido como las acciones sectoriales e intersectoriales para potencializar la promoción, prevención, control de factores de riesgo y vigilancia en salud pública. Incluye: agua para el consumo humano, uso terapéutico y recreacional; zonas de exposición a riesgos por residuos sólidos y líquidos, y contaminación atmosférica.
- Seguridad química. Entendida como prevención de efectos adversos a la salud humana debidos a la exposición laboral, ambiental e intradomiciliaria de sustancias químicas.
- Hábitat saludable. Referido a las acciones físicas, funcionales e instrumentales de la vivienda, el trabajo, la ciudad y el territorio, y a la forma como los sujetos dan sentido al entorno.

De esta manera, si bien la salud ambiental involucra cada uno de los elementos de PDSP, adquiere una ubicación formal como dimensión prioritaria, con los tres componentes señalados. Esta secuencial reducción de la salud ambiental tiene unas claras implicaciones conceptuales y metodológicas, como se discutirá en el apartado 6 de este mismo informe, y obedece a las necesidades operativas del proceso.

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL DE LAS ACTIVIDADES DE PASANTÍA

Aplicar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en la carrera de Ingeniería Ambiental de la Escuela Colombiana de Carreras Industriales ECCI, en el desempeño de las labores asignadas por la Unión Temporal Unidecenal, específicamente en el apoyo y soporte técnico en el campo ambiental en la generación de insumos para la formulación del PDSP 2012-2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Documentar las actividades realizadas por los dos pasantes en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2012 en el equipo de trabajo.
- Liderar la temática de salud ambiental en el equipo de trabajo del PDSP 2012-2021, tanto en las actividades de preparación, como en las acciones en terreno.
- Analizar, desde la ingeniería ambiental, el PDSP en cuanto a su comprensión de la salud ambiental. Este análisis incluye tanto los conceptos empleados, las metodologías, la interpretación de las problemáticas y la construcción de posibles soluciones en el marco de trabajo del PDSP.
- Discutir y ofrecer recomendaciones desde la ingeniería ambiental para el proceso desarrollado en el marco del PDSP y para otras iniciativas similares subsiguientes.

OBJETIVO GENERAL DE ANÁLISIS PROPUESTO

Elaborar un análisis de las perspectivas de los actores frente a la situación de salud ambiental en las zonales donde se desempeñaron las funciones durante el periodo de pasantía, utilizando para ello los insumos disponibles producto de las acciones en el marco de la generación de insumos para la formulación del PDSP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la información recopilada por el equipo interdisciplinario en las zonales intervenidas que aporta datos relevantes para el análisis propuesto en este documento.
- Describir las perspectivas de los actores sobre la situación de salud ambiental en las zonales correspondientes en términos de: participación de actores del sector ambiental; percepción sobre los servicios de Salud Ambiental y el Plan Territorial de Salud 2007-2010; identificación de vacíos, soluciones y compromisos en salud ambiental; priorización de problemáticas de salud ambiental, y análisis cualitativo de la descripción de los problemas de salud ambiental.
- Identificar las limitaciones y potencialidades de la metodología del PDSP para el análisis propuesto.
- Analizar los resultados obtenidos y enunciar conclusiones relevantes para la comprensión de la situación de salud ambiental en las zonales correspondientes.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO DE PASANTÍA

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE TRABAJO.

La pasantía incluyó dos grandes tipos de actividades. En el primero, se llevó a cabo el alistamiento conceptual y metodológico, y en el segundo, las actividades de trabajo de campo propiamente dichas, donde los pasantes hacían parte de un equipo de trabajo. A su vez, es importante subrayar que las actividades de campo se realizaron de la misma forma en todas las zonales. El siguiente cuadro resume de manera general las actividades del equipo de trabajo interdisciplinario completo, cuya descripción será desglosada y profundizada en esta misma sección. Las actividades específicas y aportes de los pasantes en su equipo de trabajo, serán descritas en la Figura 29. A su vez se incluyen fotografías que ilustran algunas de estas actividades.

ALISTAMIENTO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO		
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	METODOLOGÍAS EMPLEADAS	OBSERVACIONES
Revisión conceptual y metodológica de los lineamientos técnicos del PDSP.	Conferencia magistral	Presentaciones magistrales sobre los conceptos y metodologías que caracterizan el PDSP con el fin de apropiarlos para el trabajo de campo en las zonales.
Alistamiento y capacitación para el trabajo en los territorios.	Trabajo interdisciplinario	Recolección de información secundaria sobre la región y zonales con el fin de aproximarse a estas con anterioridad al trabajo de campo. Apropiación de conceptos y metodologías del PDSP
TRABAJO DE CAMPO EN ZONALES		
Convocatoria a comunidad, instituciones y tomadores de decisión	Convocatoria indirecta	Inicialmente el Ministerio de Salud y Protección Social era el responsable de la convocatoria. Sin embargo, en campo, los equipos tuvieron que realizar esta gestión. La convocatoria se realizaba a través de los alcaldes y secretarios de salud de los municipios de cada zonal, quienes convocaban a su vez a los actores para las sesiones. Esta labor se realizaba previamente a la llegada al lugar de trabajo y era responsabilidad de la comunicadora social. Las actividades incluían acciones movilización social para las siguientes etapas del PDSP, específicamente, elección de veedores para participar en las reuniones regionales, departamentales y nacionales.
Socialización del proceso del PDSP.	Conferencia magistral.	Divide a los actores en comunidad, instituciones y tomadores de decisión, la socialización se adapta a los tipos de actores y se desarrolla en días diferentes en cada zonal (ver Figura 24).
Recolección de información	Grupo de discusión en mesas de trabajo (primera y segunda sesión, ver adelante 4.2.1)	Divide a los actores en comunidad e instituciones. El grupo de discusión es una metodología que obtiene información de las representaciones, opiniones, actitudes, comportamientos y relaciones entre los participantes, a partir de preguntas o instrumentos guía, donde el orientador no asume una postura sino que modera y dirige la discusión, se asegura que todos los integrantes del grupo participen, y documenta la sesión en el marco de los componentes del PDSP (Gil Flores, 1993).
	Discusión en plenaria (tercera sesión, ver adelante 4.2.1)	Se desarrolló con los tomadores de decisión. La discusión en plenaria parte de una serie de presentaciones a partir de las cuales se documentan las opiniones

		y propuestas de los asistentes de acuerdo con la guía de un moderador.
Análisis y sistematización inicial de información.	Sistematización de información.	Consistente en extraer de los instrumentos diligenciados la información relevante de acuerdo con las características de los productos elaborados (ver Figura 28)
	Análisis de causas mediante árbol de problemas.	El árbol de problemas es una metodología para identificar y organizar causas en la que se siguen los siguientes pasos (Departamento Nacional de Planeación, 2012): identificación del problema, análisis de acuerdo con criterios preestablecidos—en este caso según la determinación social de la salud—, elaboración de un esquema que muestre las relaciones causa-efecto y selección de causas relevantes. La información se organizó de acuerdo a las características de los productos elaborados (ver Figura 28).
	Análisis cualitativo de participación social	Análisis de actores identificados como clave (comunitarios e institucionales) en cuanto a trayectoria como organización, características generales, temas de interés, articulación y experiencia en el tema de salud.

Figura 14. Actividades en el desarrollo de la pasantía.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Gil Flores, J. (1993). La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza & Teaching: Revista interuniversitaria de didáctica* (10-11), 199-214. Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Taller para la elaboración de árboles de problemas y de objetivos*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2012, de <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=YG5y3Hg89k8%3D&tabid=379>.



Figura 15. Equipo de trabajo interdisciplinario.

Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 16. Socialización del proceso del PDSP. Conferencia magistral.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 17. Recolección de información. Grupo de discusión en mesas de trabajo.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 18. Análisis y sistematización inicial de información.

Fuente: Archivo fotográfico de los autores.

4.2 TRABAJO DE CAMPO EN LAS ZONALES

4.2.1 DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS ZONALES

En la medida en que el marco teórico refiere los contenidos conceptuales y metodológicos relevantes que adquirieron los pasantes durante la fase de alistamiento (ver Figura 14), sólo se profundizará en esta sección las actividades de campo que produjeron la información relevante para la formulación del PDSP en lo referente a las zonales intervenidas.

El PDSP dividió el territorio colombiano en 6 regiones, conformadas por departamentos. Estos, a su vez, fueron divididos en zonales, donde confluyen municipios según facilidad de acceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a, p.56)⁶. Esta conformación territorial facilita el proceso de convocatoria y de recolección de información, a partir de las reuniones zonales en las que debían participar representantes de todos los municipios incluidos en cada zonal.

La región Caribe para el PDSP 2012-2021 consta de 8 departamentos (Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba y San Andrés), con un total de 29 zonales. La Región se dividió en dos equipos interdisciplinarios de trabajo. Los pasantes participaron en uno de estos equipos, por lo que el análisis incluido en este documento no corresponde a la totalidad de la región Caribe. El siguiente cuadro especifica las zonales donde se desarrolló la pasantía.

DEPARTAMENTO	ZONAL	MUNICIPIOS INCLUIDOS EN LA ZONAL	MUNICIPIO DONDE SE DESARROLLARON LAS SESIONES
--------------	-------	----------------------------------	---

⁶ La división en zonales obedece a su vez a una distribución implementada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF (Serna J, comunicación personal, 16 de noviembre de 2012).

ATLÁNTICO	BARANOA	Baranoa, Galapa, Juan de Acosta, Piojó, Pueblo Nuevo, Tubará, Usiacurí	Baranoa
	HIPÓDROMO	Malambo	Malambo
	NORTE CENTRO HISTÓRICO	Barranquilla, Puerto Colombia, Soledad	Barranquilla
	SABANA-GRANDE	Campo de la Cruz, Palmar de Varela, Ponedera, Sabanagrande, Santa Lucía, Santo Tomás, Suan	Sabanagrande
	SABANALARGA	Candelaria, Luruaco, Manatí, Repelón, Sanalarga, Cicuco, Hatilo de Loba, Margarita, Mompo, San Fernando, Talaigua Nuevo	Sabanalarga
GUAJIRA	RIOHACHA	Dibulla, Riohacha	Riohacha
	MANAURE	Manaure, Uribia	Manaure
BOLÍVAR	MONTES DE MARÍA	Córdoba, El Carmen de Bolívar, El Guamo, María la Baja, San Jacinto, San Juan de Nepomuceno, Zambrano	El Carmen de Bolívar
MAGDALENA	NORTE MAGDALENA	Algarrobo, Aracataca, Ciénaga, El Retén, Fundación, Zona Bananera	Ciénaga
	REGIÓN DEL RIO	Cerro San Antonio, Concordia, El Pitón, Pedraza, Pivijay, Pueblo Viejo, Remolino, Salamina, Sitio Nuevo, Zapayán	Pivijay
	SANTA MARTA	Santa Marta	Santa Marta
SUCRE	BOSTON	Buenavista, Corozal, Galeras, Los Palmitos, Morroa, Ovejas, Sampúes, San Juan de Betulia, San Pedro Sincé	Corozal
	NORTE	Caimito, Chalán, Colosó, La Unión, Palmito, San Benito Abad, San Marcos, San Onofre, Tolú, Tolú Viejo	Tolú
	SINCELEJO	Sincelejo	Sincelejo

Figura 19. Zonales donde se llevó a cabo la pasantía

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2012a). *La participación ciudadana en el Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

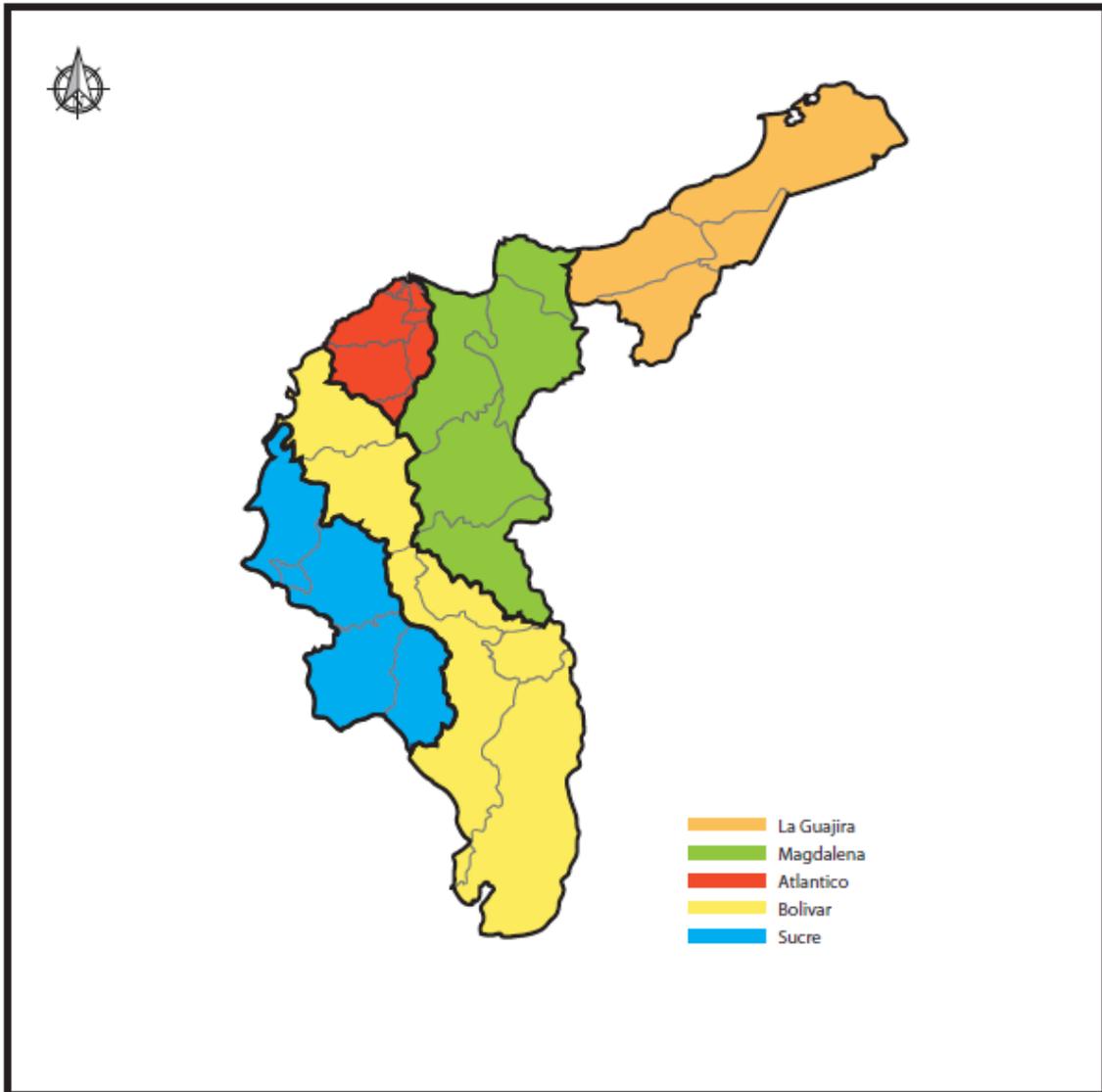


Figura 20. Departamentos de la región Caribe donde se desarrolló la pasantía.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012)

Como puede verse en el siguiente mapa, las zonales donde se desarrolló la pasantía se extienden sobre una amplia zona de la región Caribe. Esto hace que las características geográficas, económicas, y sociales de las zonales sean muy variables. El siguiente cuadro describe las principales características geográficas y ambientales de las 14 zonales objeto de estudio.

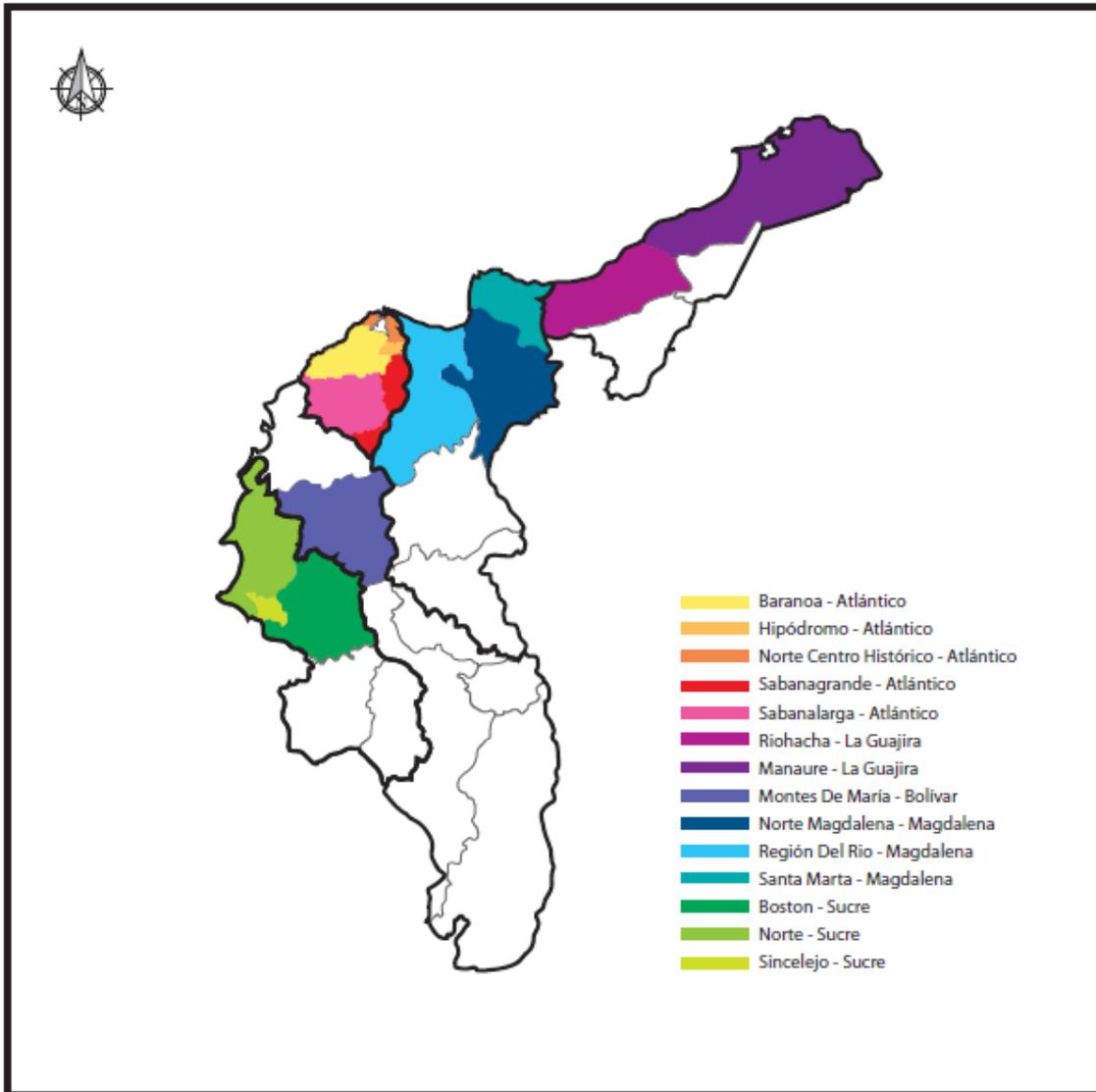


Figura 21. Zonales donde se desarrolló la pasantía en la región Caribe

Fuente: Elaborado por los autores, a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

ZONALES	CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y AMBIENTALES
Hipódromo	El municipio de Malambo que compone la zonal Hipódromo se localiza al Noroeste del departamento del Atlántico, sobre el Río Magdalena, a 12 kilómetros de la ciudad de Barranquilla. Tiene una extensión de 9.889.80 Hectáreas, lo que representa un 3.2% de la superficie total del departamento. 697,66 has. (28,35% del área) se encuentran urbanizadas, pero con una infraestructura vial y de servicios públicos deficiente. El renglón principal de su economía es la ganadería y la pesca en las ciénagas. Cerca al municipio se ubica el aeropuerto Ernesto Cortizos de Barranquilla. La altitud del municipio es de 10msnm y su temperatura media de 28 °C (Alcaldía de Malambo Atlántico, 2012).
Sabanagrande	La zonal Sabanagrande se encuentra localizada en la región centro oriental del departamento del Atlántico a 20 kilómetros de Barranquilla. El área de extensión representa el 25 % de la superficie del departamento. Tiene una temperatura promedio de 28°C y se encuentra a una altura sobre el nivel del mar de 9 msnm. Posee en toda su extensión una topografía plana y ondulada. Los ecosistemas más importantes son: Ciénaga de Sabanagrande, Ciénaga de Convento, Ciénaga de Julio, Ciénaga del Uvero, y Arroyo el cojo. Este tipo de ecosistema es representativo de esta zona del país, y aunque se encuentran contaminados por actividades de origen antrópico, son estratégicos y prestan servicios ecosistémicos de abastecimiento de alimento para los residentes en la zona. También se desarrollan actividades turísticas como las del Parque Ecológico Crocodilia (Alcaldía de Ponedera Atlántico, 2012; Alcaldía de Sabanagrande Atlántico, 2012).

Baranoa	La zonal Baranoa está localizada en el centro oriente del departamento del Atlántico, atravesada por la Vía Transversal Río-Mar que comunica el Río Magdalena en el municipio de Santo Tomás con el Mar Caribe (Alcaldía de Juan de Acosta Atlántico, 2012). Su ecosistema predominante es de bosque seco tropical con temperaturas que oscilan entre los 28 y 35 °C (Alcaldía de Baranoa Atlántico, 2012).
Manaure	La zonal Manaure está rodeada por el mar Caribe. La cabecera municipal de Manaure es atravesada por el arroyo Limón para luego desembocar a orillas del mar Caribe. También presenta aguas subterráneas que son aprovechadas por los indígenas Wayúu. El mar Caribe que bordea la costa, es la fuente más abundante de agua convirtiéndose no sólo en generador de alimentos sino en la fuente para la industria de la sal, base de la economía de esta región. Debido a las altas temperaturas y a la intensidad de los vientos, la evaporación es muy alta. Los Vientos del Noreste ocasionan la época de mayor sequía. Las lluvias son muy escasas y sólo se presentan en los meses de mayo, junio, octubre y noviembre. En general la zona es una llanura plana pedregosa y suavemente ondulada, en la que predominan las dunas del litoral, las lagunas marinas, playones arcillosos y salinas entre el Pájaro y Mayapo, sometidas a inundaciones prolongadas. Su clima es cálido, refrescado por las brisas marinas del Noreste. Permanece todo el año con temperaturas que oscilan entre los 28 y 38 C° (Alcaldía de Manaure La Guajira, 2012).
Riohacha	En la zonal Riohacha se ubica el municipio de Riohacha, capital del departamento de La Guajira. Ocupa cerca de la cuarta parte del territorio departamental con una extensión de 491.383 ha de las cuales 133.980 (27%) pertenecen a zonas de resguardos indígenas, 134.444 (27%) al Parque Nacional Natural Sierra de Santa Marta y 4.784 (0,9%) al Santuario de Flora y Fauna de los Flamencos. Su altitud sobre el nivel del mar varía desde el nivel del mar, hasta los 3.800 msnm en el nacimiento del Río Ranchería, en la Sierra Nevada de Santa Marta (Alcaldía de Riohacha La Guajira, 2012). Se evidenció en el trabajo de campo que el trabajo artesanal y la tenencia de caprinos son renglones importantes de su economía y actividad cultural.
Santa Marta	El Distrito de Santa Marta está conformado por un mar territorial, una área montañosa correspondiente a la Sierra Nevada de Santa Marta, cuerpos de agua interiores, las islas y bahías localizadas en el mar territorial y en los cuerpos de agua, el suelo consolidado constituido por una zona costera y una zona continental, el suelo no consolidado constituido por la zona de Bajamar, el subsuelo y el espacio aéreo asociado. Esto hace que la zonal goce de una muy amplia variedad de ecosistemas (Alcaldía de Santa Marta Magdalena, 2012). Se pudo observar que el municipio presenta graves problemas de ruido ambiental por la elevada presencia de motocicletas y automotores que prestan sus servicios de manera informal en la mayoría de los casos, y un sistema de alcantarillado deficiente y obsoleto que permite que se presenten inundaciones y malos olores. Las actividades económicas principales están relacionadas con el turismo y la presencia del puerto de Santa Marta, por donde se exportan importantes cantidades de carbón, ocasionando problemas medio ambientales especialmente en la bahía.
Norte Magdalena	Esta zonal está situada al norte el departamento del Magdalena, de cara al Mar Caribe, cerca de la Ciénaga Grande y al pie de la Sierra Nevada de Santa Marta. Su posición geográfica es estratégica en razón que: Es un punto de convergencia de las personas que transitan por la troncal del Caribe hacia la Guajira, Barranquilla y el interior del país. Se encuentra rodeada de espejos de aguas y zonas lagunares que hacen variable su clima y le confieren riqueza hídrica representada en los ríos Córdoba y Toribio, las aguas termales de Cordobita y la Ciénaga Grande de Santa Marta (Alcaldía de Ciénaga Magdalena, 2012). Se observó gran riqueza hídrica y cultivos agrícolas de coco, yuca y palma de cera, en general es una región que presenta una serie de servicios ecosistémicos de gran potencial para su desarrollo.
Región del Río	Esta región, está ubicada sobre la cuenca del río Magdalena, factor que presenta ventajas desde el punto de vista comercial y de abastecimiento para las comunidades, pero que también representa un riesgo bastante alto de inundación, como se hizo tangible en la temporada invernal del año 2010 y que se pudo evidenciar en las reuniones zonales, pues las vías de acceso a los diferentes municipios se encuentran en deplorable estado, lo que disminuye las oportunidades de desarrollo de los habitantes, según testimonio de un actor comunitario. En esta zona encontramos vegetación con árboles frondosos y con una oferta ambiental importante. Los ecosistemas más importantes son: las ciénagas Don Miguel, La Burra. Los arroyos Barros, El Codo, El Resbaloso, La Palma, Las Vueltas, Macondo, Sabaneta (Alcaldía de Pivijay Magdalena, 2012).
Sabanalarga	Esta zonal se comunica con la ciudad de Barranquilla a través de la carretera oriental, favoreciéndole el flujo de personal y carga, siendo esta su actividad económica más importante. La región se halla recorrida por el río Magdalena, que a su vez es utilizado para la pesca, el abastecimiento para la planta del acueducto, el riego de cultivos, y como medio de transpor-

	te para los habitantes de los pueblos ribereños. El ecosistema más importante es el Embalse del Guajaro, que presta servicios de abastecimiento de agua, energía y alimento a las comunidades (Alcaldía de Sabanalarga Atlántico, 2012).
Norte Centro Histórico	La ciudad de Barranquilla como principal representante de la región Caribe está localizada en el vértice nororiental del departamento del Atlántico, sobre la orilla occidental del río Magdalena, a 7,5 km de su desembocadura en el mar Caribe. Su clima oscila entre 30 y 35 °C. Su extensión total es de 154 Km2. Barranquilla cuenta con importantes ecosistemas como el río Magdalena, que desemboca en el Mar Caribe en Bocas de Ceniza, la Ciénaga de Mallorquín y el sistema de caños orientales. La finalización de los trabajos de construcción de los tajamares de Bocas de Ceniza en 1936 trajo consigo el deterioro de la Ciénaga de Mallorquín, que originalmente era un sistema de cuatro ciénagas, así como el detrimento de las playas aledañas de Puerto Colombia (Alcaldía Distrital de Barranquilla, 2012). En el terreno se observaron problemas ambientales como disposición inadecuada de los residuos sólidos, saneamiento básico deficiente en plazas de mercado y sistema de alcantarillado que colapsan en época de lluvia.
Montes de María	La zonal presenta una gran riqueza ambiental e hídrica. Es recorrida de occidente a oriente por el arroyo Alférez, el cual se constituye en su mayor recurso hídrico. Este nace en las colinas occidentales a partir de un gran número de arroyos de escorrentía, que se transforman en arroyos afluentes. El territorio se ve influenciado por el sistema regional de aguas subterráneas del acuífero de Morroa. El área donde aflora el citado acuífero coincide con la divisoria de aguas de las cuencas hidrográficas importantes, al Occidente las aguas drenan al golfo de Morrosquillo y al Oriente al río Magdalena, pero solamente en época de invierno (Alcaldía Carmen de Bolívar, 2012). Se observó que esta zonal presenta también ecosistemas tan importantes como el Santuario de fauna y Flora Los Colorados en San Juan de Nepomuceno, y sabanas donde predomina principalmente la agricultura.
Boston	En esta zonal se presenta la formación ecológica de bosques seco tropical, teniendo en cuenta que factores edáficos y de disponibilidad de agua, influyen sobre algunas características de la vegetación predominante. La flora ha sufrido fuertes variaciones en lo referente a la composición, densidad y distribución debido a la destrucción de los bosques por el hombre para dedicar las tierras a labores agropecuarios. La problemática de las formaciones vegetales, empieza con el establecimiento de grandes fincas con fines de pastoreo y agricultura, para lo cual se taló y quemó indiscriminadamente el bosque. Algunas especies se encuentran en vía de extinción como: ardilla, armadillo, conejo, mono colorado, camaleón, iguana, lobo pollero, canario, loro perico y guacamaya entre otros (Alcaldía de Corozal Sucre, 2012).
Sincelejo	El suelo del municipio de Sincelejo es típico del paisaje de montaña. Está formado por superficies de relieve irregular y complejo, con pendiente variable y altitudes que van desde los 50 a los 260 m.s.n.m. El clima es cálido seco, con una precipitación promedio de 500 a 1200 milímetros. La formación vegetal es el bosque seco tropical. De vegetación natural quedan aún algunas especies como palma de vino, samán, roble, cortadera, chaparro y micondo (Alcaldía de Sincelejo Sucre, 2012).
Norte	Esta zonal, situada principalmente en el Golfo de Morrosquillo, y a solo 30 minutos de Sincelejo, es uno de los sitios con más atractivos turísticos en la Costa Atlántica Colombiana, gracias al contraste que ofrecen sus playas y sus paisajes. En Coveñas se encuentra el terminal petrolero en donde finaliza el oleoducto Caño Limón- Coveñas, que se inicia en Arauca y atraviesa el país de oriente a occidente. El principal ecosistema observado es: zonas de manglares que corresponden a los manglares mayores y menores que bordean la Costa del Golfo de Morrosquillo. Por su importancia ecosistémica y su alta biodiversidad, se considera como un tipo de ecosistema que demanda un tratamiento especial (Alcaldía de Santiago de Tolú Sucre, 2012; Alcaldía de Coveñas, 2012).

Figura 22. Características geográficas y ambientales de las 14 zonales objeto de estudio.

Fuente: Adaptado de dominios Web de los municipios Malambo, Ponedera, Sabanagrande, Juan de Acosta, Baranoa, Manaure, Riohacha, Santa Marta, Ciénaga, Pivijai, Sabanalarga, Barranquilla, Carmen de Bolívar, Corozal, Sincelejo, Tolú y Coveñas.

4.2.2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS ZONALES

La metodología diseñada para la generación de insumos para la formulación del PDSP divide a los actores en tres grupos: comunidad, instituciones y tomadores de decisión. Cada uno de estos grupos asistía a una jornada completa de trabajo (de 6 a 8 horas) que incluía las actividades de

socialización y de recolección de información en mesas de trabajo⁷. De esta manera, las acciones de campo adoptan una división en tres sesiones (una para cada grupo de actores), que se repetía de la misma forma en cada zonal y se desarrollaba en tres días diferentes. La siguiente figura esquematiza la secuencia de actividades de campo.

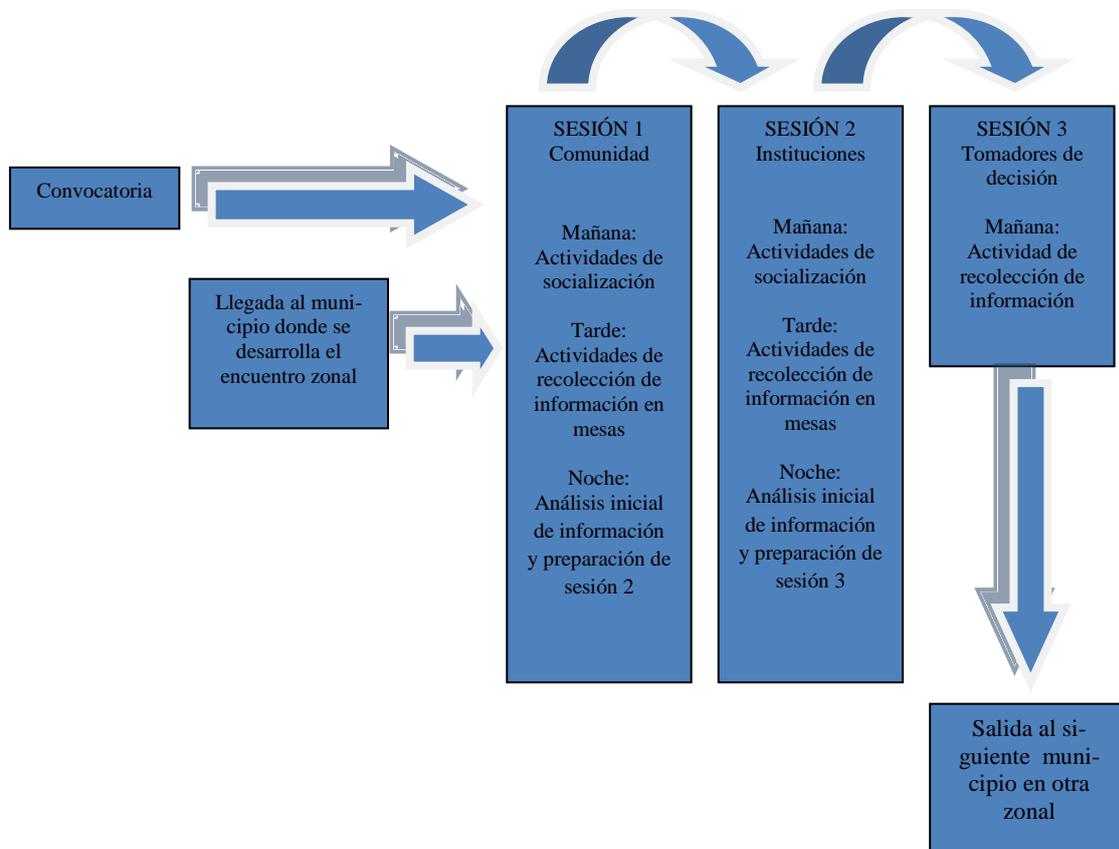


Figura 23. Flujograma de la secuencia de actividades de campo en las zonales

Fuente: Adaptado por los autores de Unidecenal (Comunicación institucional, Instructivos de trabajo de campo, 2012).

A continuación se describirán en detalle las actividades que involucraban la mayoría de funciones de los pasantes en el equipo de trabajo interdisciplinario.

Actividades de socialización.

Los contenidos de la socialización del proceso del PDSP variaban de acuerdo a la sesión y consistían en presentaciones magistrales, como se detalla en el siguiente cuadro:

⁷ Si bien la metodología del PDSP contemplaba que estas mesas sean temáticas, en las zonales intervenidas por el equipo donde participaron los pasantes en las mesas de trabajo se trataron todos los temas en las mesas con el fin de dinamizar la participación de los actores. De acuerdo con el líder del equipo, Julián Serna (comunicación personal, 16 de noviembre de 2012) esta decisión se debió a observar que en las mesas temáticas se concentraban los mismos tipos de actores, según intereses particulares o afinidades laborales, haciendo que la metodología perdiera su capacidad para obtener diferentes puntos de vista sobre los problemas locales y para evidenciar “relaciones de poder, disensos y consensos entre diferentes actores que construyen en el discurso inmediato de la discusión significados en torno al fenómeno de la salud pública en cada una de sus comunidades” (Serna J, comunicación personal, 16 de noviembre de 2012)

PRESENTACIONES	CONTENIDOS	SESIÓN Y OBSERVACIONES
Presentación institucional	<ul style="list-style-type: none"> -Marco del Convenio Unión Temporal y Ministerio de Salud y Protección social -Finalidad del evento -Premisas de desarrollo en la cuales se sustenta el concepto de salud pública -Desarrollo metodológico del PDSP -Dinámica de planeación -Enfoques y orientaciones estratégicas en salud pública, socializados mediante ejemplos aplicados a la situación del territorio. -Declaración del Milenio-ODM -Distribución nacional por regiones y zonales 	<p>La presentación se desarrollaba de la misma manera en todas las sesiones y en todas las zonales.</p> <p>A medida que se fueron desarrollando los zonales, las presentaciones se fueron tornando más dinámicas para generar una mayor comprensión del ejercicio por parte de cada uno de los actores asistentes a los talleres.</p>
Plan Territorial de Salud Pública 2007-2010 (PTSP)	PTSP correspondiente a cada zonal. El objetivo de la socialización era contextualizar a los participantes en la ejecución y cumplimiento de metas en salud pública en sus territorios, en el marco de las prioridades en Salud Pública.	La presentación se desarrollaba de la misma manera en la primera y la segunda sesión, de forma específica en cuanto a sus datos para cada zonal.
Análisis de situación de salud (ASIS) ⁸	La presentación incluía: caracterización territorial de la zonal (población en cabecera municipal), análisis demográfico (población, tasa global y general de fecundidad), caracterización socioeconómica (analfabetismo, desempleo, NBI), cobertura de vacunación, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por HIV/SIDA, vacunación canina, desnutrición global y crónica, sobre peso, bajo peso, cobertura de servicios públicos, cobertura de afiliación al SGSSS, perfil epidemiológico (mortalidad y morbilidad), enfermedades transmitidas por vector.	<p>La presentación se desarrollaba de la misma manera en todas las sesiones pero es específica en cuanto a sus datos para cada zonal.</p> <p>Información de tipo cuantitativo preferentemente, de fuentes epidemiológicas asociadas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.</p> <p>Limitada a los registros locales y a proyecciones estadísticas. Algunos datos son del 2008 o anteriores.</p>
Mandatos comunitarios	<p>La presentación característicamente incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descripción de la participación en la sesión 1 -Experiencias de los diferentes actores sobre el PTSP -Problemas no resueltos por el PTSP -Soluciones propuestas -Priorización y detalle de los problemas de acuerdo a las dimensiones del PDSP 	<p>Es producto de las conclusiones de la primera sesión. Se presenta en las sesiones dos y tres.</p> <p>Información predominantemente de tipo cualitativo, específica para cada zonal.</p>
Concertación con instituciones	<p>La presentación característicamente incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descripción de la participación en la sesión 2 -Priorización de problemáticas según dimensiones -Análisis de causas de los problemas priorizados -Soluciones propuestas -Valoración de experiencias de PTSP -Desafíos en Salud Pública para la zonal -Priorización de los desafíos. 	<p>Es producto de las conclusiones de la segunda sesión. Se presenta en la sesión tercera.</p> <p>Información predominantemente de tipo cualitativo, específica para cada zonal.</p>

Figura 24. Contenidos de las actividades de socialización

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

⁸ Los ASIS son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 38).

El objetivo principal de las socializaciones consistía en preparar a los asistentes para las discusiones posteriores en las mesas de trabajo, y se desarrollaba durante la jornada de la mañana. Como puede evidenciarse en la figura anterior, en la segunda y tercera sesión se socializaban resultados de las actividades previas en cada zonal. Seguidamente se daba paso a la metodología de trabajo en mesas para la recolección de información.

Actividades de recolección de información.

La primera sesión contaba con la participación de la comunidad y sus organizaciones, entre las cuales se encuentran: madres comunitarias; Juntas de Acción Comunal (JAC); Asociaciones de Usuarios de Instituciones Prestadoras de Salud (en adelante IPS) y de Entidades Promotoras de Salud (EPS); veedurías ciudadanas; representantes de población víctima del conflicto armado, de población indígena, afrodescendiente; organizaciones de personas con discapacidad; organizaciones ambientales, juveniles, de mujeres, de trabajadores; líderes comunitarios y sociedad en general.

Los participantes eran divididos aleatoriamente en mesas de trabajo cuyo número dependía de la cantidad total de asistentes. Las mesas eran conformadas por un rango de entre 6 a 12 actores. En cada mesa se exponían las reglas mínimas de la metodología a implementar, se explicaba en general el diligenciamiento y la dinámica a seguir, y el orden de los instrumentos a desarrollar.

La siguiente figura detalla las actividades de recolección de información desarrolladas durante la primera sesión, de forma genérica en todas las zonales, a través de la descripción de los instrumentos utilizados.

INSTRUMENTO	INFORMACIÓN OBTENIDA	OBJETIVO
Registro de participantes identificados e involucrados en el Plan Decenal De Salud Publica 2012-2021	Información general de los asistentes a las diferentes sesiones: Nombres, Apellidos, departamento de procedencia, municipio, organización o institución que representaba, origen del actor (comunitario, institucional), cargo, teléfono, dirección, correo electrónico.	Descripción de la participación en términos de cantidad, tipo y origen.
Instrumento 2. Situación actual desde la experiencia del plan territorial de salud pública 2007 – 2010 (ámbito comunitario)	El instrumento consta de tres campos de análisis con respecto al PTSP: 1.Soluciones logradas en salud pública 2.Participación efectiva 3.Reconocimiento de las necesidades de la población del PTSP	Evaluar el PTSP en los términos descritos. Realizar análisis comparativos de las actividades programadas vs las ejecutadas en cada uno de los entes territoriales.
Instrumento 7. Identificación de diferenciales relevantes desde la perspectiva comunitaria.	Enfoque diferencial: 1. Identificar grupo(s) apropiado al enfoque 2. Problemas en salud identificados para el grupo 3. Necesidades diferenciales 4. Riesgos prevalentes 5. Vacíos de atención	Identificar las necesidades y sus diferenciales para generar estrategias que impacten de forma positiva la situación en salud de cada comunidad. Describir problemática de salud en los términos descritos.
Instrumento 9. Situación actual desde la experiencia del plan territorial de salud pública 2007 – 2010 (ámbito	De acuerdo a las problemáticas señaladas en el instrumento 7: 1. Soluciones propuestas por PTSP para abordar los diferenciales analizados	Validar el análisis comparativo de los planes territoriales en salud desde los signifi-

comunitario)	2. Potencialidades 3. Limitantes: aquellos aspectos que faltan y se deben abordar.	cados contruidos por cada uno de los actores asistentes.
Registro multipropósito	Identifica el problema- tema a partir de una pregunta orientadora teniendo en cuenta las dimensiones prioritarias del PDSP, explorándolas todas. Priorización de los problemas enunciados.	Identificar problemas en salud aplicando los enfoques y dimensiones prioritarias del PDSP, para priorizar las necesidades más apremiantes en la población.
Bitácora de gestor	Relatoría de las diferentes conclusiones de la exposición de los asistentes por mesas Consigna detalles sobre el desarrollo de la sesión.	Descripción de conclusiones relevantes. Descripción desarrollo de la sesión.

Figura 25. Instrumentos e información obtenida en la primera sesión.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2011b). *Documento Anexo 21: Instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

La segunda sesión buscaba validar y complementar con las instituciones la información brindada por la comunidad. Para esta sesión se esperaba un gran afluente intersectorial de instituciones. Sin embargo, las instituciones que asistieron fueron del sector salud principalmente, lo cual significó una gran limitante. Por ejemplo, en materia ambiental, la ausencia de las instituciones directamente relacionadas se hizo evidente. Para el desarrollo de las actividades no se estableció un criterio mínimo de participación, por lo que la ausencia del sector ambiental no fue argumento para modificar la convocatoria o para adecuar las actividades.

Al igual que en la primera sesión, los participantes eran divididos aleatoriamente en mesas de trabajo cuyo número dependía de la cantidad total de asistentes. Las mesas eran conformadas por un rango de entre 10 a 15 actores. En cada mesa se exponían las reglas mínimas de la metodología a implementar, se explicaba en general el diligenciamiento y la dinámica a seguir, y el orden de los instrumentos a desarrollar.

La siguiente figura detalla las actividades de recolección de información desarrolladas durante la segunda sesión, de forma genérica en todas las zonales, a través de la descripción de los instrumentos utilizados.

INSTRUMENTO	INFORMACIÓN OBTENIDA	OBJETIVO
Registro de participantes identificados e involucrados en el Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021	Ver Figura 25	Ver Figura 25
Instrumento 1. Situación desde la experiencia del Plan territorial de salud pública 2007-2010 (institucional)	El instrumento consta de siete campos de análisis : 1. Coherencia normativa que sustentó el PTSP 2007 – 2010. Contradicciones o vacíos normativos para la formulación y ejecución del PTSP. 2. Asistencia técnica en el PTSP 2007 – 2010. Asesoría y capacitación para la formulación y ejecución de los PTSP 3. Relacionamiento con los aseguradores en el PTSP 2007 – 2010. 4.Ejecución de acciones según prioridades: 5.Capacidades de los prestadores en la ejecución del PTSP 2007 – 2010:	Evaluar el PTSP en los términos descritos. Validación de los análisis comparativos de los PTS en cuanto a lo planificado y ejecutado.

	6. Logros territoriales del PTSP 2007 – 2010 7. Pendientes del PTSP 2007-2010	
Instrumento 8. Identificación de diferenciales relevantes desde la perspectiva institucional.	Enfoque diferencial: 1. Identificar grupo(s) apropiado al enfoque 2. Problemas en salud identificados para el grupo 3. Necesidades diferenciales 4. Riesgos prevalentes 5. Vacíos de atención	Identificar poblaciones susceptibles de un enfoque diferencial en el ámbito local. Describir problemática de salud en los términos descritos.
Instrumento 10. Escenarios de desafíos en salud pública PDSP 2012-2021	Identifica y prioriza las características locales de los desafíos en salud pública.	Priorización desafíos en Salud Pública
Instrumento 12. Validación y complementación del marco estratégico del PDSP 2012 – 2021.	Evaluar los siguientes aspectos del PDSP 1. Consensos. Puntos de vista y observaciones en las que los actores acuerdan con estructura del PDSP. 2. Disensos. Puntos de vista y observaciones realizadas que no están de acuerdo 3. Propuesta de ajuste. 4. Complementación Regional. Aportes y sugerencias realizadas para mejorar y complementar las anteriores.	Consensos y disensos con respecto a elementos del PDSP (dimensiones prioritarias especialmente).
Registro multipropósito	Ver Figura 25	Ver Figura 25
Bitácora de gestor	Ver Figura 25	Ver Figura 25

Figura 26. Instrumentos e información obtenida en la segunda sesión.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2011b). *Documento Anexo 21: Instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

En la tercera sesión participaban los actores identificados como tomadores de decisiones, por ejemplo alcaldes y secretarios de salud. Sin embargo, en el terreno, en muchas zonales se repetían los actores de la segunda sesión, con el agravante que los tomadores de decisión no siempre participaban, haciendo que el equipo no pudiera desarrollar a cabalidad el objetivo para esta sesión consistente en documentar los compromisos adquiridos frente a las problemáticas identificadas, no sólo mediante el ASIS, sino también en las sesiones primera y segunda, desarrolladas previamente⁹.

Los participantes no eran divididos. Solamente se diligenciaba el instrumento “Bitácora de gestor”, documentando los compromisos específicos en cada una de las dimensiones del PDSP. El siguiente cuadro detalla el instrumento, tipo de información y variable correspondiente, de la tercera sesión de manera genérica para todas las zonales.

INSTRUMENTO	INFORMACIÓN OBTENIDA	OBJETIVO
Bitácora de gestor	Relatoría de la discusión con tomadores de decisión.	Compromisos adquiridos.

Figura 27. Instrumentos e información obtenida en la tercera sesión.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2011b). *Documento Anexo 21: Instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

⁹ La falta de compromisos de los tomadores de decisión significó un cambio en la metodología de la tercera sesión, optando por “realizar entrevistas semi estructuradas con los mandatarios para tratar de incrementar el compromiso con las necesidades expuestas por parte de la comunidad y las instituciones, y también identificar los conocimientos que poseían frente a estrategias de salud pública como la APS” (Serna J, comunicación personal, 16 de noviembre de 2012).

Análisis y sistematización inicial de información.

La información obtenida en cada sesión era grabada —aunque no en su totalidad— en audio y video, y transcrita (relatoría a mano en instrumentos). Toda la información pertenece a la Unión Temporal Unidecenal y al Ministerio de Salud y Protección Social. Al finalizar cada sesión y luego del respectivo análisis de la información recolectada, esta era archivada minuciosamente según direccionamiento del Ministerio. En la noche se entregaba a los técnicos de apoyo logístico, quienes se encargaban de remitirla a la ciudad de Medellín, específicamente a la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Después de las sesiones de recolección de información se procedía a realizar un análisis inicial tendiente a organizar y sistematizar la información recolectada durante la jornada, y a elaborar las presentaciones necesarias para la socialización de las sesiones siguientes en cada zonal (mandatos comunitarios y concertación con instituciones, ver Figura 24). Las labores de análisis estaban encomendadas al líder del equipo, sin embargo, la dinámica de trabajo permitió a los pasantes participar activamente en las mismas. A su vez, el equipo desarrollaba un análisis escrito sobre participación social, describiendo actores clave catalizadores para el PDSP. Finalmente cada miembro del equipo debía elaborar un informe diario de cumplimiento sobre sus actividades contractuales.

Los productos de estas actividades de análisis inicial se resumen en el siguiente cuadro.

PRODUCTO	OBSERVACIÓN	ELABORACIÓN
Mandatos comunitarios	Sistematización de la información de cada una de las mesas, caracterizando las problemáticas, determinando la priorización dada por la comunidad, anotando las soluciones propuestas, detallando la participación. Las fuentes de información utilizadas se detallan en la Figura 25. Incluye una valoración de los resultados del Plan Territorial de Salud.	Equipo completo a partir de análisis conjunto.
Concertación con las instituciones	Sistematización de la información de cada una de las mesas, caracterizando las problemáticas y el análisis de las causas de las mismas, detallando la priorización en términos de desafíos de la Salud Pública local y dimensiones prioritarias. Las fuentes de información se detallan en la Figura 26. Incluye una valoración de los resultados del Plan Territorial de Salud.	Equipo completo a partir de análisis conjunto.
Análisis de participación social	Describe actores clave que pueden ser catalizadores para el PDSP y describe su potencial de participación de cara al proceso.	Miembros del equipo de acuerdo con su área de actuación profesional y las características de los actores

Figura 28. Actividades de análisis inicial en cada zonal.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (Comunicación institucional, Instructivos metodológicos, 2012).

4.3 APORTES TEÓRICO-PRÁCTICOS DESDE LA INGENIERÍA AMBIENTAL AL PROCESO

La labor de los pasantes se circunscribió a su participación en el equipo de trabajo. La descripción específica de su papel en cada una de las actividades desarrolladas se detalla en el siguiente cuadro, resaltando los aportes que, desde la Ingeniería Ambiental, los pasantes pudieron ofrecer.

ACTIVIDADES	ACTIVIDADES DEL PASANTE	APORTES INGENIERÍA AMBIENTAL DEL PASANTE
Revisión conceptual y metodológica de los lineamientos técnicos del PDSP.	Asistencia a los espacios de capacitación, establecidos por Unidecenal.	Liderazgo y conceptualización en el tema ambiental dentro del equipo de trabajo
Alistamiento y capacitación para el trabajo en los territorios.	Recolección de información general, para tener un primer acercamiento a las zonales con el fin de apropiarse teóricamente de cada territorio.	Identificación y apropiación de información ambiental como cuencas hidrográficas existentes, topografía de las zonales de la región Caribe, situación climática, usos del suelo, actividades económicas principales, etc.
	Participación en taller interdisciplinario en donde se buscaba apropiarse de los conceptos clave para el PDSP.	Ofrecer un enfoque ambiental para dar a entender la importancia de enmarcar cada uno de estos conceptos en el marco del PDSP En uno de los talleres de capacitación se instruyó a los profesionales de otras disciplinas en conceptos como calidad del agua, calidad del aire, hábitat, seguridad química, brindando un enfoque holístico desde la Ingeniería Ambiental.
Diseño de instructivo para el desarrollo de la metodología.	Asistencia al taller interdisciplinario.	Liderazgo en el tema ambiental dentro del equipo interdisciplinario de trabajo.
Convocatoria a comunidad, instituciones y tomadores de decisión	Si bien se trataba de una labor exclusiva del Ministerio de Salud y Protección Social, y Unidecenal, se participó en la recolección de información de actores comunitarios e institucionales para ser convocados en las sesiones.	Se hizo especial énfasis en recolectar información de actores de organizaciones ambientales tales como Corporaciones Autónomas Regionales, ONG, UMATA, entre otras.
		Reforzar la labor de convocatoria realizada por la comunicadora social en campo. En las mesas de trabajo, los pasantes promovían con los participantes la asistencia de instituciones o entidades de la rama ambiental, ya fueran para la primera, segunda o tercera sesión
		En las actividades de movilización social realizadas por los pasantes se priorizaban actores con afinidad al tema ambiental o pertenecientes a dicho sector.
Socialización del proceso del PDSP	Participar en la elaboración de las presentaciones para las socializaciones	Análisis de la información de carácter ambiental, para ser expuesta en la sesión del día siguiente.
	Realizar las presentaciones del PDSP en varias zonales.	Enfatizar en las presentaciones los temas de salud ambiental
	Empoderamiento al equipo de trabajo, frente a la legislación ambiental.	Los pasantes y los profesionales del área ambiental, realizaron una revisión bibliográfica de la legislación concerniente a diferentes temas ambientales (por ejemplo agua y alcantarillado) con el fin de brindar herramientas de trabajo para el equipo y asesorar correctamente a las diferentes comunidades asistentes para comprender la problemática ambiental actual.

Recolección de información sesión 1 y 2	Participar como gestores en las mesas de trabajo. Diligenciar, dirigir, orientar las mesas según la metodología de trabajo.	Análisis de información de carácter ambiental. Cuando los actores presentaban dudas en materia ambiental—lo cual se presentó en todas las zonales, especialmente en la sesión 1— el pasante daba una visión clara frente a la problemática expuesta por el actor.
Recolección de información sesión 3	Participar como gestores y diligenciando Bitácoras.	Se hace especial énfasis en el diligenciamiento de compromisos que tengan relación con las dimensiones del PDSP relevantes para la salud ambiental. Partiendo de los análisis recolectados en cada zonal, en esta sesión se sugería al líder del equipo cómo dirigir la discusión plenaria para obtener compromisos frente a la situación ambiental.
Análisis de información	Organizar, sistematizar, debatir y construir con el equipo de trabajo la información recolectada en la sesión.	Comprender y dar a entender al equipo interdisciplinario de trabajo la percepción de las problemáticas en cuanto a causas, consecuencias, vacíos y soluciones, específicamente de salud ambiental
	Participar en el análisis de la participación social.	Lo pasantes realizaron el análisis de la participación social tanto de organizaciones comunitarias como de instituciones ambientales, las cuales serían agentes catalizadores para el PDSP. Estos análisis se utilizaron para la comprensión de la participación social ambiental frente al PDSP. En el tema ambiental los pasantes trabajaron en los siguientes: veedurías ciudadanas en materia de control social ambiental, comunidad indígena que impulsa el tema de salud y salud ambiental, y fundación ambiental “Guardianes del medio ambiente”.
		Los pasantes asistieron a visitas de campo invitados por los actores, para dictaminar verbalmente un concepto sobre la situación ambiental y dar recomendaciones de mejora, en los siguientes espacios: -Plazas de mercado en Baranoa, Atlántico y Carmen de Bolívar, Bolívar. -Centro de salud en Barranquilla en el contexto de APS de esa ciudad. -Municipio de Usiacurí, Baranoa. -Vertimientos y los efectos de oleada invernal 2011 en el Embalse del Guajaro en Sabanalarga, Atlántico (Ver fotografías a continuación)

Figura 29. Papel y aportes de los pasantes en las actividades desarrolladas

Fuente: Adaptado de Unidecenal (Comunicación institucional, Instructivos de trabajo de campo, 2012).



Figura 30. Estado de las viviendas posterior a la ola invernal. Sabanalarga, Atlántico.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 31. Estado actual de la plaza de mercado. Carmen de Bolívar, Bolívar.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.

4.4 CRONOGRAMA DE TRABAJO

La siguiente figura especifica cronológicamente los periodos y lugares en donde se desarrollaron las actividades descritas por los pasantes:

TIPO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	UBICACIÓN	FECHAS
-------------------	----------------------	-----------	--------

Alistamiento conceptual y metodológico	Revisión metodológica del anexo 21 instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del PDSP 2012-2021	Bogotá	21 de Marzo a 24 junio
	Alistamiento y capacitación, revisión de lineamientos , marco teórico y normativo que sustenta el PDSP	Bogotá	21 de Marzo a 24 junio
Trabajo de campo	Sesión 1 con comunidades, sesión 2 con instituciones y sesión 3 con autoridades tomadoras de decisión.	Manaure	25-28 de junio
		Riohacha	29 de junio a 4 de julio
		Santa Marta	5-9 de julio
		Ciénaga	10-13 de julio
		Barranquilla	14-18 de julio
		Sabanalarga	19-24 de julio
		Baranoa	25-28 de julio
		Malambo	29 de julio a 1 de agosto
		Sabanagrande	2-6 de agosto
		Pivijay	7-10 de agosto
		Carmen de Bolívar	11-15 de agosto
		Corozal	16-21 de agosto
		Sincelejo	22-25 de agosto
Tolú	26-30 de agosto		

Figura 32. Cronograma de actividades

Fuente: Adaptado de Unidecenal (Comunicación institucional, Instructivos de trabajo de campo, 2012).

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD AMBIENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES EN LAS 14 ZONALES INTERVENIDAS

Esta sección presenta un análisis de las perspectivas de los actores sobre la situación de salud ambiental en sus zonales. Para ello utiliza los productos elaborados en campo por el equipo interdisciplinario de trabajo. Estos productos son el resultado del análisis inicial en terreno, en el que participaban activamente los pasantes.

El análisis de las perspectivas de los actores sobre la situación de salud ambiental en sus zonales propuesto se divide en:

- Participación de actores del sector ambiental.
- Percepción sobre los servicios de Salud Ambiental y el Plan Territorial de Salud Pública 2007-2010 (PTSP) respectivo.
- Identificación de vacíos, soluciones y compromisos en salud ambiental.
- Priorización de problemáticas de salud ambiental desde la perspectiva de los actores.
- Análisis cualitativo de la descripción de problemas en salud ambiental desde la perspectiva de los actores.

El objetivo de este análisis es describir e interpretar la situación de salud ambiental desde la perspectiva de los actores. De esta manera, se muestran las problemáticas sentidas en salud ambiental más relevantes. Este análisis no hizo parte de las labores asignadas por Unidecenal para los pasantes, y no fue incluido en el análisis posterior en la formulación del PDSP. Por ende, corresponde a un valor agregado que desde la Ingeniería Ambiental se propone tanto a la disciplina como a la salud pública en general. En este sentido, su principal aporte consiste en valorar las metodologías y conceptos implementados en la formulación del PDSP.

5.1 FUENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN EMPLEADA

Las fuentes utilizadas para este análisis documentan información de tipo cualitativo. Esto implica que a partir de dichos datos se puede acceder a las percepciones, ideas, opiniones sobre las causas, y sensaciones de los actores. Este análisis utiliza las categorías procedentes de la información cualitativa como categorías de variables cualitativas nominales¹⁰, posteriormente, hace un análisis de presentación y frecuencia de las mismas. En ese sentido, este análisis es de tipo mixto, pues cuantifica información de carácter cualitativo.

El siguiente cuadro resume las características de la información y su relevancia para este análisis.

FUENTE	CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN	VARIABLES IDENTIFICADAS EN ESTE ANÁLISIS
Registro de participantes identificados e involucrados en el Plan	Base de datos con la información de los participantes a las sesiones de recolección de información. Los contenidos se detallan	Asistentes Asistentes relacionados con organizaciones o instituciones ambien-

¹⁰ Las variables cualitativas se refieren a características o cualidades que no pueden ser medidas con números y son de dos tipos: cualitativa nominal cuando presenta modalidades o categorías no numéricas que no admiten criterio de orden o jerarquía, por ejemplo el estado civil o los nombres de las personas, y cualitativa ordinal o cuasicuantitativa que presenta modalidades o categorías no numéricas en las que existe un orden, por ejemplo estratificación socioeconómica, días de la semana, meses del año (Universidad Católica de Chile, 2007).

Decenal De Salud Publica 2012-2021.	en la Figura 25 apartado 4.2.2.	tales. Actores tomadores de decisión en materia de salud ambiental. Actores tomadores de decisión pertenecientes al sector ambiental.
Documentos ASIS para cada zonal	Contienen información de tipo epidemiológico sobre las zonales con las características y limitantes descritas previamente (ver Figura 24, apartado 4.2.2). Los ASIS, a pesar de contar con una misma estructura, presentaban diferencias importantes en cuanto a sus contenidos para cada zonal. Esto hace que datos relevantes no puedan ser contrastados entre zonales (por ejemplo, algunos ASIS mostraban la información epidemiológica por municipios mientras que otros lo hacían por zonal). No se utilizó información que no estuviera dada en términos de zonales.	Cobertura de servicios públicos Posición de EDA (enfermedad diarreica aguda) entre las cinco primeras causas de morbilidad.
Mandatos comunitarios	Contienen información de tipo cualitativo producto de la sistematización de información recopilada mediante los instrumentos de la primera sesión (ver Figura 25, sección 4.2.2) y producto del análisis respectivo (ver Figura 28, sección 4.2.2). Algunos documentos “Mandatos comunitarios” no incluían todos los ítems correspondientes a sus contenidos.	-Servicios de salud ambiental y del Plan Territorial de Salud 2007-2010 identificados por los actores. -Vacíos y soluciones en salud ambiental desde la perspectiva de la comunidad. -Priorización en salud ambiental desde la perspectiva de la comunidad. -Problemas de salud ambiental desde la perspectiva de la comunidad.
Concertación con las instituciones	Contienen información de tipo cualitativo producto de la sistematización de información recopilada mediante los instrumentos de la segunda sesión (ver Figura 26, sección 4.2.2) y producto del análisis respectivo (ver Figura 28, sección 4.2.2). Algunos documentos “Concertación con las instituciones” no incluían todos los ítems correspondientes a sus contenidos.	-Servicios de salud ambiental y el Plan Territorial de Salud 2007-2010 desde la perspectiva de las instituciones. -Vacíos y soluciones en salud ambiental desde la perspectiva de las instituciones. -Priorización en salud ambiental desde la perspectiva de las instituciones. -Problemas de salud ambiental desde la perspectiva de las instituciones.
Compromisos adquiridos	Contienen información de tipo cualitativo producto de la sistematización de información recopilada mediante los instrumentos de la tercera sesión (ver Figura 27, sección 4.2.2). Algunos de estos documentos no incluían todos los ítems correspondientes a sus contenidos.	-Compromisos adquiridos por los tomadores de decisión en salud ambiental.

Figura 33. Características de la información utilizada en el análisis.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

Las variables empleadas en el análisis son producto de la lectura de la información cualitativa correspondiente, presentada en forma de extractos de las opiniones, percepciones o ideas expresadas por los actores. Por esto, este proceso de categorización debe considerarse como una parte del proceso de análisis. A continuación se presentan algunos ejemplos con el objetivo de ilustrar esta primera tarea:

TEMA DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICA	EJEMPLO	VARIABLE
Percepción sobre los servicios de salud ambiental y el Plan Territorial de Salud 2007-2010 desde la perspectiva de la comunidad.	La información se refiere a los servicios de salud ambiental del PTSP identificados por los actores comunitarios	Mejoramiento de la disposición de residuos.	Mejoramiento de la disposición de residuos sólidos.
		Recolección de los residuos sólidos.	
Identificación de vacíos y soluciones en salud ambiental desde la perspectiva de las instituciones.	La información se refiere a los vacíos y soluciones en salud ambiental identificados y propuestos por los actores institucionales	<i>“Falta de cobertura de redes en el casco urbano y falta de redes de alcantarillado en la zona rural, esto genera contaminación de las aguas superficiales y subterráneas”</i> -actor institucional	Infraestructura deficiente de alcantarillado
Descripción de los problemas de salud ambiental desde la perspectiva de la comunidad.	La información se refiere a la descripción de los problemas de salud ambiental en la zonal. Se utiliza en este análisis para la priorización de problemas.	<i>“En la zona rural no hay alcantarillado. No hay capacidad en las tuberías, son muy delgadas y no hacen mantenimiento, en época de lluvias se inunda. Con tres gotas de agua la planta se colapsa”</i> -actor comunitario	Alcantarillado

Figura 34. Proceso de categorización para obtener las variables nominales.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

Como puede observarse en la figura, la tarea de identificación de variables nominales consistió en leer con cuidado la información cualitativa y agruparla en categorías relativas al tema referido por los actores. En el primer ejemplo se presentan dos formas de referirse al manejo y disposición de residuos sólidos, agrupadas en *Mejoramiento de la disposición de residuos sólidos*, para conservar el sentido expresado por los actores en las fuentes. Con los extractos de discusiones documentados por las fuentes se procedió de manera análoga, aunque debe aclararse que de un mismo extracto, según el caso, se obtuvieron varias categorías de problemas (por ejemplo, *Alcantarillado, acceso a agua potable*). Una vez obtenidas estas categorías para cada variable, se procedió a su contabilización para el análisis de frecuencia. La siguiente figura resume las variables nominales consideradas, su tipo y modalidad o categoría considerada:

VARIABLE	TIPO	VALORES/ MODALIDAD O CATEGORÍA IDENTIFICADA
Asistentes	Cuantitativa	Número de personas
Asistentes relacionados con organizaciones o instituciones ambientales.	Cuantitativa	Número de personas
Actores tomadores de decisión en materia ambiental.	Cuantitativa	Número de personas
Actores tomadores de decisión pertenecientes al sector ambiental.	Cuantitativa	Número de personas
Servicios del PTSP 2007-2010	Cualitativa nominal	Vacunación canina y/o felina Control de vectores y plagas

identificados y/o considerados como logros en salud ambiental		<p>Educación ambiental Gestión en salud ambiental Incremento de cobertura de alcantarillado Acceso a agua potable Inocuidad de alimentos Mejoramiento de la disposición de residuos sólidos</p>
Problemas no resueltos y pendientes en salud ambiental del PTSP 2007-2010	Cualitativa nominal	<p>Acueducto y acceso a agua potable Voluntad política de tomadores de decisión Inocuidad de alimentos Sistemas de información Gestión y trabajo intersectorial en salud ambiental Salud ocupacional Educación ambiental Deficiente control de vectores y plagas Inadecuada vigilancia y control ambiental en minería e industria Tenencia inadecuada de animales Presupuesto insuficiente Erosión Manejo de aguas servidas Contaminación Alcantarillado Participación y control social Disposición de residuos sólidos</p>
Vacíos en salud ambiental	Cualitativa nominal	<p>Infraestructura deficiente de alcantarillado Participación social Contaminación del aire Educación ambiental Tratamiento de residuos sólidos Inadecuada vigilancia y control ambiental en explotación de flora y fauna Deficiente control de vectores y plagas Tenencia inadecuada de animales Deficiencias en la respuesta a emergencias ambientales Inadecuada vigilancia y control ambiental en minería e industria Deficiente acceso a agua potable Inadecuada gestión en salud ambiental Deficiente acceso a energía</p>
Cobertura de servicios en las zonales	Cuantitativa	Porcentaje de cobertura
Posición de EDA dentro de las primeras cinco causas de morbilidad por zonal	Cuantitativa	Posición de la EDA dentro de las primeras cinco causas de morbilidad. Valores de 1 a 5.
Soluciones y compromisos en salud ambiental	Cualitativa nominal	<p>Mejoramiento de alcantarillado Control de plagas y vectores Vigilancia y control ambiental en minería e industria Cobertura general de las acciones de salud ambiental Educación ambiental Tratamiento de aguas servidas Mejoramiento en la disposición final y manejo de residuos sólidos Gestión en salud ambiental Vigilancia y control de los recursos públicos Inocuidad de alimentos Aumento de presupuesto Protección de fuentes de agua y recursos naturales Participación social y veeduría Mejoramiento de acueducto y acceso a agua potable</p>
Priorización de problemáticas de salud pública (dimensiones)	Cuantitativa	<p>Número de mesas según asignación de dimensión como prioridad 1. Dimensiones incluidas: Salud ambiental Salud mental y convivencia</p>

prioritarias)		Gestión de la salud y sus determinantes Salud sexual y reproductiva Seguridad alimentaria y nutricional
Problemas de salud ambiental priorizados	Cualitativa nominal	Alcantarillado Tratamiento de aguas servidas Vertimientos Acceso a agua potable Acceso a energía eléctrica Residuos sólidos Contaminación del aire Contaminación auditiva Calentamiento global Seguridad química Depredación de recursos naturales Control de plagas y vectores Tenencia inadecuada de animales Participación social ambiental Gestión en salud ambiental Voluntad política Infraestructura vial Hábitat Inundaciones Educación ambiental Inocuidad de alimentos Vigilancia y control a actividades mineras Erosión Urbanización no planificada

Figura 35. Descripción de variables por tipo y categorías o modalidades.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

Una consecuencia del proceso de categorización es que la riqueza de la información cualitativa, en cuanto a su capacidad para describir la situación local en los términos de los propios actores, corre el peligro de perderse. Por tal razón en este informe se incluye un breve análisis cualitativo de la forma como describen los problemas de salud ambiental los actores, buscando a su vez resaltar las particularidades de la metodología cualitativa en cuanto a su capacidad para describir los mundos locales (ver apartado 5.2.5.)

Como se mencionó en el cuadro correspondiente a las características de la información utilizada, no todas las fuentes contenían toda la información. El siguiente cuadro detalla en estos términos las condiciones de la información para cada zonal.

CONDICIONES DE LA INFORMACIÓN	ZONALES
Información completa en todas las fuentes utilizadas	Baranoa, Hipódromo, Norte Centro Histórico, Sabanagrande, Sabanalarga, Montes de María, Boston
Información incompleta por ausencia de fuente “Compromisos adquiridos” ⁺	Norte-Magdalena, Región del Río, Santa Marta
Información incompleta por ausencia de fuente “Concertación con las instituciones” y “Compromisos adquiridos” [*]	Riohacha, Manaure
Información incompleta por ausencia de extractos de discusiones en la mesas de la sesión 1 y 2, imposibilitando el análisis de priorización incluido en este informe ^γ	Norte Sucre
Información incompleta por ausencia de extractos de discusiones en la mesas de la sesión 2, imposibilitando el análisis de priorización incluido en este informe ^γ	Sincelejo

Figura 36. Condiciones de la información utilizada en el análisis

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

[†]Esta fuente no estuvo disponible porque el equipo interdisciplinario de trabajo no participó en la sistematización de la información relativa a los compromisos de las zonales del departamento del Magdalena.

^{*}El trabajo de campo del equipo interdisciplinario inició en las zonales del departamento de La Guajira (ver cronograma, sección 4.4 Figura 32) y estas primeras experiencias no cumplieron con el proceso completo de sistematización de información relativa a la segunda sesión descrita en este documento.

[‡]Se desconocen las causas de la falta de esta información

Una vez consideradas las variables y sus categorías o modalidades, se procedió a relacionarlas entre sí a partir del número de zonales donde éstas pudieron identificarse para cada criterio de análisis. Los resultados de este ejercicio se presentan a continuación.

5.2 RESULTADOS OBTENIDOS.

5.2.1 ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN AMBIENTAL EN LAS REUNIONES ZONALES

La convocatoria en los municipios que conforman las zonales se hizo de manera indirecta, dejando en gran medida al arbitrio de los alcaldes y secretarios de salud locales el tipo de actores, particularmente institucionales, que finalmente participaron en las sesiones. En materia ambiental esto se hizo especialmente evidente, pues no se contó con una nutrida participación de organizaciones comunitarias dedicadas al tema ambiental, así como tampoco de instituciones y tomadores de decisión pertenecientes a dicho sector. La siguiente tabla muestra la participación en cada sesión, diferenciando el número de personas que asistieron y el número de éstas que pertenecían a una organización o institución ambiental.

ZONAL	SESIÓN 1		SESIÓN 2		SESIÓN 3		POBLACIÓN ZONAL
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental	
Hipódromo	89	2	35	2	45	9	682058
Sabanagrande	56	3	22	2	31	6	138601
Baranoa	47	1	16	1	38	10	151689
Norte Centro-Histórico	97	2	59	1	61	6	1794690
Sabanalarga	40	2	52	3	Sin dato*	Sin dato*	173296
Manaure	21	0	27	0	11	2	248728
Riohacha	57	0	14	0	30	3	261099
Montes de María	22	0	20	2	31	10	206037
Norte Magdalena	100	1	40	3	41	5	290816
Región del Río	25	1	35	6	33	10	160526
Santa Marta	53	0	30	0	90	2	461900
Boston	11	0	18	2	29	4	253285
Sincelejo	23	0	10	0	28	4	263776
Norte-Sucre	27	0	23	0	35	10	237839

Tabla 1. Participación total y ambiental en las sesiones.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

Todos los datos corresponden a número de personas asistentes.* Sin dato, debido a que las fuentes no se encontraban en su totalidad

La Tabla 1 incluye a su vez la población total de la zonal con miras a comparar dicha participación de acuerdo con la cantidad de habitantes que eran representados por los asistentes. Para su

elaboración se tuvieron en cuenta como tomadores de decisión todos aquellos actores que tenían una posición en la cual pudiesen efectivamente incidir en las intervenciones, medidas, actividades o puesta en marcha de políticas de salud ambiental. En el Anexo 1 de este documento se especifican a su vez las instituciones a las que pertenecen los asistentes a la sesión 2 y la posición que ocupan los tomadores de decisión incluidos en este análisis. Como puede observarse es claro que la participación de actores con alguna injerencia en salud ambiental o con experiencia en el tema es baja con respecto a la participación total. Con miras a poder comparar la participación por zonal—en cuanto que las zonales no son comparativas en términos de densidad poblacional— se procedió a describirla en términos de participación por 100.000 habitantes, encontrando los resultados resumidos en las siguientes figuras.

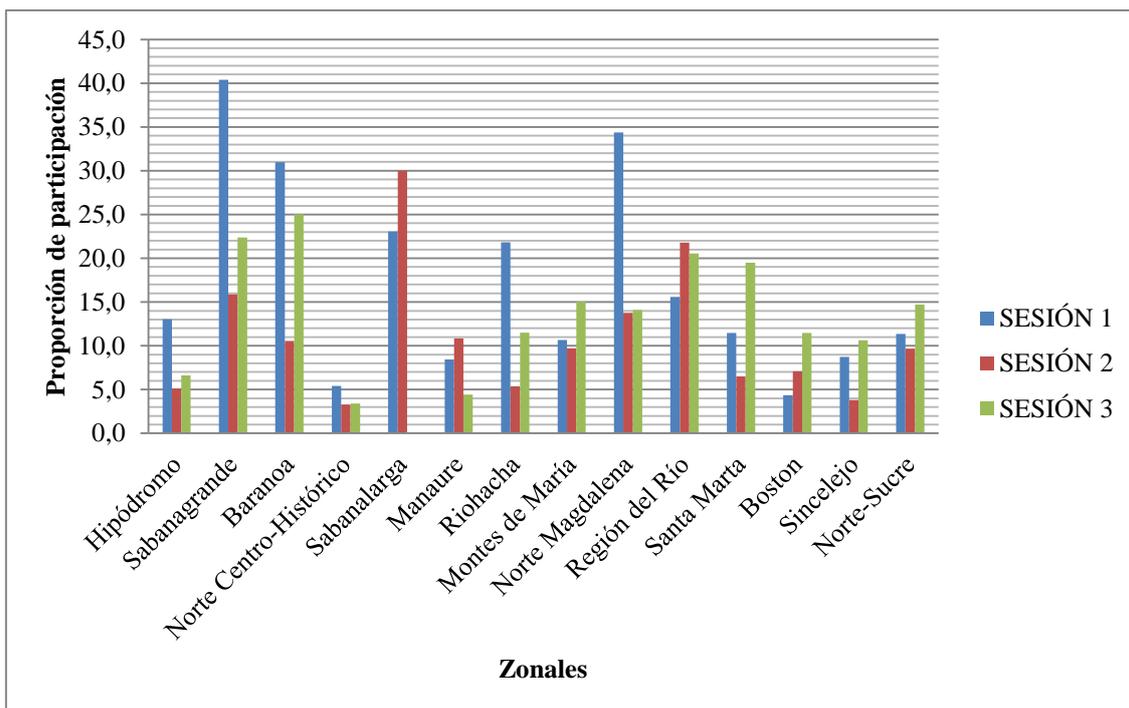


Figura 37. Comparación de la participación total en las actividades por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

De la figura debe resaltarse que la amplia variación en la participación total en las diferentes zonales no puede explicarse por la dimensión geográfica de las mismas o por sus características urbanas o rurales. Es el caso de la zonal Norte Centro-Histórico—que incluye a Barranquilla— y de la zonal Santa Marta, que muestran baja participación comparativa. La amplia variabilidad obedece por lo tanto al proceso de convocatoria y movilización, tanto antes del inicio de la fase de formulación del PDSP como en la convocatoria inmediatamente anterior a las actividades de campo.

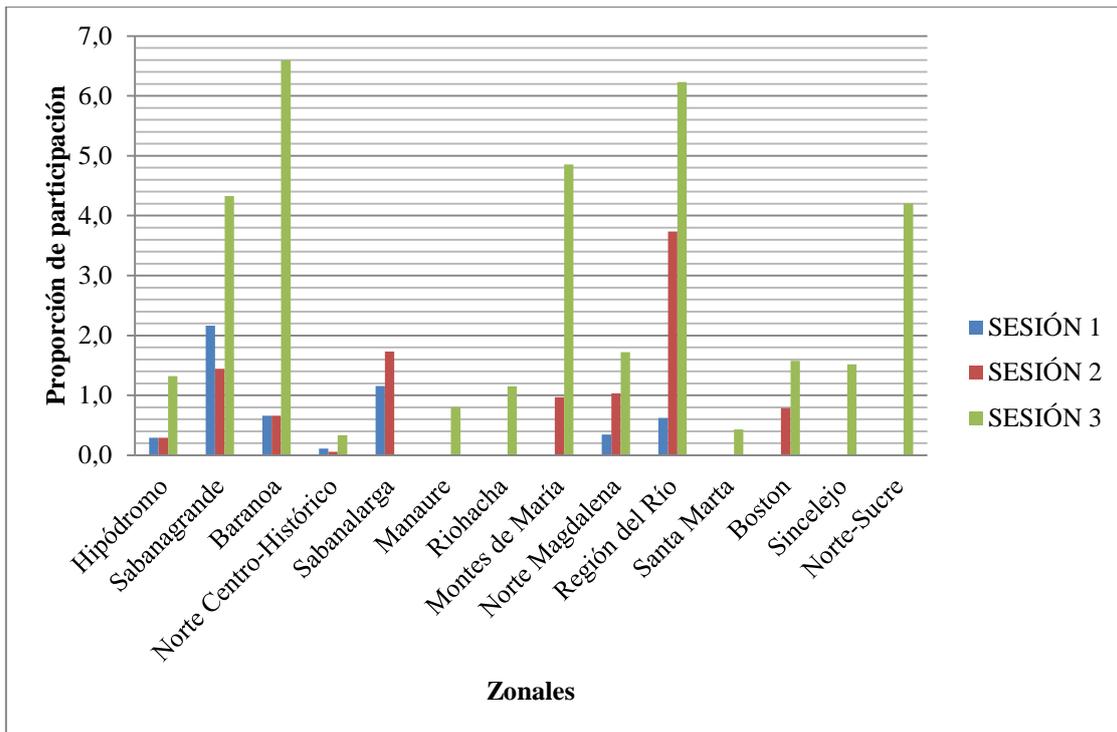


Figura 38. Comparación de la participación salud ambiental en las actividades por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

El proceso de formulación del PDSP no especificó niveles mínimos de participación en las actividades. Por el contrario, dejó gran parte de la movilización a los mismos actores y organizaciones comunitarias, lo que puede explicar la baja participación comparativa que se presentó en algunas zonales, particularmente en el tema ambiental.

Para especificar el análisis de participación, se procedió además a depurar los resultados presentados en la Tabla 1. Para elaborar la siguiente figura, sólo se tuvieron en cuenta aquellos actores que proceden de organismos del sector ambiental (ver Anexo 1).

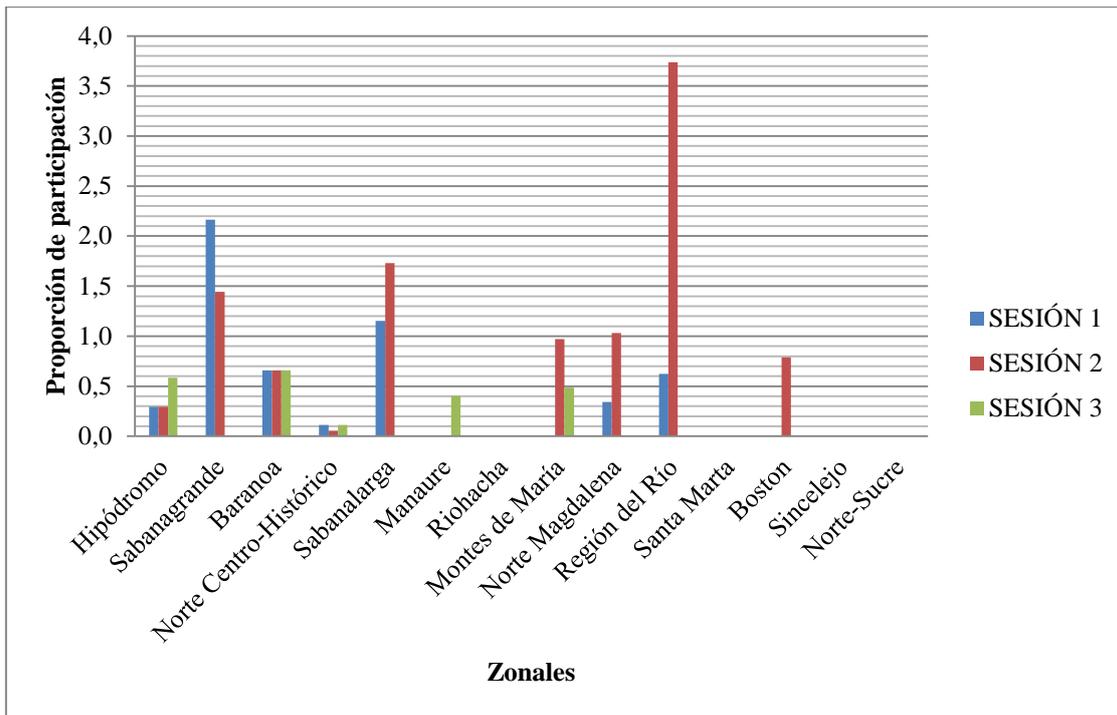


Figura 39. Comparación de la participación exclusivamente ambiental en las actividades por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

Como puede evidenciarse de los resultados obtenidos, en el campo ambiental, la participación fue muy pobre o inexistente, lo cual tiene una relevancia particular si se tiene en cuenta la importancia de las actividades. La ausencia de actores ampliamente familiarizados en el tema ambiental, tanto comunitarios como institucionales, se verá a su vez reflejada en todos los resultados alrededor de la situación de salud ambiental. Por lo tanto, de cara a este nivel de participación, deben leerse los resultados que se presentan a continuación.

5.2.2 PERCEPCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD AMBIENTAL Y EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA

La formulación del PDSP exige la consecución de información que evalúe la experiencia producto de los Planes Territoriales de Salud 2007-2010, correspondientes al Plan Nacional de Salud Pública del mismo periodo. Para los actores comunitarios la discusión en las mesas de trabajo hizo énfasis en la visibilidad de los servicios de salud prestados, no sólo en términos de reconocimiento sino también de éxito. Para los actores instituciones la conversación en la segunda sesión en lo referente a este punto persiguió conocer aquellas áreas consideradas como logros de los PTSP 2007-2010. Por otro lado, se preguntó con respecto a los problemas no resueltos y a los pendientes que dejaba la aplicación local del PTSP.

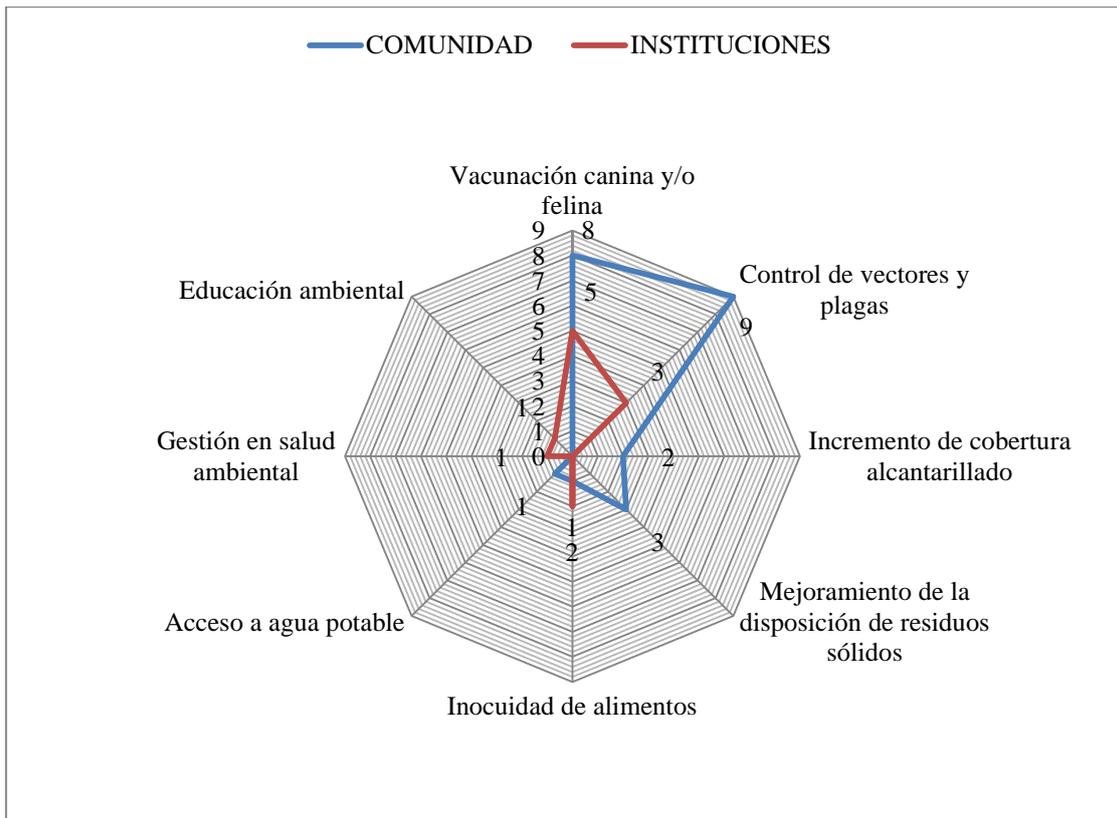


Figura 40. Visibilidad de servicios de salud ambiental del PTSP 2007-2010

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012). La diferencia del área de los polígonos obedece a diferencias en la cantidad de información disponible de los ejercicios en las zonales.

Como puede verse, las intervenciones de vacunación canina y/o felina, y control de vectores y plagas, son las más visibles en el marco del PTSP 2007-2010 para todos los actores. Por su parte, la comunidad y las instituciones difieren en algunos puntos. La institucionalidad subraya como logros algunas intervenciones que la comunidad no percibe así. Por ejemplo, la comunidad no necesariamente aprecia la gestión en salud ambiental como un servicio relevante y un logro, mientras que la institucionalidad sí lo hace. Lo mismo ocurre con las acciones tendientes a asegurar la inocuidad de alimentos, aunque al contrastar este resultado con la experiencia de campo de los pasantes puede concluirse que tales acciones distan mucho de ser efectivas, especialmente en las galerías o plazas de mercado. Es notable que la comunidad, objetivo final de las acciones de educación ambiental, no la haya mencionado como logro en ninguna de las zonales, si se tiene en cuenta que la institucionalidad si lo hace.

La siguiente gráfica presenta las variables identificadas por el ejercicio cualitativo en cuanto a problemas no resueltos y pendientes del PTSP 2007-2010, con respecto al número de zonales donde estas fueron identificadas por la comunidad o los actores institucionales.

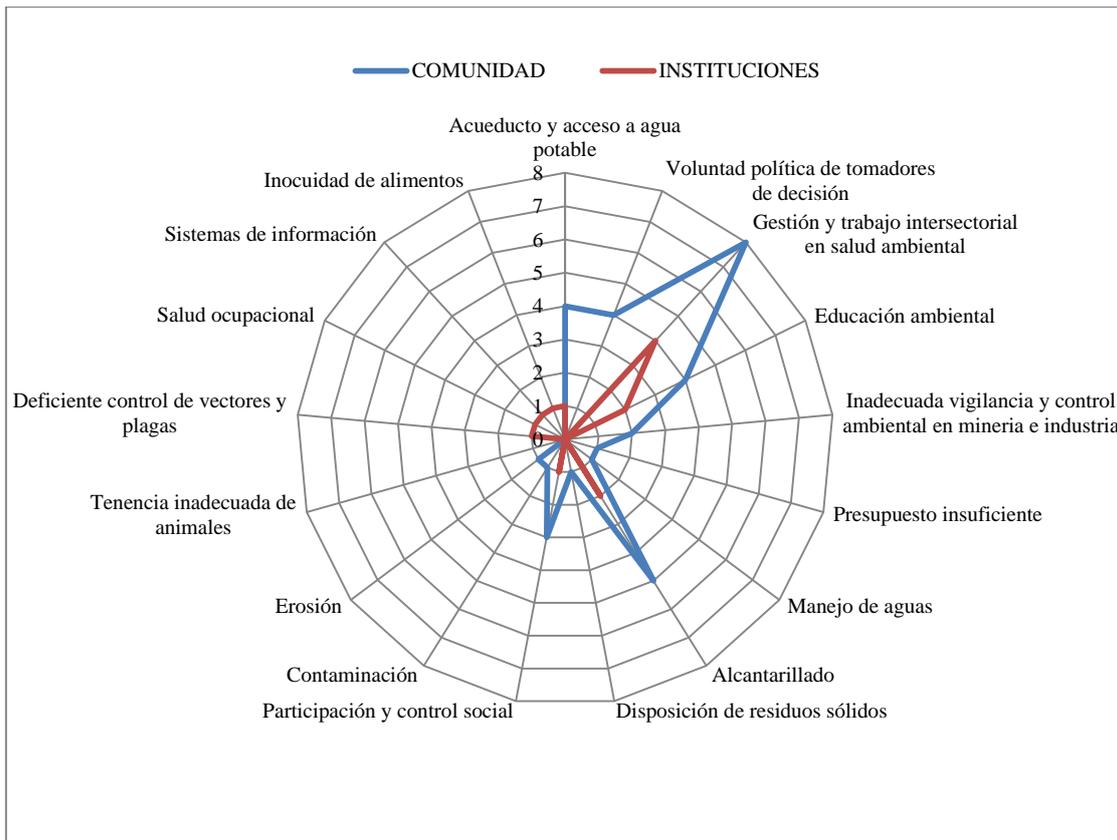


Figura 41. Problemas no resueltos y pendientes en salud ambiental PTSP 2007-2010.

Fuente: Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

Como puede apreciarse, el PTSP 2007-2010 deja al menos 17 problemas no resueltos y pendientes en salud ambiental identificados consistentemente por la comunidad y las instituciones. Debe llamar la atención la afinidad entre las opiniones expresadas por los dos tipos de actores sobre: la gestión y el trabajo intersectorial en salud ambiental, el alcantarillado, el acueducto y acceso a agua potable, y la participación.

Es bastante notable que este gráfico muestre la concordancia entre los puntos de vista de los actores comunitarios e institucionales. Esta no es una coincidencia ya que demuestra cómo la comunidad y las instituciones están de acuerdo en que estas deficiencias en el alcantarillado y acceso a agua potable son problemáticas que deben ser resueltas por las administraciones futuras y deben quedar plasmadas en los planes de salud siguientes. Se observa también que la participación social es un fenómeno emergente en las comunidades visitadas, por lo que es importante que éste sea considerado una deficiencia del PTSP 2007-2010 por ambos tipos de actores.

A su vez, no en todos los problemas no resueltos hay coincidencia. Sólo los actores institucionales identifican como pendiente la inocuidad de alimentos, los sistemas de información en salud ambiental y la salud ocupacional. Es factible que no se reporten estos problemas como sentidos por la comunidad, interesada en dar mayor relevancia a sus problemáticas más urgentes, referidas al diario acontecer en sus escenarios locales.

Del análisis conjunto de las Figuras 40 y 41, puede concluirse que en las zonales estudiadas persisten problemas de salud incluidos en el saneamiento básico que aún no han obtenido respuesta intersectorial, al tiempo que se considera esta respuesta como una tarea pendiente de la planeación en salud. De la misma forma, la comunidad visibiliza mejor aquellos servicios que

se refieren a necesidades más urgentes de su entorno inmediato, como el control de vectores y plagas, y la vacunación canina y/o felina, intervenciones que a su vez se caracterizan por llegar hasta los domicilios de forma habitual. Esto no es, sin embargo, motivo para que la comunidad no sea consciente de los problemas de gestión e integración de la salud ambiental en el marco del PTSP 2007-2010. La coincidencia entre las opiniones de los actores comunitarios e institucionales subraya la gran importancia que revisten los problemas no resueltos para la salud ambiental en el contexto de las zonales estudiadas.

5.2.3 IDENTIFICACIÓN DE VACÍOS Y SOLUCIONES EN SALUD AMBIENTAL

El siguiente gráfico ilustra los resultados encontrados por los pasantes para los vacíos en salud ambiental.

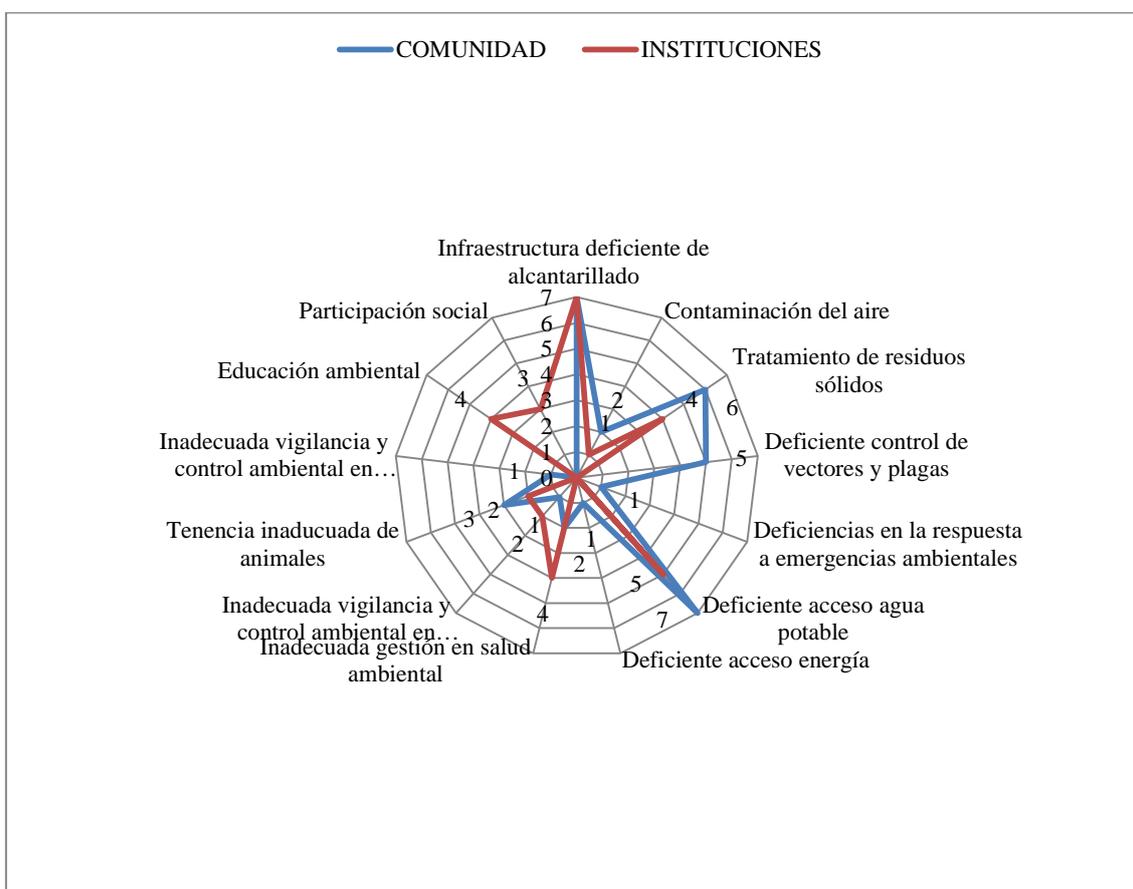


Figura 42. Vacíos en salud ambiental.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de productos del trabajo de campo (Unidecenal, 2012).

La figura muestra la coincidencia de los actores comunitarios e institucionales al considerar como vacíos más relevantes la infraestructura deficiente de alcantarillado, el deficiente acceso a agua potable y el tratamiento de residuos sólidos. Estos servicios, que deben ser garantizados por el Estado según la normatividad vigente—artículos 334 y 365 de la Constitución Política de Colombia, artículo 4 de la Ley 142 de 1994— son precisamente los que están ausentes en la subregión.

Este dato se relaciona con los porcentajes de cobertura de servicios, como se detalla en los siguientes gráficos (DANE, 2012):

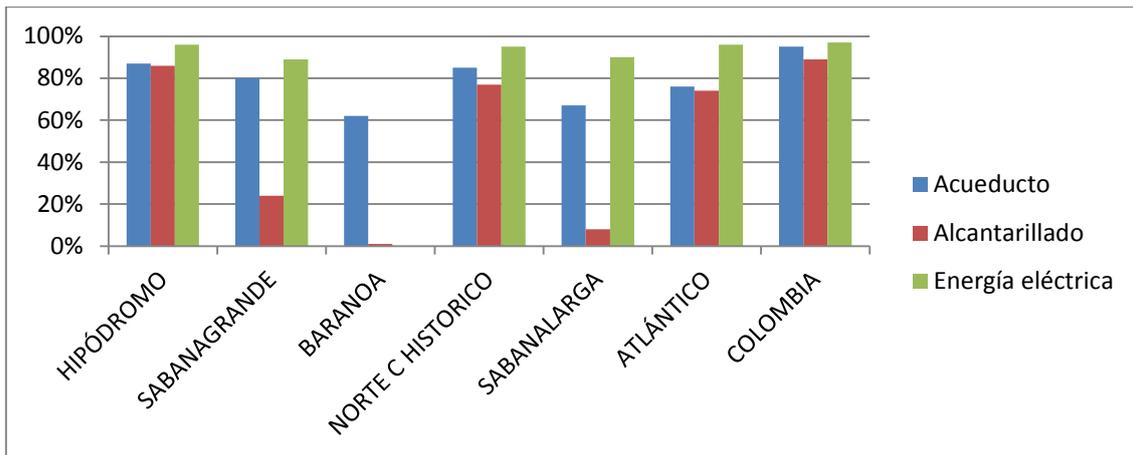


Figura 43. Cobertura de servicios. Zonales del Atlántico

Fuente: Elaborado por los autores a partir de ASIS. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012). Los datos se refieren a coberturas en el caso urbano municipal. La ausencia de columnas indica que el dato es inexistente en la fuente ASIS para la zonal respectiva.

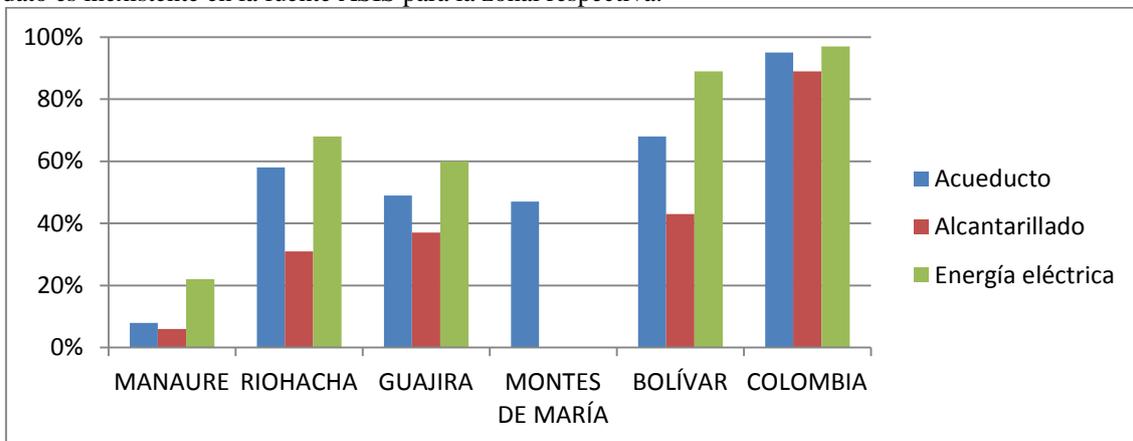


Figura 44. Cobertura de servicios. Zonales de La Guajira y Bolívar.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de ASIS. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012). Los datos se refieren a coberturas en el caso urbano municipal. La ausencia de columnas indica que el dato es inexistente en la fuente ASIS para la zonal respectiva, a excepción de alcantarillado en Montes de María, reportada como 0% de cobertura.

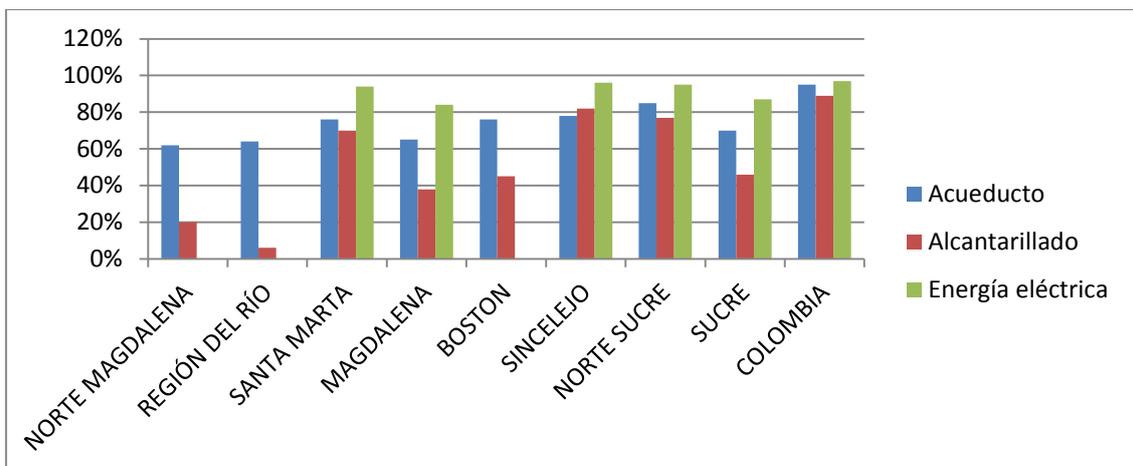


Figura 45. Cobertura de servicios zonales de Magdalena y Sucre.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de ASIS. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012). Los datos se refieren a coberturas en el caso urbano municipal. La ausencia de columnas indica que el dato es inexistente en la fuente ASIS para la zonal respectiva.

La cobertura de los servicios contemplados en la mayoría de zonales es muy baja si se compara con el mismo dato a nivel departamental y nacional. Esto constituye una evidente inequidad en salud. En la Figura 43 se observa una cobertura de servicio de alcantarillado de 24% Sabana-grande, 8% en Sabanalarga y 1% en Baranoa, lo que en promedio significa una cobertura del 11% en prácticamente el 80% del Departamento. Al mismo tiempo, las zonales Norte Centro-Histórico e Hipódromo presentan una cobertura de servicio de alcantarillado promedio de 81.5%. Estos resultados permiten deducir que los recursos destinados se centralizan en la capital del departamento, que si bien presenta una cobertura del 77%, no es suficiente puesto que el sistema es obsoleto y se satura en épocas de lluvia, generando una problemática importante de salud pública. Esta concentración de recursos mal empleados hace que los municipios restantes sufran graves problemas de alcantarillado. Este mismo patrón identificado para el departamento del Atlántico, se repite en los demás departamentos como puede apreciarse en las Figuras 44 y 45.

Debe tenerse en cuenta en este análisis que la distribución de las zonales en los equipos de trabajo de la región Caribe no siguió un criterio de representatividad con respecto a la totalidad del departamento. Esto se evidencia en los resultados de cobertura de servicios de Sucre, donde sólo la zonal Boston muestra datos de coberturas de servicios similares a los departamentales, mientras que las zonales Sincelejo y Norte Sucre ofrecen un mejor panorama. Para entender este dato es necesario contemplar que en estas zonales se encuentra la capital departamental y los municipios turísticos, lo que expresa, necesariamente, las inequidades intradepartamentales en cuanto a servicios domiciliarios por la concentración de recursos e inversión. En las figuras también es factible evidenciar las inequidades interdepartamentales, como es el caso de la cobertura de los servicios públicos en La Guajira con respecto a la de servicios en Atlántico, y nacionales, al contrastar los resultados con los generales de servicios públicos para Colombia.

Por otra parte, la relación entre la baja cobertura de los servicios de acueducto y alcantarillado con la EDA¹¹ es ampliamente reconocida. Por tal razón este análisis recurrió a las fuentes ASIS para cada zonal con el objetivo de describir la situación de la EDA en las mismas teniendo en cuenta los resultados de cobertura de servicios ya descritos. Desafortunadamente los ASIS de sólo cinco zonales incluyen esta información en términos de la posición que ocupa la EDA dentro de las primeras cinco causas de morbilidad. La siguiente gráfica muestra los resultados para estas cinco zonales (Hipódromo, Baranoa, Norte Centro-Histórico, Santa Marta y Norte-Sucre) con respecto al porcentaje de zonales donde la EDA es la primera, segunda, tercera, cuarta o quinta causa de morbilidad:

¹¹ Definida como: el aumento en la frecuencia y cantidad de deposiciones blandas o líquidas diarias como síntoma de una infección, viral o bacteriana, generalmente adquirida por el consumo de comidas o bebidas contaminadas. Genera pérdida de agua y electrolitos (Sodio, Potasio o Cloro) indispensables para el adecuado funcionamiento corporal. De no reponerse estas pérdidas se genera deshidratación y muerte (Así vamos en Salud. Seguimiento al Sector Salud en Colombia, 2012).

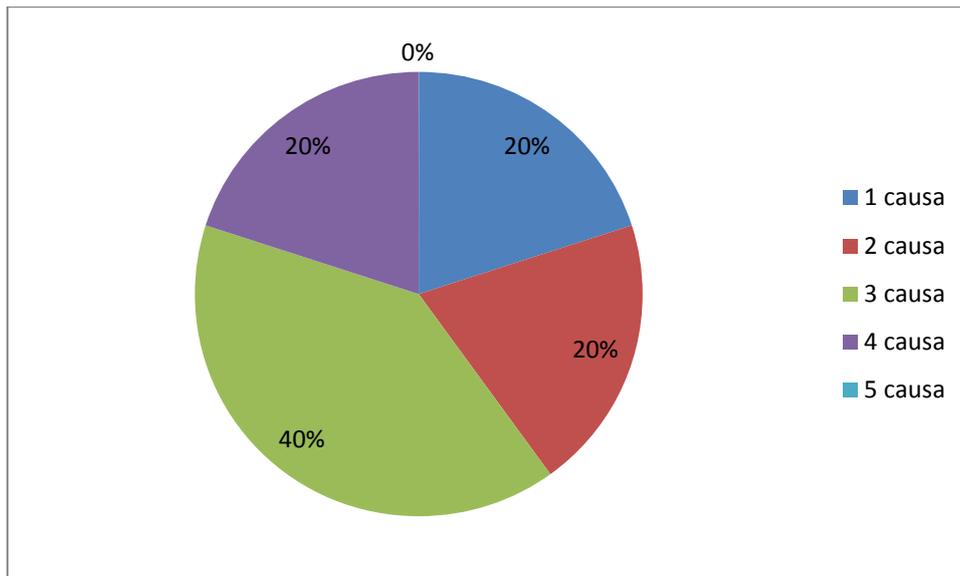


Figura 46. Posición de la EDA dentro de las primeras cinco causas de morbilidad en 5 zonales.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de ASIS. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

La EDA ocupa predominantemente la tercera posición, repitiendo así el patrón nacional (Gómez, Rodríguez Ospina, & Congote Espinosa, 2010). Por tal razón, es notable que en algunas zonales la EDA ocupe una posición de mayor frecuencia. Estos datos son reflejo de los índices de coberturas de alcantarillado y agua potable de las zonales nombradas anteriormente. Ahora bien, el agua no apta para consumo humano y el saneamiento deficiente producen no sólo el 3,1% de las muertes a nivel mundial—1,7 millones de defunciones (Organización Mundial de la Salud, 2005), sino que son las principales causas de enfermedades como la filariasis linfática, la esquistosomiasis, una amplia gama de parasitosis intestinales, y de enfermedades reemergentes y de comportamiento epidémico como el cólera, con una contribución causal del medio ambiente mayor al 25% (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2008).



Figura 47. Aguas residuales en la vía por falta de alcantarillado. Manaure, La Guajira.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 48. Tanques elevados de acueducto sin utilizar. Corozal, Sucre.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.

Mención especial, en el análisis de los vacíos, merece el hecho que la comunidad haya mencionado dentro de los mismos al control de plagas y vectores, si se tiene en cuenta que es una intervención de salud ambiental ampliamente visibilizada. Esto puede deberse a que la comunidad sienta que a pesar de las tareas implementadas y consideradas como logros, aún continúa la problemática siendo lo suficientemente importante como para ser pensada como una necesidad.

La tenencia inadecuada de mascotas es una práctica que fomenta las enfermedades zoonóticas y los hábitos insalubres al interior de las viviendas, factor que también fue citado por las comunidades como un vacío en algunas zonales y que coincidió con la mirada de los actores institucionales en 2 zonales.



Figura 49. Tenencia inadecuada de animales. Embalse del Guajaro, Sabanalarga, Atlántico.

Fuente: Archivo fotográfico de los autores.

Con respecto a las soluciones y compromisos adquiridos en salud ambiental el siguiente gráfico ilustra los resultados encontrados en el análisis elaborado por los pasantes.

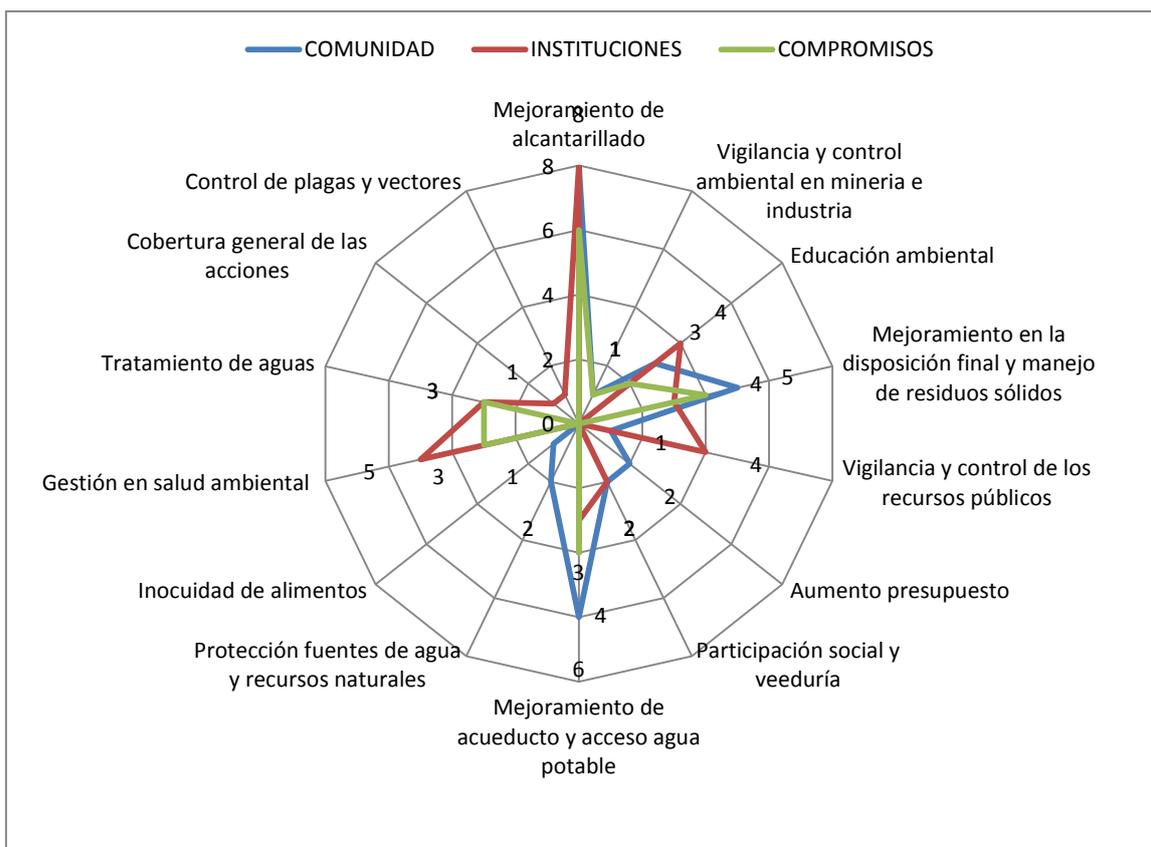


Figura 50. Soluciones y compromisos en salud ambiental

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

Como puede verse, existe una importante consistencia entre las soluciones propuestas por los actores comunitarios e institucionales y los compromisos enunciados por los tomadores de decisión, especialmente en: mejoramiento del alcantarillado, disposición final y manejo de residuos sólidos, acueducto y acceso a agua potable, educación ambiental (expresada no sólo en términos de programas sino también en la necesidad de mejorar la “conciencia” ambiental de la población), y tratamiento de aguas servidas.

Los actores no coinciden en algunas soluciones, particularmente en aumentar el presupuesto, la vigilancia sobre los recursos públicos y la participación social y veeduría. Llama la atención que sean los actores institucionales—encargados de administrar e invertir dichos recursos—quienes sugieran la segunda propuesta, mientras que la primera, el aumento presupuestal, corresponda a los actores comunitarios. Puede entenderse así que mientras la comunidad entiende las soluciones en cuanto a aumentar la inversión, las instituciones, directamente implicadas en este proceso, las entienden como un asunto de controlar el uso de los dineros públicos, desnudando así el problema de gestión inadecuada y corrupción que caracteriza al país. A su vez es importante hacer hincapié en que no hay compromisos específicos de los tomadores de decisión en este sentido como puede verse en la Figura 50.

Para evidenciar aún más la coherencia entre las propuestas de los actores y los compromisos de los tomadores de decisión se presenta la siguiente gráfica, en la que se tuvieron en cuenta sólo las variables más frecuentes en cuanto a compromisos.

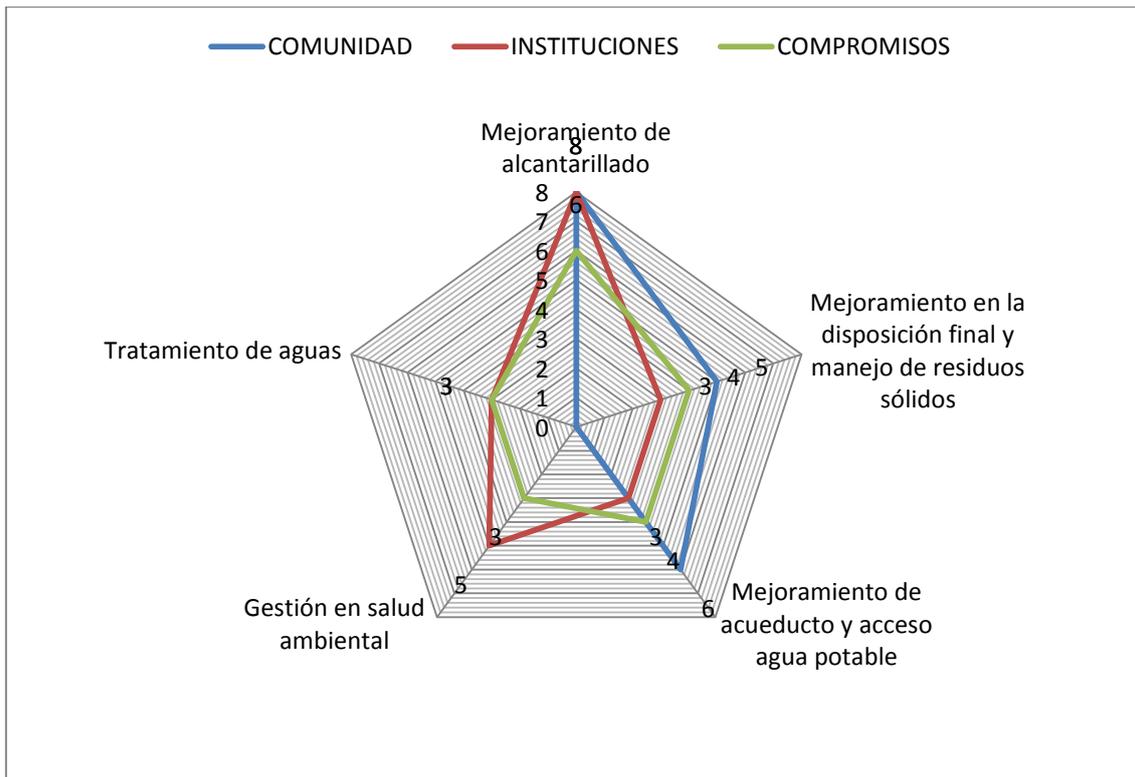


Figura 51. Compromisos en salud ambiental

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

Para este punto del análisis debe ser claro para el lector que los actores comunitarios e institucionales convergen al señalar que los problemas de salud ambiental que identifican en sus zonales están referidos mayoritariamente a la carencia de servicios públicos. Puede concluirse que la deuda social que tiene el Estado colombiano con estas zonales en materia ambiental es muy grande. A su vez, no debe causar sorpresa que los actores subrayen los vacíos más básicos, que los afectan directamente, imposibilitando que reconozcan y refieran otras problemáticas de salud ambiental que también les afectan, incluyendo la deforestación y el cambio climático, por sólo citar un par de ejemplos.

La coincidencia entre los compromisos de los tomadores de decisión y las soluciones de los actores comunitarios e institucionales debería indicar que los primeros conocen los problemas y actúan en consecuencia. Sin embargo, el trabajo de campo permite concluir que los tomadores de decisión atribuyen a la falta de recursos la imposibilidad de dar cuenta de las necesidades sentidas por la población. Esto debe considerarse con respecto a las soluciones propuestas, pues como ya se mencionó los tomadores de decisión no asumieron compromisos tendientes a la gestión de nuevos recursos o a mejorar la vigilancia sobre los mismos. Esto hace aún más urgente promover la participación social al interior de las comunidades para empoderarlas de sus necesidades y convertirlas en agentes de control social ambiental, herramienta fundamental para la defensa y protección de sus derechos.

5.2.4. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICAS DE SALUD AMBIENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES

Se pedía en las mesas de los actores comunitarios que se asignara a las dimensiones una prioridad, siendo 1 lo más prioritario y 4 lo menos prioritario. El siguiente gráfico detalla los resultados del citado ejercicio en las zonales trabajadas, contemplando un número total de 65 mesas.

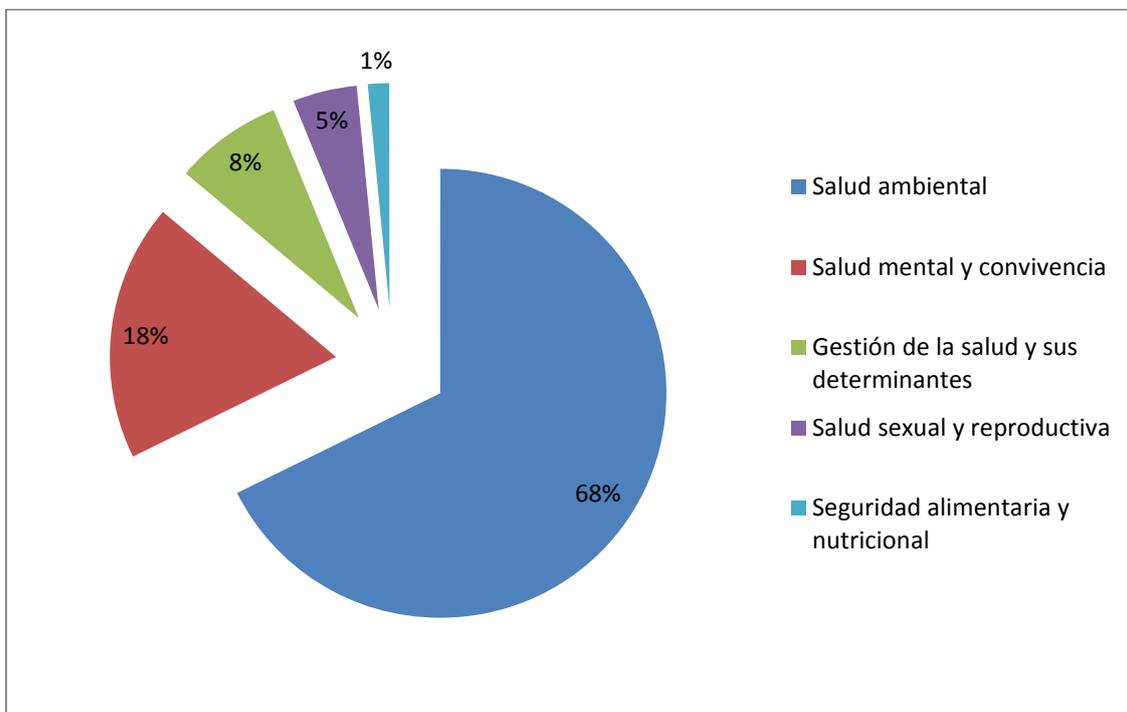


Figura 52. Distribución porcentual de las mesas según dimensión priorizada como 1 o mayor prioridad por la comunidad.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

Los actores comunitarios consideran en conjunto que la mayor prioridad en términos de salud pública es la salud ambiental, en el 68% de las mesas consultadas. Al considerar el número de zonales donde se concluyó que la dimensión más prioritaria es salud ambiental se obtiene un resultado semejante. De las 14 zonales evaluadas, 10 dieron ese lugar a la salud ambiental en su orden de prioridades: Hipódromo, Sabanagrande, Sabanalarga, Baranoa, Riohacha, Norte Magdalena, Región del Río, Santa Marta, Boston y Sincelejo.

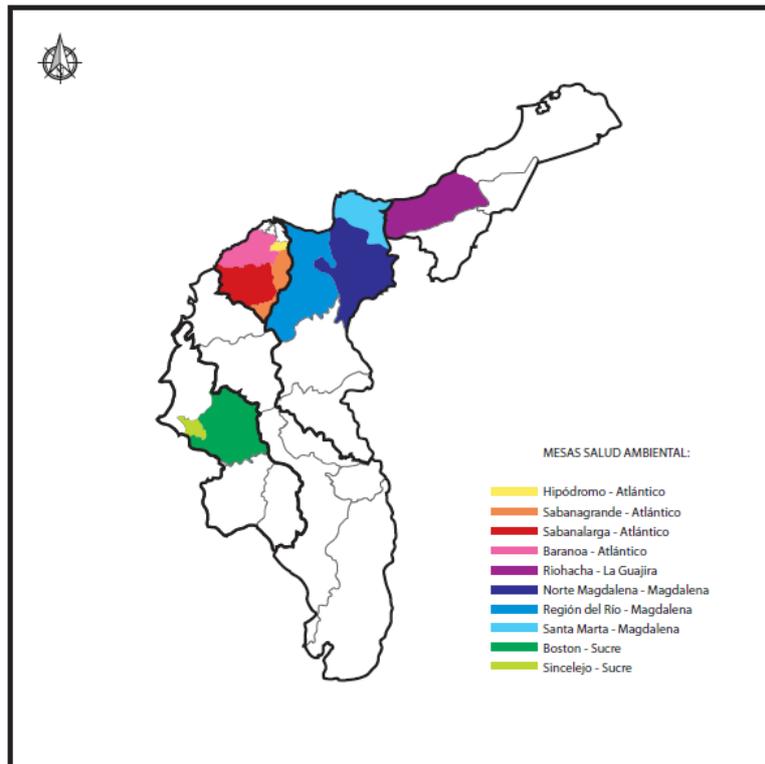


Figura 53. Zonales que consideraron la dimensión de salud ambiental como la más prioritaria.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

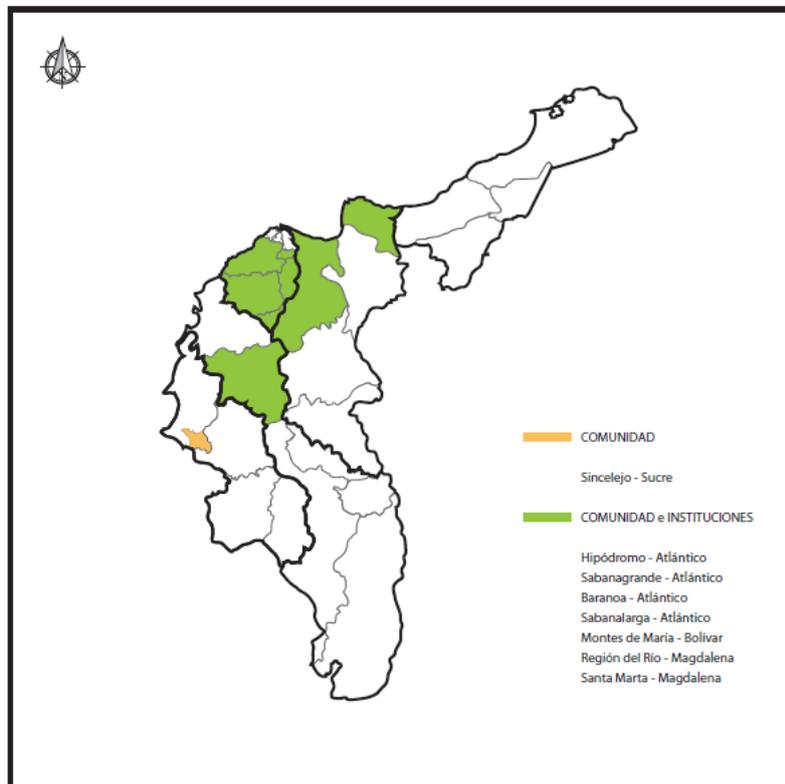


Figura 54. Zonales que consideraron los problemas de alcantarillado como su mayor prioridad de salud ambiental.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

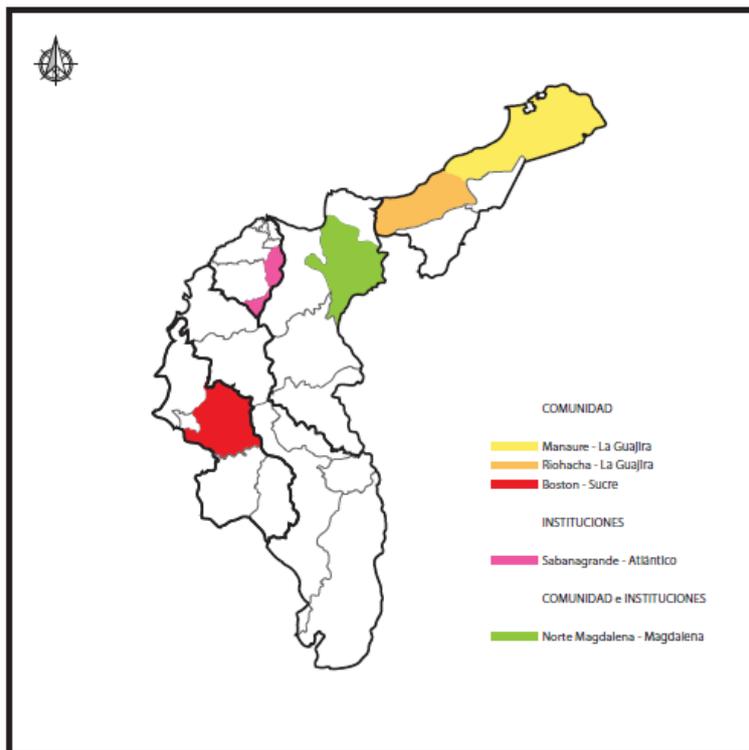


Figura 55. Zonales que consideraron el acceso a agua potable como su mayor prioridad de salud ambiental.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

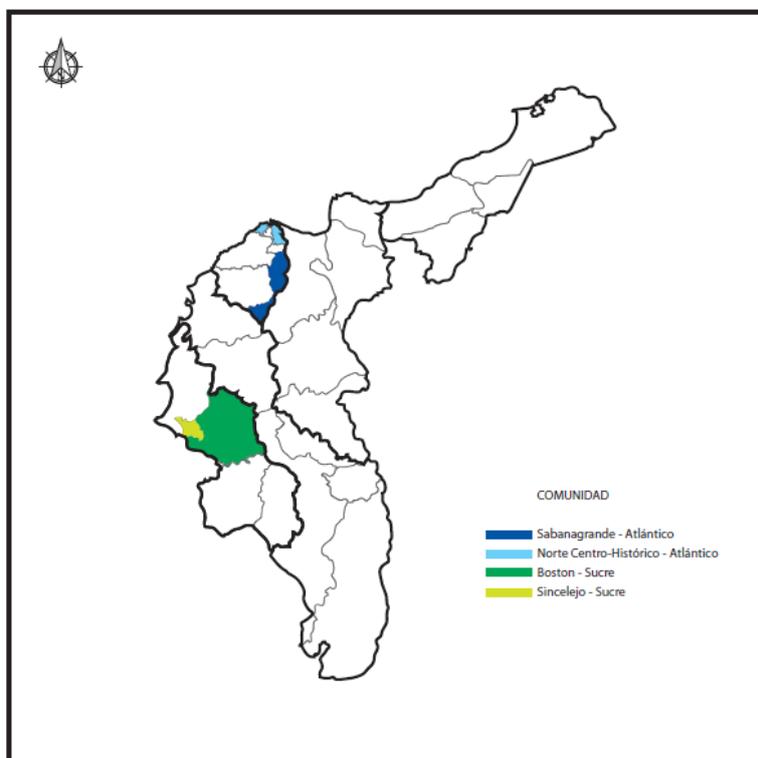


Figura 56. Zonales que consideraron el manejo de residuos sólidos como su mayor prioridad de salud ambiental.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

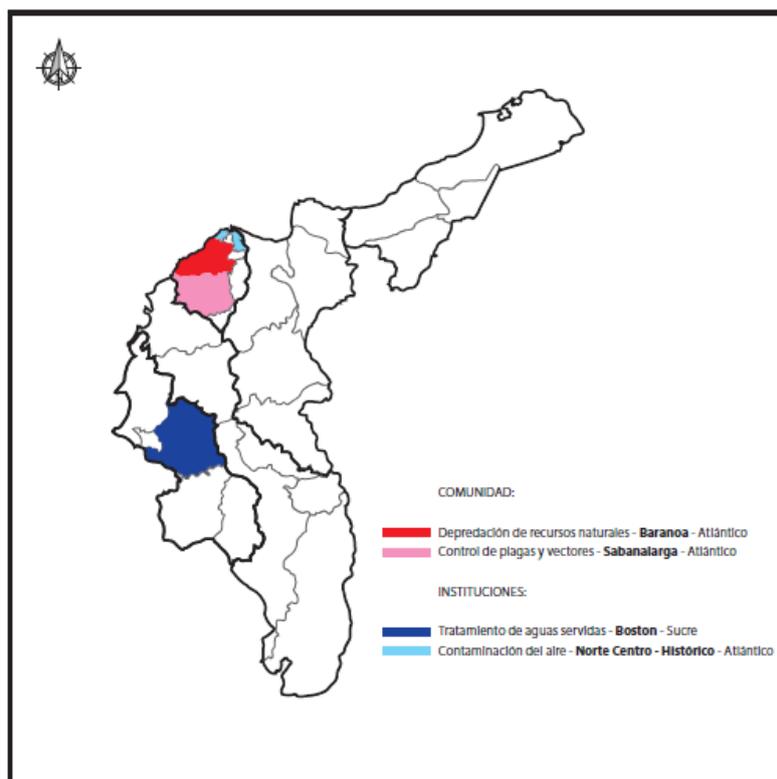


Figura 57. Otros problemas ambientales clasificados como prioridad alta.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

La priorización anterior describe la importancia relativa que tiene la salud ambiental con respecto a otras dimensiones contempladas en el PDSP. Para obtener la priorización de problemáticas específicas de salud ambiental por zonales mostrada en los mapas anteriores, los pasantes tomaron las descripciones de los problemas de salud ambiental de los actores, consignados en las fuentes mediante sus propias palabras. La lectura de estos extractos de las discusiones en las mesas permitió determinar una serie de categorías o modalidades de variable que abarcaran en lo posible los temas tratados por los actores. Por tal razón, las categorías o modalidades de variables nominales resultantes son tan amplias, eligiendo el término que pudiera sintetizar con la mayor brevedad el tema alrededor del cual gira el problema descrito.

Posterior a este ejercicio de categorización, se procedió a establecer el siguiente criterio de priorización:

- Prioridad alta: aquella problemática más mencionada en la descripción de los problemas de salud ambiental por los actores comunitarios e institucionales.
- Prioridad baja: aquella problemática no mencionada en la descripción de los problemas de salud ambiental por los actores en la zonal, pero que fue mencionada en otra zonal del total de zonales bajo estudio.
- Prioridad media: valores intermedios.

El siguiente gráfico ilustra los resultados de dicho ejercicio para un total de 13 zonales (ver Figura 36 con respecto al número de zonales en este análisis). Los resultados se ubican geográficamente en las Figuras 54 a 57.

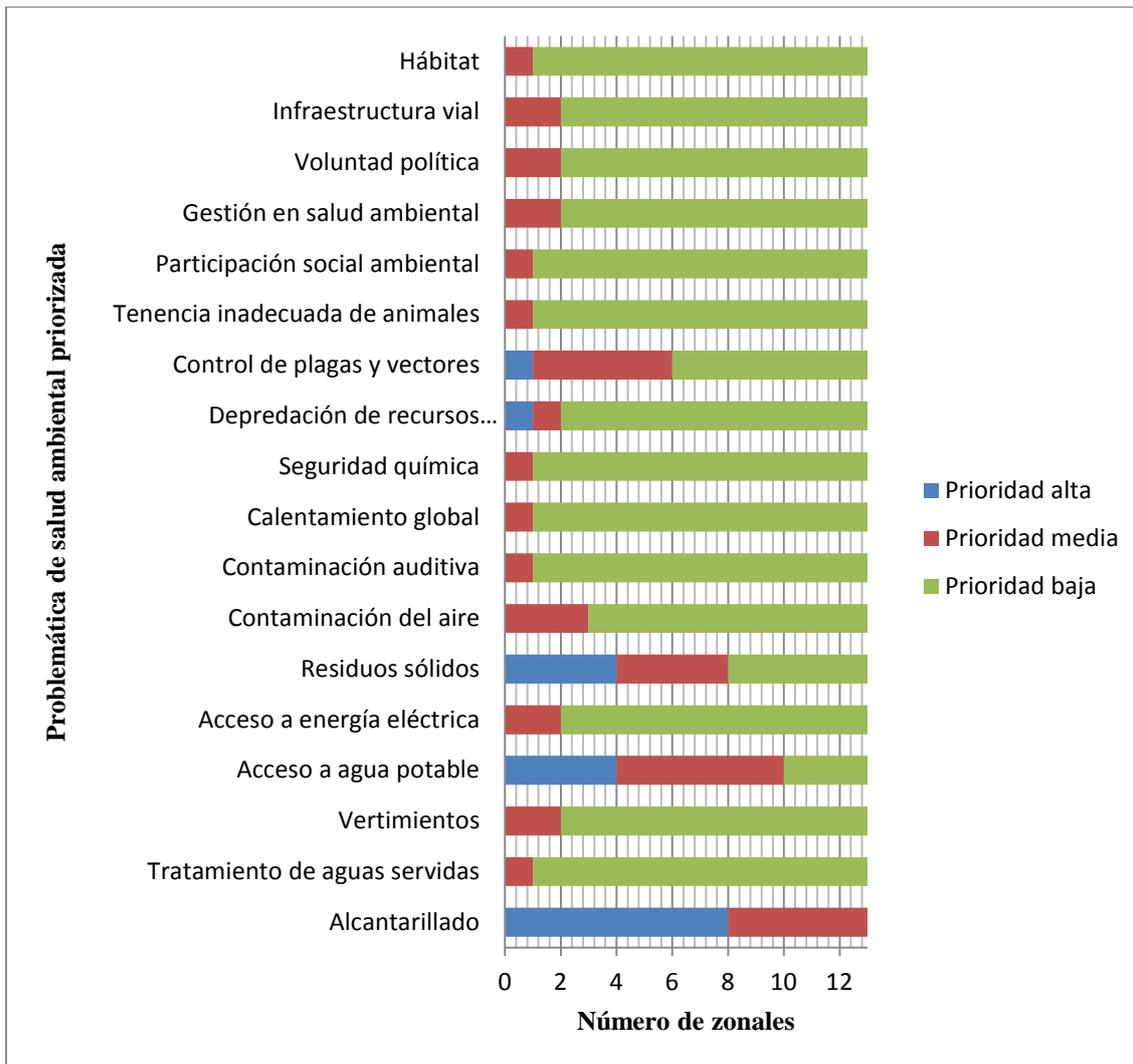


Figura 58. Priorización de problemáticas por los actores comunitarios.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

Como puede apreciarse, la problemática que fue considerada como de prioridad alta en más zonales fue el alcantarillado, seguido del inadecuado manejo de residuos sólidos, el acceso a agua potable, el control de plagas y vectores, y la depredación de los recursos naturales. De la misma forma, los problemas de alcantarillado, acceso a agua potable y el manejo de residuos sólidos, de no ser considerados como prioridad alta son identificados como de prioridad media. La problemática de contaminación del aire es nombrada como de prioridad media en sólo tres zonales lo que debe contrastarse con la información de campo que señala que en departamentos como La Guajira y Magdalena la actividad minera del carbón tiene una gran incidencia en la calidad de vida de las personas y las comunidades.

En ninguna zonal se consideró que el problema de alcantarillado no fuera de prioridad alta o media, que de acuerdo con los criterios de priorización propuestos, implica que en ninguna zonal se dejó de mencionar la problemática en cuestión. Por su parte, el acceso a agua potable para diez zonales es una problemática crítica, al ubicarla de prioridad alta o media, mientras que solamente en tres zonales, una de ellas Norte Centro Histórico que incluye a Barranquilla, esta problemática parecer estar controlada.

Estos resultados son coincidentes con la identificación de vacíos en salud ambiental anteriormente expuestos. El siguiente gráfico muestra a su vez los resultados de la priorización propuesta a partir de la información obtenida con los actores institucionales, para un total de 10 zonales (según lo expuesto en la Figura 36).

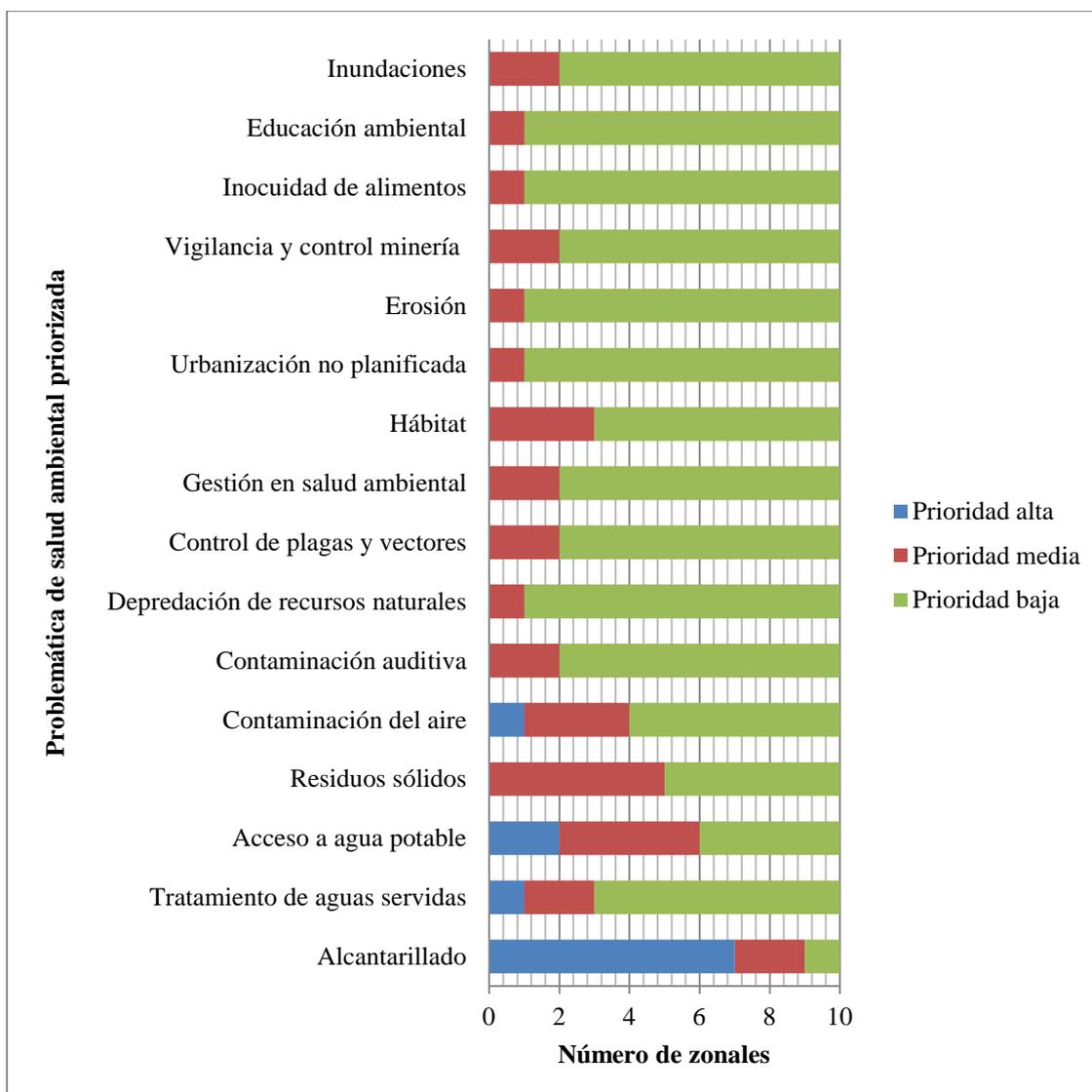


Figura 59. Priorización de problemáticas por los actores institucionales.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).

Nuevamente es evidente la consistencia entre los resultados obtenidos en esta gráfica con respecto a los vacíos identificados en salud ambiental por los actores institucionales. El alcantarillado se presenta como la problemática priorizada como alta más común, seguida del acceso a agua potable, el tratamiento de aguas servidas y la contaminación del aire. Las problemáticas priorizadas según los criterios de este estudio como prioridad media muestran un patrón más distribuido.

Al analizar las problemáticas clasificadas como de prioridad baja debe inmediatamente notarse que se trata de una amplia variedad de situaciones que, si bien no son consideradas en todas las zonales por todos los actores, aun así son percibidas como importantes, por lo que merecen un lugar en la planificación en salud, e incluyen: vigilancia y control, erosión, contaminación audi-

tiva, hábitat, urbanización no planificada, etc. Las instituciones son así capaces de reconocer en la priorización una mayor amplitud de problemas. Pese a esto, puede concluirse que si bien algunas problemáticas son identificadas por un solo tipo de actor, en su mayoría la comunidad y las instituciones se refieren consistentemente a los mismos problemas de salud ambiental en sus territorios.

5.2.5 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA DESCRIPCIÓN DE PROBLEMÁTICAS EN SALUD AMBIENTAL.

El objetivo de recopilar las percepciones, opiniones y sensaciones de las personas es comprender cómo se producen los problemas en sus contextos locales, cómo se entienden las soluciones, y de qué manera se conciben y experimentan los servicios. Por esta razón, a continuación se propone un análisis breve de la importante cantidad de información cualitativa documentada, en el cual:

- ✓ Se da prelación a las particularidades locales para entender los problemas y su efecto en la cotidianidad de los actores.
- ✓ Se subraya la experiencia de los pasantes en el terreno en la comprensión de los problemas documentados.
- ✓ Se evidencia cómo los problemas se conectan entre sí y cómo no funcionan como variables aisladas desde la perspectiva de los actores.
- ✓ Se rescatan parte de los enfoques que caracterizan el PDSP en su interés de entender la realidad descrita en términos locales y los determinantes sociales como un asunto predominantemente contextual.
- ✓ Se utilizan extractos literales de las discusiones en las mesas, ampliando los mismos en función de comprenderlos.

El siguiente cuadro es producto de este análisis. Se seleccionaron descripciones de problemas cuyas características particulares permitan al lector apreciar el ejercicio cualitativo y evidenciar los diferenciales locales, intentando incluir para cada zonal una descripción elaborada por un actor comunitario y una por un actor institucional.

PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
HIPÓDROMO	
<p><i>“No contamos con agua potable porque en el recorrido en los ciclos de bombeo el agua se contamina por no existir redes adecuadas. El agua llega con sarapicos”-actor comunitario</i></p>	<p>En el municipio de Malambo, este actor describe la gravedad de la problemática de agua potable. Cuando se le pidió que explicara a lo que se refería, el actor insistió en que la problemática real está en que el municipio no cuenta con acceso óptimo y de calidad a un servicio básico sanitario, que debe ser garantizado por el Estado. La causa de esta problemática para este actor es la inadecuada gestión de los gobernantes de turno. Cuando el actor expresa que el agua llega a su vivienda con “sarapicos”, se refiere a que el agua presenta parámetros físicos (turbiedad, sólidos suspendidos y sedimentables), que son nocivos para la salud. En términos locales, sarapico es un pequeño animal acuático. De esta manera, el actor expresa que la red de acueducto se encuentra en pésimas condiciones y que el agua no está siendo potabilizada de forma coincidente con la legislación vigente (Decreto 475 de 1998). En la tercera sesión se abordó este tema con los actores tomadores de decisión, quienes aseguraron que se realizan los respectivos análisis de aguas, conforme lo estipula la ley, pero manifiestan que se les “sale de las manos” las conexiones fraudulentas que tal vez están ocasionando este problema. Para el actor es, sin embargo, claro que el problema no es un asunto de Policía</p>

	sino de infraestructura mínima. Puede ser que haya conexiones fraudulentas que estén ocasionando algún problema de calidad del agua, pero es la red en su totalidad la que no cumple con los requisitos técnicos mínimos.
<i>“La contaminación industrial se produce porque no hay autoridades que hagan sanciones, vigilancia y control sobre estas empresas, hay una violación flagrante a los derechos fundamentales plasmados en la Constitución Política”</i> -actor institucional	Los actores institucionales se refieren en otros términos a los problemas. Para este actor es claro que la contaminación industrial es un asunto de la ausencia de control Estatal a través de las instituciones que él, como actor, representa. Esto se debe a factores como la burocracia que no permiten aplicar las normas de manera oportuna, pues existe normatividad al respecto. Es importante resaltar también que el actor institucional aporta al análisis introduciendo una perspectiva o enfoque de derechos, es decir, hace una relación entre la problemática de la contaminación derivada de procesos industriales (emisiones por fuentes fijas), con el derecho que tenemos todas las personas a gozar de un ambiente sano.
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
SABANAGRANDE	
<i>“En el municipio de Sabanagrande contamos con una empresa de aseo, pero la recolección de las basuras afectan el medio ambiente, ya que los carros que utilizan son volquetas que van dejando las basuras y se generan problemas de malos olores y animales en las calles. Por esta razón se estaría violando nuestros derechos a contar con un medio ambiente sano y saludable y a tener una vida digna”</i> -actor comunitario	La problemática de residuos sólidos, como todas las problemáticas en materia ambiental, deben analizarse en términos locales. Estas problemáticas pueden dividirse en diferentes tipos, por ejemplo, inadecuada infraestructura, ausencia de la presentación del servicio, mala operación del servicio, prácticas inadecuadas de los usuarios, etc. A su vez, estos tipos de problemas adquieren diferentes características en cada lugar por factores múltiples (ambientales, sociales, demográficas, etc.) Es el caso de este actor que permite ver mediante su participación que si bien existe un servicio de recolección de residuos sólidos, este es de mala calidad y desencadena problemas en la salud de los habitantes. El carro recolector de residuos no es más que una volqueta que en su recorrido emana malos olores y que va regando los desechos cuando llena toda su capacidad, convirtiéndose en un problema aún mayor para la comunidad.
<i>“En el municipio no hay alcantarillado, las aguas negras se están vertiendo a la ciénaga, esto causa enfermedades respiratorias y proliferación de vectores”</i> -actor institucional	Este actor hacía referencia a los vertimientos de aguas residuales e industriales a la ciénaga de Sabanagrande, que además de causar impactos negativos en la salud de las personas, genera efectos sobre esta ciénaga de vital importancia ambiental, turística, económica y científica para el municipio y el país, pues este ecosistema presta servicios de regulación hídrica, abastecimiento de alimento a las familias en Sabanagrande, y fuente de conocimiento para la comunidad científica. Cuando se le pidió al actor ampliar su concepto al respecto, este urgió por una pronta solución, ampliando su descripción de cómo el problema de vertimientos termina afectando al conjunto del municipio económica y socialmente.
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
BARANOA	
<i>“La tala de árboles frutales y maderables por parte de la comunidad, especialmente de los campesinos para la obtención del carbón están afectando el medio ambiente y la escasez de las aguas vivas de la región”</i> -actor comunitario	Esta zonal se ve fuertemente afectada por la principal actividad económica de los campesinos habitantes de los municipios de Baranoa, Juan de Acosta, Piojó, Polo Nuevo, Tubará y Usiacuri, los cuales talan árboles para convertir la leña en carbón y venderlo a las industrias que llevan este material a las principales ciudades de la región Caribe. La deforestación además de las graves consecuencias que trae en materia socio-ambiental, también afecta la capacidad de recuperación de los ecosistemas, perturbando el ciclo natural, reduciendo la masa boscosa de la región y generando pérdida de biodiversidad. El actor es además explícito en relacionar la tala con la disminución de agua, en un municipio que prioriza el acceso al agua potable como una problemática importante de salud ambiental. Se puede así observar la relación

	del problema con otros determinantes sociales de la salud, pues la falta de empleo de los habitantes les lleva a deteriorar la flora y fauna de sus ecosistemas principales.
<i>“Falta vivienda o está en mal estado. Hay un problema de hacinamiento en el corregimiento de Pitalito... Viviendas en las que conviven tres y cuatro familias de doce personas en áreas reducidas, viviendas sin cocina y con baños inadecuados”</i> -actor institucional	“Por sus condiciones sociales y económicas, Baranoa es municipio netamente receptor de población víctima de desplazamiento. De acuerdo con la información de la administración municipal, a Baranoa han llegado 125 familias, integradas por 518 personas de diferentes edades, en los últimos años (Celedón, 2012). El hacinamiento que viven las personas de los corregimientos cercanos a Baranoa se debe a las condiciones de desplazamiento descritas en la cita anterior. Gracias a este actor se puede comprender a qué se refieren localmente con hacinamiento, incluyendo no sólo las limitaciones de espacio frente al número de ocupantes, sino también las condiciones locativas de las viviendas. Por tal razón es importante implementar el programa de Vivienda Saludable en estas poblaciones costeras, pues esta problemática se evidencio en cada una de las zonales, principalmente en las zonas rurales.
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
NORTE CENTRO HISTÓRICO	
<i>“Barranquilla no tiene nada para que tengamos algo contra el cambio climático, nosotros acabamos con el mataratón, no nos quedan árboles, solo nos queda el parque Metropolitano y es el único pulmón, pero está lleno de delincuentes”</i> -actor comunitario	El mataratón es un árbol que da como fruto una legumbre que sirve para alimentar a los bovinos. El sector agropecuario depreda este arbusto para suplementar la alimentación de su ganado. Este actor expresa su inconformidad frente a este tipo de deforestación argumentando que el distrito de Barranquilla escasea en recursos naturales para enfrentar o contrarrestar los efectos nocivos del cambio climático. Lo interesante del actor es que a pesar del poco conocimiento frente a temas ambientales ya hace una relación de efecto-causa, específicamente en esta problemática. Al mismo tiempo relaciona el problema ambiental con un problema de seguridad. Para él es claro que la función del “pulmón” es también recreacional, en cuanto que el parque debe ser disfrutado por los ciudadanos. De esta manera, se vincula un problema económico (agropecuario), uno ambiental y uno de seguridad en la descripción de este actor. Por otra parte, es digno de mención cómo el actor introduce su intervención hablando del cambio climático. Si bien la mayoría de los actores comunitarios son personas sin un alto nivel educativo, en las mesas se evidenció la preocupación de las comunidades por enfrentar esta problemática y la forma en que la relacionan directamente con problemas ambientales, aunque no tengan un concepto claro de este fenómeno.
<i>“La no aplicación de sanciones al sector industrial ha afectado a la población en general, afectándola con enfermedades respiratorias y de la piel”</i> -actor institucional	Es evidente en esta descripción la falta de gestión de las entidades distritales en Barranquilla, Puerto Colombia y Soledad, que tienen por objeto vigilar y regular las actividades contaminantes del sector industrial. Aunque exista abundante legislación en materia ambiental, las problemáticas continúan, por la debilidad del sector competente, encabezado por la alcaldía municipal en esa zona en particular, que cuenta con recursos económicos suficientes para controlar de manera eficiente y oportuna las actividades de origen antrópico
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
SABANALARGA	
<i>“Canalización de arroyos. Es necesario darle solución a esta problemática porque vivimos expuestos a un peligro latente y tenemos por nuestra integridad física, de nosotros y de nuestras familias”</i> -actor comunitario	La palabra “arroyo” debe entenderse de acuerdo a la zona geográfica del hablante, puesto que su significado varía. Para los habitantes de Sabanalarga, Candelaria, Luruaco, Manatí y Repeleon, la palabra está asociada a la infraestructura de alcantarillado, mientras que en otras zonas geográficas se refiere a ríos o quebradas, y en otras a aguas lluvias. El estudio cualitativo, que se realizó en calidad de pasantía, permite ver este tipo de diferencias que en un estudio cuantitativo sería casi imposible apreciar. Este término está asociado a la identidad cultural y a las costumbres

	propias de estas comunidades del sur del Atlántico.
<p><i>“Las aguas del embalse del Guájaro, están siendo contaminadas con las aguas de las inundaciones de los pueblos ocurridas el año anterior y que son eliminadas y expulsadas a través de motobombas hacia este embalse, del cual se toma el agua para suministrarla al municipio de Repelón. Se han realizado acciones con la CRA (Atlántico) para tratar de buscar soluciones”</i>-actor institucional</p>	<p>Especialmente se evidenció lo expresado visitando el embalse del Guájaro, donde la problemática radica en que este cuerpo de agua es usado para consumo humano, ganadería y pesca. Con las inundaciones ocurridas por el Fenómeno de la Niña del año 2011, los lugareños han optado por recuperar sus viviendas inundadas, sacando agua lodosa y escombros al embalse, que presenta además problemáticas de diferentes tipos (interrupción de la entrada de agua, eutrofización, desecación y reducción de la capacidad portante, disminución de los volúmenes de pesca, proceso de relleno, ningún control sobre pesca ilícita, vertimiento de aguas servidas). Todos estos factores producen impactos negativos en la salud de las personas. Al mismo tiempo se evidencia la incapacidad de las instituciones, tanto de salud como del sector ambiental y de otros sectores, en la solución conjunta a esta problemática.</p>
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
MANAURE	
<p><i>“Los suministros de agua provienen de pozo o aljibe o “Jagüey”, generando Enfermedades Diarreicas Agudas, problemas en la piel debido a la concentración de minerales y microorganismos en el agua.”</i>-actor comunitario</p>	<p>La investigación cualitativa permitió apreciar las diferencias locales y particularidades de las comunidades. Permite también enfocar diferencialmente una problemática o necesidad. Para contextualizar esta cita es preciso situarse en el marco de las comunidades Wayúu, en La Guajira. A éstas se les había otorgado, como forma de solucionar el acceso al agua potable, filtros de arena y carbón. Pero en poco tiempo se evidenció que la EDA seguía presentándose. Las instituciones de salud pública se percataron que estas comunidades no usaban su filtro y seguían abasteciéndose de agua contaminada del pozo o Jagüey, pues es una práctica tradicional indígena asistir al Jagüey en familia a recoger el agua, que es también punto de encuentro y socialización entre parientes y vecinos. La solución debía pues nacer del conocimiento de estas prácticas culturales, potabilizando el agua de los pozos, haciendo partícipes en la misma a los líderes indígenas, quienes conocen mejor sus problemáticas de salud.</p>
<p><i>“Existe una relación entre los ceses del suministro de agua y los cortes de energía, ya que la distribución del líquido se realiza por motobomba. En Uribia, hay dos acueductos y solo se benefician tres barrios. El agua era permanente, pero ahora no hay suministro, porque hay problemas con la energía”</i> -actor comunitario</p>	<p>Aunque en algunas poblaciones existe el suministro de agua potable, este no es continuo debido a que depende de una motobomba que a su vez depende del suministro de energía. Cuando se pidió al actor que profundizara en las causas del problema, se encontró que éste las entendía en el marco de la ausencia de voluntad política para gestionar una conexión a energía eléctrica con la red general del departamento y el país. Como se ha indicado en este análisis, la Nación tiene una deuda social en este sentido con la región y el departamento de La Guajira. Muchos actores expresaban incluso su deseo de pertenecer a Venezuela, pues prácticamente toda la economía se mueve en torno a este país.</p>
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
RIOHACHA	
<p><i>“La falta de saneamiento básico hace que el derecho a la salud y el derecho a la igualdad nos sean vulnerados, ya que no poseemos la calidad de agua, el relleno sanitario y un buen alcantarillado como las demás ciudades. Esto afecta a niños y adultos, más que todo a los Wayúu, quienes se encuentran desprotegidos al no poseer ninguno de esos servicios”</i>-actor comunitario</p>	<p>Este actor subraya la inequidad en salud ambiental. Hace énfasis en que existen otras ciudades o municipios cercanos que cuentan con mejores servicios públicos básicos. A su vez, la inequidad para la ciudad de Riohacha afecta de forma diferencial a la población, pues son las comunidades indígenas habitantes de La Guajira, quienes primordialmente no cuentan con dichos servicios.</p> <p>En La Guajira se hizo evidente el hecho que son los “Arijunas o mestizos” quienes hablan con gran descontento frente a este tipo de inequidades con estas comunidades, es decir, que la problemática es tan fuerte y tan indudable que la gran mayoría de los habitantes de esta zonal, ya fuesen indígenas o no, reconocen enfáticamente las necesidades diferenciales de las comunidades indígenas locales.</p>

<p><i>“El matadero arroja las aguas negras al mar”-actor comunitario</i></p>	<p>Aunque no es una de las problemáticas más sentidas por las diferentes comunidades, la planta de sacrificio animal de Riohacha, vierte indiscriminadamente sus residuos al mar. En el ejercicio de las sesiones las comunidades hablaron de este tema. Sin embargo, en los ejercicios de priorización en esta zonal no fue señalado el problema de estos vertimientos porque las comunidades no lo ven cercano a sus necesidades particulares en salud ambiental. Los vertimientos van a al mar, donde aparentemente no generan un impacto que afecte a su vez la salud de la población. Se observó con gran preocupación por parte de los pasantes que en todas las zonales visitadas las plantas de sacrificio, mataderos y galerías no tienen unas condiciones higiénico-sanitarias mínimas para el expendio de este tipo de alimentos, empezando por la infraestructura y la manipulación de alimentos. Esto refleja la falta de inspección vigilancia y control, responsabilidad directa de las Secretarías de Salud municipales. Los actores no asocian esto a un deterioro de la salud ambiental, porque este servicio en esta región se ha prestado de esa manera históricamente.</p>
<p>PROBLEMÁTICA DESCRITA</p>	<p>ANÁLISIS DIFERENCIAL</p>
<p>MONTES DE MARÍA</p>	
<p><i>“Es urgente conformar redes de alcantarillado y acueducto comunitario con amplia participación de las juntas de acción comunal y las organizaciones de base”-actor comunitario</i></p>	<p>Pocos actores comunitarios mostraron la relevancia de la participación social ambiental, aplicada a cada una de sus problemáticas. En este caso este actor mostró interés en cambiar una realidad mediante la participación, sin esperar que los mandatarios de turno sean quienes mejoren o cambien el problema. Es indispensable que de esta forma se piensen las soluciones en salud ambiental porque si bien es cierto que el Estado está en deuda sanitaria con esta región, también lo es que las mismas comunidades no han dado el paso firme hacia una participación social que movilice procesos tales como la construcción del alcantarillado. Por este motivo una de las orientaciones estratégicas del PDSP es la participación social y al realizar este ejercicio de carácter cualitativo se pueden generar nuevas organizaciones sociales y redes que permitan empoderar a la comunidades para solucionar sus problemas</p>
<p><i>“Pienso que el departamento y el municipio gestionen y tengan como prioridad el alcantarillado porque si lo construimos se evitan muchos problemas de salud pública”-actor institucional</i></p>	<p>La zonal Montes de María integrada por cinco municipios, se caracteriza por la ausencia de alcantarillado. Esta necesidad se mostró como la más sentida, tanto para actores comunitarios como para los institucionales. Este último relaciona lógicamente que con la construcción del alcantarillado se disminuirán efectivamente los efectos sobre la salud pública, lo cual es interesante desde un punto de vista económico para los actores tomadores de decisión y una lógica que permitiría cambiar de manera radical la calidad de vida de las comunidades. Cabe resaltar que en esta zonal se tuvo en cuenta un desafío histórico para la región: el conflicto armado que impactó la salud ambiental, social, mental, económica, cultural, y el desarrollo de estas comunidades, tanto como la autonomía de las administraciones municipales.</p>
<p>PROBLEMÁTICA DESCRITA</p>	<p>ANÁLISIS DIFERENCIAL</p>
<p>NORTE DE MAGDALENA</p>	
<p><i>“La problemática sobre el carbón, con el tren que pasa sobre la camaronera con este mal olor que hora tras hora, respiramos, nos contamina el medio ambiente”-actor comunitario</i></p>	<p>La explotación minera no solamente trae consecuencias negativas por la depredación de recursos naturales. En esta descripción se hace evidente la relación que tiene esta explotación en su etapa de transporte. Cuando el tren pasa deja residuos de polvillo en el aire, disminuyendo la calidad del mismo, contaminando los cuerpos de agua de la región, aumentando la prevalencia de enfermedades como la ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en la población que habita cerca de la vía férrea del municipio de Ciénaga. Desde el punto de vista ambiental, no cabe duda que el transporte del carbón en el área de Norte de Magdalena, que</p>

	comprende seis municipios, produce serios impactos en la salud humana y en ecosistemas tan frágiles como el marino.
<i>“Hay fábricas de aceite de palma en donde no se está haciendo la respectiva recolección de desechos y se producen enfermedades respiratorias”</i> -actor institucional	El actor institucional se refiere a la quema indiscriminada de los residuos de esta industria, específicamente residuos sólidos orgánicos, en este caso la tusa de la palma. Es importante recordar que en esta actividad económica se producen además residuos peligrosos (aceite usado, envases, etc.) En este aspecto es importante evaluar la aplicación de la legislación vigente (Decreto 4741 de 2005), que reglamenta otras funciones a cargo de la autoridad ambiental que parece no aplicarse en este contexto.
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
REGIÓN DEL RÍO	
<i>“Malos trabajos en el alcantarillado desencadenan que las aguas negras se viertan en el caño, el cual es la fuente de abastecimiento del municipio”</i> -actor comunitario	La problemática del alcantarillado no se restringe a su ausencia. En este caso, el actor describe la misma en términos de sus problemas de diseño y ejecución, causando la contaminación de las fuentes de abastecimiento. Al pedirle extender su argumento, el actor insiste en que los problemas no siempre son de ausencia recursos sino que la ejecución de esos recursos puede, en la práctica, desembocar incluso en una profundización de los problemas. Según el mismo secretario de salud de Pivijay, el sistema de tratamiento de las aguas residuales de la pobre red de alcantarillado se diseñó de manera errada, pues se encuentra dentro del casco urbano del municipio y está causando enfermedades respiratorias y zoonóticas a la población en su área directa de influencia.
<i>“Solo la cabecera municipal tiene alcantarillado, el resto de la población tiene pozas sépticas. La población se inunda y genera problemas de saneamiento básico”</i> -actor institucional	Las poblaciones que enmarcan esta zonal se encuentran ubicadas al rededor del río Magdalena, de ahí su nombre “región de río”. Cuando el actor dice que la inundación rebosa las pozas sépticas, se refiere a que, en épocas de lluvia y debido al aumento del caudal del río, éste inunda las pozas y expone los desechos en las calles. Una vez baja el caudal el río deja en la población esta carga de desechos, generando diferentes problemáticas de salud y, por supuesto, de saneamiento básico.
PROBLEMÁTICA DESCRITA	ANÁLISIS DIFERENCIAL
SANTA MARTA	
<i>“Cuando llueve Santa Marta es una piscina. Circula la materia fecal por las calles”</i> -actor comunitario	Los pasantes vivieron esta difícil situación. En época de alta pluviosidad las redes del alcantarillado colapsan, debido a que este tipo de red es obsoleta, no sólo por sus años de servicio, sino también porque no fue diseñada para el crecimiento que experimenta la ciudad. Efectivamente, en el terreno, puede vivirse la realidad descrita que afecta a toda la población. Es importante hacer énfasis en que la administración municipal es responsable de la prestación del servicio adecuado de alcantarillado (Resolución 1433 de 2004).
<i>“Santa Marta por ser turística tiene problemas de salud ambiental en mayor cantidad que otras ciudades. Los ríos aquí son basureros, la Universidad, El CREPAD y CLOPAD, hacen actividades de recuperación de los ríos y la gente vuelve y los daña. Deberían reubicarlas”</i> -actor institucional	Santa Marta es un distrito turístico. La problemática ambiental tan marcada en esta ciudad esta innegablemente ligada a las actividades del turismo. Existen problemáticas tan graves como los vertimientos domésticos e industriales. Igualmente se viven allí problemas con respecto a los residuos sólidos, contaminación del aire y del mar por el polvillo del carbón (ligado a la presencia del puerto), contaminación por ruido, entre otras. Es indiscutible que los procesos de industrialización y crecimiento demográfico que vive Santa Marta afectan las decisiones que se tomen en materia medio ambiental; es decir, esta ciudad vive un proceso de crecimiento que se ha optado por el desarrollo económico sin ninguna propuesta de sostenibilidad para el medio ambiente.
CLOPAD- Comité Local para la Prevención y Atención de Emergencias y Desastres (municipio).	El CLOPAD y el CREPAD son los comités intersectoriales con los que se cuenta para aportar algo de recuperación en las cuencas, pero aquí el actor enfatiza en el desconocimiento o falta de
CREPAD- Comité Regional para	

<p>la Prevención y Atención de Emergencias y Desastres (departamento)</p>	<p>pertenencia de las personas que viven y que visitan las fuentes de agua de la ciudad. A su vez propone la reubicación como una solución. De esta manera el actor toca a su vez otro tema de equidad en salud, pues las personas que viven en las márgenes de los ríos son generalmente las mayores perjudicadas con sus cambios estacionarios, están establecidas en un área de riesgo, y generan una contaminación sobre la fuente de agua que finalmente los perjudica. Estas familias son de escasos recursos, y se han apropiado de la ronda de los ríos por no disponer de otros espacios para asentarse. Muchas son además desplazadas del conflicto armado. Por tal razón es importante ampliar las acciones de gestión del riesgo, que en el articulado del PDSP se presenta como orientación estratégica ligada al análisis de los determinantes sociales.</p>
<p>PROBLEMÁTICA DESCRITA</p>	<p>ANÁLISIS DIFERENCIAL</p>
<p>BOSTON</p>	
<p><i>“El relleno sanitario debe ser ubicado en otro lugar ya que se encuentra cerca a la población y emana malos olores”</i>-actor comunitario</p>	<p>Lo que llama este actor “relleno sanitario” es realmente un botadero a cielo abierto ubicado en el municipio de Corozal, donde se reciben los residuos de varios municipios aledaños sin ningún control. Gracias a la información de campo es factible afirmar que este botadero no debe ser reubicado sino clausurado, para que no siga afectando la salud de los habitantes de esta zonal, contaminado el suelo, aguas subterráneas y cuerpos de agua, impactos ambientales negativos que debieron preverse cuando se otorgó licencia ambiental al responsable de la operación de este botadero. Esta es una responsabilidad compartida entre la administración municipal y la Corporación Autónoma regional de Sucre.</p>
<p><i>“La problemática es muy grave en Corozal con lo que tiene que ver con el arroyo grande de Corozal. No hay control de riesgos en desastres por este arroyo, la población se está afectando en la salud pública en el sur, que es el punto débil del arroyo grande, causando dengue y malaria en niños de 3 a 12 años de edad”</i>-actor institucional</p>	<p>Aquí el actor se refiere con la palabra “arroyo” a los cuerpos de agua superficiales temporales que corren por las calles después de cada precipitación y que provocan erosión por el grado de desnudez presentada por la deforestación total de las microcuencas. En época de lluvias se encuentran aguas superficiales que también son llamadas en esta zona como “represas y/o jagüeyes”. Entre los arroyos más nombrados se pueden mencionar: el arroyo grande de Corozal (cuyo recorrido pasa por la parte sur del casco urbano del municipio, recibiendo afluentes y constituyendo su microcuenca), el arroyo La Dorada (nace en el centro del Municipio y es usado como fuente de almacenamiento de agua en estanques y jagüeyes para bebederos de animales y consumo humano), y el arroyo La Laguna (el menos caudaloso, igualmente pasa por el casco urbano de Corozal, inundando algunas zonas del sur del municipio). Esta problemática se presenta principalmente por la falta de planificación en los planes de ordenamiento territorial pasados, pues el crecimiento de estos municipios no ha sido planificado, con la consiguiente ocupación de las rondas hídricas en los municipios, sin ninguna gestión de la autoridad ambiental de la región.</p>
<p>PROBLEMÁTICA DESCRITA</p>	<p>ANÁLISIS DIFERENCIAL</p>
<p>SINCELEJO</p>	
<p><i>“(Un problema de salud ambiental son) los lotes enmontados”</i>-actor comunitario</p>	<p>Este término es muy usado en esta zonal y hace referencia a los lotes baldíos, en donde se presentan problemáticas de mala disposición y quema de residuos sólidos y proliferación de plagas y vectores. Muchas veces estos lotes se convierten en el botadero a cielo abierto del municipio. Esta problemática se presenta a nivel nacional y es competencia directa de la salud pública local realizar fumigación y desratización en las zonas baldías para evitar la propagación de enfermedades transmitidas por vectores como dengue y malaria.</p>
<p><i>“En la zona rural aún se eviden-</i></p>	<p>Sincelejo, al igual que la gran mayoría de municipios de las zona-</p>

cia la presencia del manejo inadecuado de excretas, sumado a esto, la ausencia de un manejo adecuado del autocuidado”-actor institucional

les, cuenta con una red de alcantarillado obsoleta y que no cumple los requerimientos para una población creciente. El actor, a su vez, relaciona el problema de excretas con el de educación ambiental y sanitaria, pues es también papel de las personas conservar su salud mediante prácticas de autocuidado. Estos programas de educación ambiental y auto cuidado se encuentran enmarcados dentro de la salud pública en las actividades del PIC (Plan de Intervenciones Colectivas), que están enfocados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y se deben aplicar a nivel nacional en todos los municipios. Por tal razón es importante contextualizar a las comunidades sobre estas acciones, tal como se realizó en la práctica de campo del PDSP.

Figura 60. Análisis cualitativo de la descripción de problemáticas.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de datos obtenidos de trabajo en campo. Unidecenal-Ministerio de Protección Social (2012).



Figura 61. Recolección inadecuada de residuos sólidos. Sabanagrande, Atlántico.

Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 62. Contaminación marina por carbón. Santa Marta, Magdalena.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 63. Estado de las vías y ausencia de canalización de aguas lluvias. Sabanalarga.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 64. Actividad económica de venta de artesanías Wayúu. Riohacha, La Guajira.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.



Figura 65. Inadecuada manipulación de alimentos. Santa Marta, Magdalena.
Fuente: Archivo fotográfico de los autores.

Este análisis cualitativo es sólo una muestra de la profundidad que adquieren los problemas cuando se tiene en cuenta el contexto desde el cual son expresados. Inmersos en la cotidianidad de los actores, todos estos fenómenos que afectan su salud y calidad de vida se vuelven tangibles para el analista y el formulador de políticas. En todos estos extractos de las discusiones de las mesas se hace además evidente que los actores comprenden la salud y la salud ambiental en términos complejos, anudados a una importante cantidad de problemáticas relacionadas, que hacen que un enfoque como el de los determinantes sociales de la salud cobre mayor relevancia. No se trata pues solamente de alcantarillados defectuosos o de botaderos de residuos sólidos contaminantes, sino fundamentalmente de cómo estos provienen de la mala gestión del Estado, de las inequidades propias del país y de condiciones estructurales. A su vez, los actores manifiestan en sus relatos cómo los problemas ambientales impactan todas las esferas de su vida, desde la obtención de un sustento hasta la manera en que se relacionan con su entorno.

Los actores institucionales perciben la salud ambiental cómo una responsabilidad intersectorial, que como tal debe ser objeto de la intervención prioritaria de todo el sector público. De la misma forma, los actores comunitarios, aún refiriéndose a problemas concretos como aquellos referidos a los servicios públicos, demuestran una lógica de la salud ambiental que incluye pero no se limita a éstos.

Los actores institucionales, por su parte, expresaban sus conceptos enfocados directamente hacia la institución que representaban y al cargo que ocupan. Esto hizo que en muchas de las zonales se realizara un ejercicio más dinámico con los actores comunitarios, pues expresaban todas las problemáticas que los aquejaban de forma directa, sin recurrir a defender la gestión institucional ante las evidentes deficiencias documentadas.

Metodológicamente el analista debe buscar un equilibrio. Mezclando diversas técnicas e instrumentos es posible obtener un cuadro más completo de la realidad que se quiere comprender. En este ejercicio, por ejemplo, se ha señalado en múltiples oportunidades el problema de la ausencia de alcantarillado en los municipios de las zonales. Ha sido documentado como problema no resuelto por el PTSP 2007-2010, como vacío en salud ambiental, y como problema calificado de mayor prioridad en la mayoría de zonales. La información de los actores además ha sido contrastada con la cobertura de alcantarillado y otros servicios públicos, obtenida de fuentes diferentes. Todos estos argumentos permiten concluir que el problema principal de salud ambiental en el conjunto de las zonales de estudio es precisamente la insuficiencia en el sistema de alcantarillado. Por su parte la información cualitativa permite acercarse a cómo se vive ese problema en la realidad cotidiana de los municipios de las zonales: Santa Marta como una piscina de materia fecal; la ciénaga de Sabanagrande perdiendo su atractivo turístico, comercial y pesquero por los vertimientos; el río Magdalena inundando los pozos sépticos y distribuyendo su carga en las poblaciones ribereñas. Los problemas adquieren así una forma concreta que también puede ser analizada y sistematizada, especialmente si se cuenta con el recurso cuantitativo que hemos aquí descrito. Problemas que se relacionan entre sí y que ocasionalmente se vuelven oportunidades para las comunidades, como lo expresa el actor comunitario en Montes de María, para quién la solución de su eterno problema de alcantarillado parte de dar la responsabilidad a la comunidad y de aumentar la participación social y el control social ambiental.

La discusión con respecto a este análisis propuesto, especialmente en cuanto a la calidad de la información utilizada como fuente, puede consultarse en el siguiente apartado.

6. DISCUSIÓN

6.1 SALUD AMBIENTAL Y PDSP 2012-2021.

El PDSP pretende ser una guía para orientar y coordinar el trabajo intersectorial en el amplio campo de la salud, tanto como ser un instrumento de participación social donde confluyan una amplia variedad de intereses y necesidades. Para esto desarrolló el marco conceptual y metodológico que en este documento se ha podido presentar extensamente en el marco teórico. A partir del mismo, el PDSP inició las labores de recolección de información relevante para su formulación, por lo que debe existir una coherencia entre lo propuesto conceptualmente y la manera en que se implementó el trabajo de campo en las zonales.

El primer elemento que debe considerarse es la propuesta conceptual del PDSP en cuanto a la salud ambiental en nuestro país. En este sentido, los antecedentes son claros. La salud ambiental, característicamente, ha sido tenida por una serie de intervenciones puntuales y altamente desarticuladas en el marco de la salud pública en Colombia. Ni siquiera las reformas posteriores a la Ley 100 de 1993, han podido cambiar esta tendencia a favor de una visión más holística en la comprensión de las relaciones entre el medio ambiente y la salud.

En gran medida, el marco conceptual del PDSP ofrece una vía para avanzar en este camino. Su definición de salud, salud pública y salud ambiental abre una importante cantidad de posibilidades al trabajo intersectorial, interdisciplinario e integrado de todos los actores. Como se hizo evidente en el marco teórico, la salud ambiental como campo de intervención es transversal en el PDSP, ya que puede incluirse en los enfoques, orientaciones y dimensiones prioritarias. A su vez, la salud ambiental como es expuesta por el PDSP, hace que las personas y comunidades se entiendan como parte del ecosistema, reconociendo como problema de salud y objeto de intervención no sólo a aquellos efectos tangibles producidos por agentes físicos, químicos y biológicos, sino también a aquellos factores que afectan al ecosistema en general, como la deforestación, los procesos de erosión, el cambio climático y la pérdida de la biodiversidad.

En cuanto a la relación entre medio ambiente y salud, los siguientes elementos del marco conceptual del PDSP permiten reconsiderar la manera en que se llevan a cabo los servicios de salud ambiental en el país:

Los determinantes sociales de la salud:

Los problemas de salud ambiental no pueden reducirse a su expresión concreta en forma de realidades puntuales susceptibles de intervenciones desarticuladas. Con esto no se quiere decir que las líneas de acción tradicionales de la salud ambiental no sean útiles, sino que su posibilidad de impactar los determinantes sociales de la salud ambiental es muy limitada. La aplicación efectiva de un enfoque de determinantes llevaría necesariamente a replantear estas líneas en cuanto a su capacidad para brindar soluciones a largo plazo, más allá de ofrecer respuestas a problemas particulares de forma temporal. Es preciso que la salud ambiental de un giro hacia la prevención de los problemas, a través de la comprensión holística de los mismos en los contextos donde se producen.

Partiendo desde un enfoque de determinantes sociales también debe cuestionarse la idea aún bastante común que relaciona los comportamientos ambientales de las personas con su educa-

ción o “consciencia” ambiental. Son las condiciones sociales particulares las que determinan que los problemas se presenten de la forma en que lo hacen. No bastan entonces acciones de educación ambiental para solucionar asuntos que incluyen, en todas las zonas visitadas, la gestión administrativa de las instituciones y tomadores de decisión, la voluntad política de los gobiernos, y las condiciones estructurales de la sociedad colombiana, incluyendo la violencia, la desigualdad y la inequidad social. Este argumento replantea a su vez el énfasis en la gestión del riesgo¹² pensado como el manejo de las condiciones particulares a las que las personas y las comunidades se exponen. El enfoque de determinantes enseña que los riesgos no se distribuyen uniformemente en toda la población, sino que son ellos mismos un ejemplo de las desigualdades injustas perpetuadas por los factores estructurales ya señalados.

Acción intersectorial:

La acción intersectorial se convierte en un efecto lógico de comprender la salud ambiental desde un enfoque de determinantes. Como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud con respecto a la salud en general (Organización Mundial de la Salud, 2005), las intervenciones de salud ambiental sólo pueden mejorarla en un mínimo porcentaje. Es preciso entonces no sólo que todo el sector salud se involucre en la salud ambiental, ampliando el trabajo interdisciplinario, sino también que el sector ambiental trabaje de forma mancomunada con miras a impactar los determinantes intermedios y estructurales. Si bien en este sentido, por ejemplo, se ha avanzado en el país con la formulación de legislación conjunta (Organización Panamericana de la Salud, 2009, pp. 27-28) —es el caso del Decreto 1575 de 2007 “Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano”, firmado por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y el Ministerio de la Protección Social —, aún es mucho el camino por recorrer. En cuanto al sector ambiental y sus protagonistas principales a nivel local, las Corporaciones Autónomas, no sólo es cierta su limitada capacidad de acción, sino también su relativa invisibilidad a los ojos del sector salud. En este sentido el proceso de formulación del PDSP en el que trabajaron los pasantes es un ejemplo relevante: la salud ambiental se está dejando en manos del sector salud, el mismo que tradicionalmente ha perpetuado la dinámica de acciones inconexas que hemos identificado como improcedente e insostenible. Por otra parte, se desconoce el compromiso de los organismos del sector ambiental en cuanto a participar en estos espacios intersectoriales. Este es un tema de investigación factible para futuros trabajos, para que de esta manera se puedan complementar los resultados de este análisis que evalúa el trabajo intersectorial en materia ambiental desde las instituciones de salud a través del PDSP.

Enfoque de derechos y participación social:

La legislación colombiana reconoce el derecho de gozar de un medio ambiente sano como un derecho fundamental. En esta medida, el PDSP a través de su enfoque de derechos reconoce no sólo que los problemas ambientales generan efectos nocivos sobre las personas y la comunidad, sino que estos mismos problemas son la representación tangible de la violación a un derecho. Por esta vía debe reconocerse a la salud ambiental como un no negociable, una prioridad en sí

¹² El PDSP incluye la gestión del riesgo en su formulación como una más de las orientaciones estratégicas, indicando a su vez que su reto es “lograr una adecuada armonización de la perspectiva de gestión social del riesgo asumida en el contexto de protección social y la determinación social de la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011a, p. 35). Éste no se presentó en el marco teórico de este documento porque en el trabajo de campo no se le caracterizó como orientación estratégica y no se incluyó ni en las labores de socialización ni de análisis.

misma y una deuda social del Estado colombiano. La promoción de la salud ambiental debe, por lo tanto, encaminarse también hacia el reconocimiento y exigibilidad de estos derechos. Contar con un sistema de alcantarillado adecuado, por ejemplo, no puede seguir viéndose como un privilegio o como una muestra de excelencia del gobierno de turno, sino que debe entenderse como un mínimo al que todas las personas tienen derecho, y en esta medida, un servicio al que se accede también por la exigencia activa de la ciudadanía. De la misma forma, las acciones de salud ambiental deben comprenderse como parte integral de la responsabilidad estatal y los profesionales deben impulsar a las personas y comunidades para que estas activamente no permitan que esta deuda social siga ampliándose.

Este último argumento lleva a su vez a la importancia de la participación social. En el tema ambiental, tal participación debe ser promovida y acogida por todos los sectores involucrados. La participación, a su vez, no puede entenderse sólo en el marco de la recolección de información para la formulación del PDSP, sino en todo su desarrollo. Las comunidades conocen mejor sus problemas, incluidos los de salud ambiental, como puede concluirse de este documento, y de igual forma su participación es esencial para asegurar que las acciones se lleven a cabo de la forma adecuada. Por otra parte, sólo una comunidad empoderada puede transformar la manera en que la misma comunidad se relaciona con el medio ambiente. La participación social, a la vez que aumenta la exigencia de la ciudadanía, le devuelve parte de la responsabilidad sobre los problemas y sus causas, situación vital como puede entenderse del análisis cualitativo aquí presentado: participar implica controlar y exigir más de las instituciones, tanto como reconocer que los problemas también proceden de la comunidad.

Enfoque poblacional:

Este elemento conceptual del PDSP tiene la virtud de replantear la manera como se entienden los problemas de salud colectivos en términos ambientales, sociales y económicos. Aplicado a la salud ambiental implica que los problemas no pueden sólo circunscribirse a sus efectos en la salud de las personas, y no pueden sólo explicarse por la epidemiología o la demografía, sino que el análisis requiere ubicarlos en un contexto territorial donde lo social y lo ambiental aportan de forma equitativa. Sin duda este enfoque es una de las innovaciones más interesantes del PDSP en el marco de la salud pública en Colombia, pues de ser aplicado de forma coherente habría transformado incluso las labores de generación de insumos para su formulación. Desde un enfoque poblacional, los equipos de campo habrían tenido que reunir información no sólo de los problemas de salud desde la perspectiva de los actores, sino también datos de campo sobre las variables geográficas, ambientales, económicas y sociales respectivas. De esa manera, los instrumentos, por ejemplo, habrían tenido que hacer también un perfil de lo que hace la gente para ganar su sustento, indagando a su vez cómo las personas entienden su territorio y medio ambiente, y caracterizando los aspectos sociales más relevantes de cada contexto.

La salud ambiental en la práctica de la generación de insumos para la formulación del PDSP.

Hasta el momento puede concluirse que el marco conceptual del PDSP ofrece una manera de entender las relaciones entre el medio ambiente y la salud de forma holística y compleja. Sin embargo, su puesta en práctica, al menos en la etapa de formulación, no logra materializar los conceptos para obtener una información de los actores que sea coincidente con sus intenciones iniciales. Los factores que producen esta diferencia entre lo planificado y lo realizado pueden enumerarse de la siguiente manera desde la salud ambiental:

- Las dimensiones prioritarias son definiciones operativas destinadas a facilitar la operación en los territorios y a organizar la recolección de información a partir de una priorización inicial. Esto hace que las dimensiones no sean es sí mismas divisiones de la realidad que se quiere considerar. Ya se ha dicho en este documento que la salud ambiental es transversal en el marco conceptual del PDSP, sin embargo, cuando ésta encuentra un lugar como dimensión prioritaria hace que los gestores externos en los equipos interdisciplinarios la entiendan como una realidad separada de otras dimensiones. Cuando se evalúan los resultados de las mesas en términos de dimensiones diferentes a la salud ambiental o de desafíos para la salud pública, ésta brilla por su ausencia, aún cuando se está hablando, por ejemplo, de la emergencia de enfermedades transmitidas por vector o cuando se está encarando el desafío de la metropolización. Paradójicamente, dar un lugar especial a la salud ambiental como dimensión prioritaria la aísla de nuevo del resto de dimensiones a través de las cuales se piensa la salud como un todo. Así, los problemas serán documentados en los mismos términos y las intervenciones continuarán dándose de forma desarticulada.
- Aún más importante que la reducción descrita en el punto anterior, la definición de los componentes de la salud pública inmersos en la dimensión (hábitat saludable; calidad del aire, el agua y saneamiento básico, y seguridad química) reducen aún más lo que en el marco conceptual del PDSP es una realidad amplia y compleja. Es muy difícil para el gestor externo y para el actor en las actividades entender al “ser humano como un integrante más de los ecosistemas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012d, pp. 18-19), si se tiene una imagen tan reducida de la salud ambiental a través de sus componentes. Evidentemente puede argumentarse que fenómenos como el cambio climático pueden entrar en un componente como “la calidad del aire, el agua y saneamiento básico”, pero basta un examen detallado para apreciar lo improcedente del argumento. Por el contrario, los componentes no sólo reducen la salud ambiental, sino que la reducen precisamente a esa concepción de salud ambiental propia de la salud pública que, ya lo hemos dicho, hace que en la práctica ésta se convierta en acciones para mejorar el hábitat, la calidad del aire, el agua y el saneamiento básico, y controlar los riesgos químicos, el mismo tipo de acciones que ya hoy se llevan a cabo y que han demostrado estar excesivamente comprometidos con la solución de problemas sin un enfoque preventivo ni promocional.
- En este sentido los argumentos que llevan al PDSP a considerar la salud ambiental como una dimensión prioritaria son más que reveladores. La salud ambiental es entendida sólo en relación con la salud humana—contrario, por ello, a pensar el ser humano como “*un integrante más*” de los ecosistemas, y por lo tanto incongruente con el mismo PDSP—, sin una perspectiva que incluya también la salud de los ecosistemas desde una perspectiva ambiental. Como ya se indicó en el marco teórico, todos los argumentos técnicos por los cuales se considera prioritaria a la salud ambiental están referidos a la carga de la enfermedad relativa a problemas ambientales, lo que desestima de entrada una serie importante de problemas ambientales sobre los cuales aún no se puede establecer una relación directa con algún efecto sobre la salud—lo que es a su vez incongruente con la definición de salud del PDSP, pues centra de nuevo la atención sobre la enfermedad como única manera de comprenderla— y hace al PDSP ciego a los efectos ambientales de los problemas. Esto es además preocupante en un país donde se estima que el costo social y económico del daño ambiental equivale al 2,8 % del PIB (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2008), sin contar el costo ambiental que este mismo implica. Por otra parte, los documentos del PDSP no especifican los argumen-

tos relativos al “grado de consenso social-participación” y a las “demandas de grupos de interés y compromisos” que justifican la elección de la salud ambiental como dimensión prioritaria, lo que no permite entender el marco político que justifica dicha inclusión.

- Comprender la salud ambiental como mucho más que la relación entre medio ambiente y salud humana tendría a su vez otra consecuencia diferente a la de ampliar la visión de la misma: implicaría incluir con mayor preponderancia profesionales de otras disciplinas, incluida la Ingeniería Ambiental, no sólo al trabajo en líneas de intervención específicas, sino sobre todo en el análisis global de la situación de salud y salud ambiental en todos los niveles. A su vez implicaría que la salud pública se apropie con mayor consistencia de herramientas conceptuales y metodológicas provenientes de estas disciplinas.
- La salud ambiental es entendida en el PDSP también como un determinante de tipo estructural, intermedio y singular. En este sentido, y debido a que se convirtió a la salud ambiental en una dimensión, es poco lo que los profesionales en terreno pudieron indagar, pues ni siquiera todos los aspectos de la salud ambiental como determinante fueron consistentes y sistemáticamente contemplados (ver marco teórico, Figura 5). Pensar la salud ambiental como determinante implica que en todos los problemas de salud registrados debió explorarse cómo el medio ambiente influía sobre ellos. En cuanto a los problemas ambientales, hacer uso de una metodología centrada en los determinantes habría permitido ver cómo éstos problemas se relacionan con otros determinantes (sociales, económicos, demográficos, culturales, etc.), ofreciendo una visión más holística de los mismos. Desafortunadamente las herramientas de generación de información no fueron elaboradas con este propósito.
- De la misma forma el enfoque poblacional tal como es conceptualizado por el PDSP no fue utilizado en las labores de recolección de información y análisis inicial por los equipos en el terreno. Ya se mencionó que los documentos ASIS no incluyeron la información relevante, como tampoco se hizo con los actores una discusión sobre la población y el territorio en los términos que incluye el enfoque.

De esta manera puede concluirse con respecto al papel de la salud ambiental en el PDSP, que si bien desde un punto de vista conceptual el PDSP parecía superar las limitaciones de una mirada estrecha sobre la salud y el medio ambiente, en la práctica se presentan múltiples incongruencias que reducen de nuevo la salud ambiental a intervenciones sobre problemas particulares altamente descontextualizadas y desarticuladas. La generación de insumos para la formulación del PDSP requería enlazar los enfoques y las orientaciones estratégicas en salud pública a las problemáticas en materia de salud ambiental, pero esto no se logró, en gran parte porque se le dio a la salud ambiental un lugar como dimensión de la salud en general, equiparándola con otras dimensiones, por ejemplo, la salud sexual y reproductiva o las enfermedades transmisibles. Desde una perspectiva conceptual, al menos en su marco teórico, la salud ambiental en el PDSP supera con creces el papel de dimensión prioritaria, en lo operativo sin embargo se restringe nuevamente a los componentes de esa dimensión, una vez más el mejoramiento del hábitat y saneamiento básico, y la prevención de los riesgos de la exposición a sustancias químicas; brindando un panorama no muy optimista sobre lo que puedan ser las acciones de salud ambiental en los próximos diez años en el país.

6.2 PROCESO DE GENERACIÓN DE INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PDSP 2012-2021

Las inconsistencias entre el marco conceptual del PDSP en materia de salud ambiental evidentemente se materializan en el proceso de generación de insumos para su formulación. A continuación se profundizará en la discusión de algunos elementos del proceso de generación de insumos que revisten especial relevancia para esta conclusión.

Débil participación ambiental.

Gracias al análisis propuesto en este documento (ver sección 5) se puede concluir que la participación de actores comunitarios e institucionales familiarizados ampliamente con el tema ambiental es una de las principales falencias del proceso en su conjunto. A su vez, ya se ha mostrado cómo esta incipiente participación no obedece a factores geográficos o a características de las zonales—en cuanto a población rural o urbana—, y que por ende sólo pueden, hasta el momento, achacarse a problemas de convocatoria y movilización.

El caso es que el mismo PDSP dejó en gran medida esta tarea a las mismas dinámicas participativas, sin tener en cuenta las características y falencias de éstas en lo local. Como los mismos documentos lo explican:

Es necesario que las organizaciones sociales, los grupos comunitarios, los grupos poblacionales; étnicos, Lgbti (sic), sectores gremiales y empresariales, dinamicen *por ellos* mismos el proceso de *esta Convocatoria* con protagonismo social. Esto significa apropiarse de un trabajo para la elaboración de las propuestas a ser incluidas en el PDSP (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a, p. 5)¹³

La gran pregunta es si las organizaciones sociales tienen la capacidad para dar cuenta de esta responsabilidad, máxime en zonas del país donde la participación social en su conjunto ha sido golpeada por fenómenos como la violencia. El caso es que la estrategia diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social en este sentido no dio los resultados esperados, lo que se traduce en la variabilidad en la participación documentada en este informe.

Si este problema puede documentarse en cuanto a la participación ambiental es también factible hacerlo con respecto a la participación de otros tipos de organizaciones, instituciones y tomadores de decisión. Por ejemplo, el proceso del PDSP esperaba que en la segunda sesión participaran:

(...) instituciones de todos los sectores además del sector salud, como planeación, educación, infraestructura, gremios, IPS, EPS, industria, empleo, seguridad ciudadana, servicios públicos, ambiente, vivienda, seguridad alimentaria, desarrollo social, protección social, tránsito, etc. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a, p. 10)

Si bien el análisis aquí incluido no tiene esa amplitud, si puede concluirse por la experiencia de los pasantes en la segunda sesión de las 14 zonales, que nunca se registró tal variedad institucional.

¹³ El subrayado procede del original.

Este problema de convocatoria y movilización previa se veía amplificado con el proceso de convocatoria en las zonales ya en el marco de las actividades de campo. La metodología indirecta empleada, si bien acorde con los reducidos tiempos de los equipos, anudaba la asistencia de los actores a la acción gubernamental de alcaldes y secretarios de salud. Como resultado se contó con una participación restringida, en el mejor de los casos, a actores más familiarizados con el sector salud y sus problemáticas.

El sector ambiental no se hizo de esta manera presente, cuestionando los mismos objetivos de todo el ejercicio. No es que los actores tomadores de decisión, por ejemplo, que participaron no conocieran las problemáticas de salud ambiental, sino que por su cercanía con el sector salud lo más probable es que su injerencia en las acciones ambientales sea limitada y su perspectiva sobre la relación medio ambiente y salud sea estrecha y restringida a cómo el medio ambiente genera efectos sobre la salud humana. La contradicción, en el terreno, entre el marco conceptual del PDSP que defiende y promueve la acción intersectorial es así concluyente. Desafortunadamente, y a pesar de los avances conceptuales descritos, la planificación en salud en Colombia se sigue haciendo sólo desde el sector salud, con las consecuencias previsibles de acuerdo con lo ampliamente discutido en este documento.

La propuesta metodológica tampoco incluyó alternativas para que la generación de información pudiera adecuarse a estos problemas de participación. Sin duda habría sido mejor dar más flexibilidad metodológica para obtener información intersectorial completa, que limitarse a realizar la misma estructura de tres sesiones en todos los puntos cardinales del país. La medida en que estas claras deficiencias de participación restan legitimidad al ejercicio del PDSP debe ser materia de análisis para todos los interesados en la salud pública nacional.

La articulación con el sector ambiental debió iniciarse a nivel de los mismos ministerios. En Colombia, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, es el ente rector en materia de medio ambiente, de recursos naturales renovables y de vivienda, por lo que debió recibir un rol en las tareas de cara a formular un plan decenal de salud pública para Colombia. La crítica, evidentemente, también recae sobre este ministerio, pues el sector ambiental en Colombia también debe ampliar sus esfuerzos en materia de trabajo intersectorial. Debe recordarse que las tareas del Ministerio del Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, actualmente Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, incluyen:

(...) contribuir y promover el desarrollo sostenible a través de la formulación y adopción de las políticas, planes, programas, proyectos y regulación en materia ambiental, recursos naturales renovables, uso del suelo, ordenamiento territorial, agua potable y saneamiento básico y ambiental, desarrollo territorial y urbano, así como en materia habitacional integral (Organización Panamericana de la Salud, 2009, p. 28).

A nivel territorial debió contemplarse la participación de las Corporaciones Autónomas Regionales y Urbanas, que tampoco estuvieron presentes, como pudo registrarse en el análisis propuesto en este documento.

Limitadas oportunidades de adaptación metodológica a realidades locales

Ya se ha mencionado cómo la metodología del PDSP en su proceso de generación de insumos no incluyó opciones para responder a las dinámicas de participación locales. De la misma forma, los pasantes se enfrentaron a un marco restringido para sus propuestas desde la Ingeniería Ambiental, en lo referente, especialmente al lugar que ocupaba en la práctica la salud ambiental

en el marco del PDSP y al levantamiento de otros tipos de información—cualitativa y cuantitativa— para describir y analizar los problemas identificados. Esto no fue limitante, sin embargo, para que realizaran visitas de campo a diversos escenarios, muchas veces invitados por los mismos actores y no por iniciativa del equipo interdisciplinario, y para que esa información directa encontrara un espacio en las discusiones en las mesas y en el análisis inicial en equipo en las zonales. En este sentido, deben tenerse en cuenta las visitas realizadas a diferentes escenarios, en las cuales los pasantes pudieron observar de primera mano muchas de las problemáticas de salud ambiental identificadas por los actores (Ver Figura 29 y fotografías).

Metodológicamente hablando, las acciones de recolección de información no incluyeron sistemática y explícitamente formas de optimizar la presencia de los profesionales en terreno. Estrictamente, las reuniones zonales hubieran podido realizarse en cualquier ciudad con la condición que los actores fueran transportados hasta estas locaciones, pues ninguna metodología aprovechó que los equipos contaban con profesionales capaces de registrar información en el terreno más allá de mediante las discusiones en las mesas y plenarias. En este informe se contempla la experiencia en el terreno de los pasantes en el análisis cualitativo presentado en la Figura 60.

Otros elementos relacionados con el proceso.

En el trabajo de campo se hicieron palpables a su vez otros elementos que deben ser tenidos en cuenta en esta discusión. A continuación se enumeran y explican.

- El tiempo para la recolección de información por zonal era evidentemente muy limitado.
- Si bien se contó con una fase de preparación conceptual y metodológica, para el ejercicio adecuado de tal cantidad de herramientas habría sido provechoso implementar un trabajo piloto para cada equipo interdisciplinario. No es gratuito que los problemas más importantes en cuanto a calidad de información se presenten en las fuentes provenientes del trabajo de campo en las primeras dos zonales (ver Figura 36).
- Vale la pena también cuestionar la elección de la zonal como la mejor forma de territorializar las acciones. Como ya se mencionó, el argumento central para esta elección fue la facilidad de acceso entre municipios (ver sección 4.2.1), lo que hace que como unidad analítica ofrezca pocas posibilidades. Los municipios pudieron agruparse de acuerdo con sus características demográficas, ambientales o socioculturales. De igual forma, los encuentros se realizaron en sólo un municipio de cada zonal, contando con participación mayoritaria de actores del municipio receptor. Esto puede invisibilizar realidades en salud en aquellos municipios distantes aún en el contexto de cada zonal. Finalmente, la consideración de las zonales para realizar las acciones impide que éstas se adecuen a las características diferenciales de las mismas, incluso en cuanto a densidad poblacional. Una zonal como Norte Centro-Histórico, por ejemplo, debió recibir más grupos de 3 sesiones porque concentra más población al incluir a la ciudad de Barranquilla, abriéndose así a la participación de más población.

6.3 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS EN SALUD AMBIENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES.

Las fuentes utilizadas y las características de la información

A pesar de las limitaciones en cuanto al tiempo en las labores de recolección de información, la cantidad de datos recopilados fue bastante grande. Desafortunadamente para este análisis no se pudo contar con la información en sus fuentes inmediatas (los instrumentos diligenciados durante las sesiones), sino que éste se hizo a partir del proceso inicial de sistematización (ver sección 5.1). Contar con las transcripciones de las intervenciones—propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social y Unidecenal— podría solucionar los problemas encontrados en las fuentes utilizadas y descritos en su momento en este documento (Figura 36).

El carácter descriptivo del análisis que permiten los datos no debe ser considerado como una debilidad o un vacío, pues la metodología debe ser siempre contemplada según los objetivos para los cuales se utiliza. En ese sentido, el tipo de investigación cualitativa utilizado por el proceso de formulación del PDSP cumple con sus objetivos en cuanto permite un análisis de la situación de salud ambiental de las zonales desde la perspectiva de los actores.

Análisis de la situación de salud ambiental desde la perspectiva de los actores.

Si bien en el cuerpo del texto se ha avanzado en la discusión de los resultados obtenidos, a continuación se retoman los principales argumentos para cada uno de los elementos contemplados:

Como puede concluirse del análisis propuesto, la participación total de comunidad, instituciones y tomadores de decisión fue muy variable en las zonales contempladas, siendo especialmente pobre en cuanto a participación de actores pertenecientes a organizaciones e instituciones ambientales. De la misma forma, no se contó con tomadores de decisión del sector ambiental, haciendo que el ejercicio intersectorial perdiera su capacidad de ofrecer perspectivas y soluciones adecuadas para los problemas contemplados, y dejando al PDSP en una difícil posición para organizar y dirigir el trabajo conjunto de actores e instituciones en el tema ambiental. Las razones detrás de los problemas de participación identificados sólo pueden ser imputadas al proceso de movilización y convocatoria previo a la generación de insumos para la formulación del PDSP. Por otra parte, metodológicamente hablando, el proceso del PDSP no ofreció una serie de estrategias alternativas para acceder a la información en terreno y tampoco delimitó un número inferior de participación.

Todos estos problemas pudieron evitarse haciendo un mayor énfasis a las labores de preparación para las sesiones de recolección de información. Debieron considerarse tiempos más amplios, con una fase activa inicial de descripción de los actores potencialmente importantes para el PDSP—lo que activamente se hizo pero posterior a las sesiones—, elaboración de bases de datos detalladas y actualizadas de organizaciones e instituciones relevante, y convocatoria activa y dirigida a los actores. Cuando los equipos llegaban a los municipios a los encuentros zonales ya era demasiado tarde para solucionar estos problemas, aún con la mejor disposición de los profesionales y técnicos involucrados.

En cuanto al análisis de los servicios de salud ambiental y el Plan Territorial de Salud Pública 2007-2010, se puede constatar que los actores comunitarios identifican aquellas acciones que les afectan directamente, sin reconocer como propios de estos servicios y del PTSP 2007-2010 aquellas acciones enmarcadas en la organización y gestión de la salud ambiental. Esto permite concluir que aún en Colombia la comunidad percibe la salud pública y la salud ambiental como receptores relativamente pasivos de acciones, y no como un campo donde su propia acción de exigibilidad de derechos puede generar cambios en su calidad de vida y bienestar. Desafortunadamente, como ya se expuso, es posible que el PDSP tampoco pueda generar las transformaciones necesarias en este sentido a pesar de sus evidentes novedades y logros conceptuales.

La identificación de vacíos, soluciones y compromisos permite evidenciar que los actores comunitarios e institucionales son conscientes de los graves problemas de acceso a los servicios más básicos. Desafortunadamente debe concluirse que en la región Caribe la tarea en salud ambiental sigue siendo el asegurar un mínimo de condiciones vitales adecuadas para las personas y las comunidades. Colombia está así muy lejos de asegurar el gozo efectivo de los derechos más básicos. Esto imposibilita pensar y reconocer la prioridad de problemas ambientales graves para todos los actores. Mientras continúe sin solucionarse lo urgente es imposible pasar a solucionar lo importante.

Sin embargo, no debe pensarse que los actores comunitarios e institucionales no están informados sobre problemas como el calentamiento global, la pérdida de la diversidad, y el daño medioambiental a los ecosistemas locales. El análisis cualitativo permite ver la profundidad que los actores tienen en cuanto a su percepción del medio ambiente de forma holística, si bien, una vez más, estos problemas en lo local están irremediablemente relacionados con la ausencia de las condiciones ambientales más básicas para las personas y las comunidades.

Finalmente, es claro que la participación, movilización social y acción intersectorial en salud ambiental es pobre y no reconocida por los actores. Por esto se considera una tarea pendiente aunque los tomadores de decisión no ofrecieron compromisos en este sentido.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE EL PROCESO DE GENERACIÓN DE INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PDSP

Sobre el papel de la salud ambiental en el PDSP 2012-2021 puede concluirse:

- Conceptualmente la salud ambiental es transversal a todos los componentes del PDSP.
- El PDSP desde su propuesta teórica y conceptual puede transformar la dinámica propia de la salud pública en Colombia que hace que las acciones de salud ambiental sean restringidas a intervenciones desarticuladas.
- En la medida en que el PDSP define sus condiciones metodológicas y prácticas reduce el concepto de salud ambiental, primero al delimitarla en una dimensión prioritaria, y segundo al definir unos componentes que perpetúan la dinámica descrita en la conclusión anterior.
- La salud ambiental pasa así de ser entendida de forma compleja y holística a reducirse a hábitat, calidad del aire, agua y saneamiento básico, y control de riesgo frente a sustancias químicas.
- Las metodologías empleadas en el proceso de generación de insumos para el PDSP con respecto a la salud ambiental materializan la reducción conceptual descrita.
- Los tiempos no fueron acordes con el tipo de metodologías empleadas.
- No hay coherencia teórico práctica entre enfoques como el de determinantes y el poblacional, y la puesta en marcha de la recolección de información para la formulación del PDSP.

Sobre el proceso de generación de insumos para la formulación del PDSP puede concluirse:

- Más allá de las críticas expuestas en este documento, el proceso del PDSP significa un gran cambio positivo para la planificación en salud en el país por: su largo alcance en términos temporales, lo que permite establecer metas más ambiciosas en términos de salud y desligar las acciones en el marco del PDSP de las variaciones políticas dadas por los cambios de gobierno; refleja cómo el sector salud implementa un sistema de participación social que involucra de forma creciente a más actores, tanto comunitarios como institucionales; considera las diferencias y particularidades locales de cada población, lo que le da un enfoque descentralizado; da pautas al trabajo de otros sectores para seguir planificando de esta manera; muestra un avance en materia de intersectorialidad e interdisciplinariedad.
- La falencia más grave del mismo se presentó en la convocatoria y movilización previa al inicio de las actividades de recolección de información. A su vez ofrecieron dificultades para incluir perspectivas disciplinares diversas.
- Las metodologías de generación de insumos no contemplaron alternativas para adaptarse al escenario local, particularmente en cuanto a la convocatoria y participación de actores.
- El diseño metodológico no especifica la manera en que gran parte de la información cualitativa va a ser procesada y analizada.
- La elección de la zonal como unidad para realizar el trabajo de campo obedeció sólo a argumentos prácticos, sin considerar unificar a través de las zonales municipios con características similares (sociales, demográficas, económicas, etc.).

- Los tiempos para la realización de las actividades fueron muy limitados.
- No se diseñaron estrategias para aprovechar la presencia de los profesionales en los territorios, obteniendo, por ejemplo, información desde la perspectiva profesional de primera mano sobre los problemas para ser contrastada con las discusiones en las mesas.
- En cuanto a la recolección de información de los actores las metodologías cumplieron con su propósito, ofreciendo un panorama de la forma como éstos entienden y priorizan sus problemas de salud.
- No puede establecerse la manera en que las actividades de socialización previa a la recolección de información modificaron las intervenciones de los asistentes.
- La información recopilada es en su mayoría consistente con los objetivos planteados por la metodología del PDSP. Los vacíos más importantes se presentan en la información de las zonales donde se desarrolló el trabajo de campo en primera instancia, debido a que los profesionales no tuvieron la oportunidad de familiarizarse con las herramientas en un escenario real antes de iniciar la recolección de información.
- A pesar de la limitación de tiempos los equipos interdisciplinarios efectuaron labores de análisis inicial en el terreno que dan cuenta de la información documentada de forma adecuada y a profundidad.
- La fuente de información con más variabilidad en cuanto a contenidos y alcances fue el documento ASIS para cada zonal por las limitaciones en la información epidemiológica disponible en el terreno.
- A pesar de las diferencias entre zonales pueden hacerse comparaciones entre la información relevante documentada en campo.

A partir del análisis del proceso de generación de insumos para la formulación del PDSP pueden hacerse las siguientes recomendaciones para ejercicios similares subsiguientes:

- La mejor manera de evitar la reducción conceptual es tratar a la salud ambiental siempre como un determinante social de carácter estructural, intermedio y singular. De esta manera es factible indagar sobre su participación en todas las problemáticas de salud pública y establecer relaciones entre la salud ambiental y otros determinantes similares. Esto exige además considerar a la salud ambiental como transversal en todas las discusiones, sin reducirla a un tema particular de la salud pública bajo la etiqueta de dimensión prioritaria.
- Aún es factible hacer el análisis en estos términos siempre y cuando se recurra a las discusiones en las mesas y se analicen las intervenciones de esta manera, resaltando así no sólo la salud ambiental como problemáticas puntuales, sino como un factor que determina la salud en general de la población.
- Un proceso tan importante como la formulación de un plan de salud pública para Colombia a diez años debe considerar tiempos más prolongados de recolección de información, asegurar la participación de todos los sectores iniciando la movilización desde el gobierno central, y contar con metodologías mixtas que permitan acercarse a las realidades en salud pública y ambiental desde múltiples miradas.
- No basta con contar con una perspectiva holística de la relación medio ambiente y salud si ésta no puede materializarse en las herramientas metodológicas empleadas, pues la información documentada continuará circunscribiéndose a la mirada estrecha que hemos descrito como propia de la salud pública en Colombia con respecto a la salud ambiental.

- Para ejercicios de este tipo es indispensable que los profesionales se familiaricen con las herramientas metodológicas en escenario reales, para la cual debe contemplarse siempre un periodo piloto en campo.
- La preparación conceptual de iniciativas como el PDSP debe contar activamente con la participación de otros sectores y perspectivas disciplinares.
- Debe establecerse en detalle la manera en que se procesará la información.
- Es comprensible que el proceso de generación de insumos para el PDSP haya establecido una unidad metodológica por su necesidad de generar información comparable en una amplia variedad de escenarios, documentada por gestores externos. Sin embargo, en el diseño es necesario incluir alternativas para asegurarse, precisamente, de obtener la información relevante de la forma en que se espera a pesar de los problemas que puedan encontrarse en el terreno.

7.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA SITUACIÓN DE SALUD AMBIENTAL DESCRITA A TRAVÉS DE LOS ACTORES

De acuerdo con el análisis propuesto en este documento por los pasantes puede caracterizarse la situación de salud ambiental en las zonales de la siguiente manera:

- Los problemas de salud ambiental de las zonales estudiadas son graves y representan una clara inequidad en salud.
- Existe una brecha indiscutible en materia de acceso a servicios básicos de calidad, incluyendo alcantarillado, agua potable, manejo de residuos sólidos, control de vectores y plagas, y tratamiento de aguas.
- La deuda social del Estado colombiano en la materia está muy lejos de cerrarse.
- La inversión estatal se concentra en los grandes cascos urbanos y zonas turísticas, aumentando las inequidades propias de la situación de salud ambiental de las zonales estudiadas.
- Los actores comunitarios e institucionales coinciden en dar la mayor prioridad a estos problemas de acceso a servicios básicos.
- Si bien los compromisos de los tomadores de decisión también coinciden con la priorización de problemáticas, las debilidades en la gestión gubernamental y el trabajo intersectorial hacen que estos compromisos luzcan como poco prometedores de cara a solucionar los problemas e inequidades apremiantes en las zonales estudiadas.
- Las acciones de salud ambiental que afectan directamente a los actores comunitarios son las predominantemente reconocidas por estos, de donde se deduce que las actividades de promoción y gestión ambiental no son visibles.
- La acción en salud ambiental tiene claras limitaciones en cuanto a intersectorialidad y participación social y comunitaria.
- Los actores comunitarios aún se reconocen sólo como receptores de las intervenciones.
- El derecho a la salud y a gozar de un medio ambiente sano no es activamente exigido en las zonales estudiadas.
- Los actores institucionales reconocen y priorizan un rango más amplio de problemas de salud ambiental. Esto demuestra una asimetría de la información, la cual se instaura como un obstáculo para la participación.
- En la medida en que no se solucionen las brechas más graves y referidas a los servicios más básicos es poco probable que las comunidades exijan y promuevan la solución de problemas ambientales también urgentes pero no reconocidos ampliamente.

- Los actores comunitarios e institucionales comprenden de forma compleja sus problemas de salud ambiental, estableciendo relaciones con una amplia gama de otras problemáticas, incluyendo la gestión gubernamental, la inequidad social, la pobreza y la exclusión. Sin embargo, mientras persistan sin solucionarse los temas más básicos a nivel de calidad de vida y salud ambiental es poco probable que temas importantes adquieran la relevancia justa para todos los actores.
- No existen compromisos o propuestas que permitan a los actores comunitarios asumir una mayor responsabilidad en la solución de sus problemas de salud ambientales.
- Desde la perspectiva de los actores es necesario aumentar tanto los recursos destinados a la salud pública como la vigilancia sobre estos.

Con respecto a la situación de salud ambiental desde la perspectiva de los actores y el análisis propuesto en este documento pueden ofrecerse las siguientes recomendaciones:

- Responder a la deuda social evidenciada es una tarea Estatal que requiere del compromiso intersectorial. La prioridad de respuesta debe asumirse como política de Estado y requiere de las herramientas para que se pueda cumplir.
- Colombia goza de marcos amplios de legislación ambiental pero éstos no se hacen cumplir. La mejor forma de solucionar esta problemática es a través del fortalecimiento de la participación social, derecho y deber de todos los actores, haciendo de la salud y la salud ambiental un tema de todas las personas e instituciones.
- Es urgente, por lo tanto, ampliar las acciones y la visibilidad de la gestión ambiental y las participación social en todas las zonales estudiadas. Tan urgente como la solución de la deuda social documentada es promover la participación social y empoderar a las comunidades en los temas de salud ambiental.
- El análisis aquí propuesto es una demostración de las capacidades de la investigación cualitativa para describir los fenómenos de forma holística. Las conclusiones más relevantes pueden ser ahora abordadas desde una perspectiva cuantitativa para ampliar su comprensión en términos causales.

7.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LA PASANTÍA

Conclusiones como pasantes en Unidecenal:

- Se concluye de la pasantía que gracias al trabajo desarrollado en la Unión Temporal Unidecenal se aportó al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, desde la visión de la Ingeniería Ambiental de la siguiente manera: realizar un trabajo de campo que integra un componente comunitario y social; en el componente técnico de esta profesión, pues la visión de la ECCI está orientada hacia al trabajo en áreas como edafología, calidad de agua, calidad del aire, entre otras; comprendiendo al ser humano, principal factor generador y doliente de las consecuencias de la falta de conciencia ambiental. Se puede afirmar de esta manera que se tuvo una visión holística, no solamente al ejecutar las tareas asignadas como pasantes, sino también al integrar al sistema de la Ingeniería Ambiental el componente comunitario.
- El proceso de ejecución del periodo de pasantía en Unidecenal ha representado un complemento preciso para la educación obtenida en la ECCI, debido a que le ha permitido a los pasantes aumentar su experiencia laboral, conocer el contexto en campo de la Ingeniería Ambiental y obtener una visión más amplia acerca de las actitudes que se deben tomar en una organización.

- Todas las actividades anteriormente expuestas se han cumplido satisfactoriamente, por ello se puede enfatizar que el proceso de pasantía ha sido provechoso al máximo para todos los entes involucrados: la institución educativa, cuya visión se ha cumplido un vez más, el alumno que ahora pasa a ser mano de obra capacitada y de calidad, y Unidececal por haber obtenido los servicios y aportes del pasante.

Recomendaciones a la ECCI.

- Ofrecer perspectivas más amplias a los estudiantes acerca del campo laboral para que posean una base cada vez más firme y de esta manera puedan adaptarse rápidamente al ámbito de trabajo.
- Dedicarse a brindar mayor cantidad y calidad de conocimientos tecnológicos y científicos que hagan las veces de soporte y cultura general para la autonomía de los alumnos.
- Mantenerse a la vanguardia en cuanto a las nuevas metodologías conforme a la especialidad, impartiendo tendencias más actuales en cuanto a variedad en herramientas metodológicas, análisis de información, entre otros.

A la organización Unión Temporal Unidececal

- ❖ Seguir ofreciendo oportunidades de capacitación de mano de obra a los alumnos de las instituciones del país, por medio del proceso de pasantías.
- ❖ Permitir que los colaboradores contratados ejerzan sus disciplinas a partir de mejora en las metodologías empleadas y opiniones profesionales, de esta forma se optimiza la labor contratada de diversas áreas de estudio.

8. REFERENCIAS

- Alcaldía Carmen de Bolívar. (12 de Septiembre de 2012). *Carmen de Bolívar. El buen gobierno en marcha*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.elcarmen-bolivar.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia>
- Alcaldía de Baranoa Atlántico. (2012 de Noviembre de 2012). *Baranoa. Juntos por Baranoa*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.baranoa-atlantico.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Ciénaga Magdalena. (23 de Noviembre de 2012). *Ciénaga. De la mano con el pueblo*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.cienaga-magdalena.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Corozal Sucre. (25 de Mayo de 2012). *Corozal, con Dios y el Pueblo unido siempre saldremos adelante*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2012, de <http://www.corozal-sucre.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia>
- Alcaldía de Coveñas. (22 de Noviembre de 2012). *Coveñas, unidos es el camino*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.covenas-sucre.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Juan de Acosta Atlántico. (19 de Agosto de 2012). *Juan de Acosta, para generar cambio*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.juandeacosta-atlantico.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia>
- Alcaldía de Malambo Atlántico. (20 de Noviembre de 2012). *Malambo. Un mejor Malambo es posible*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.malambo-atlantico.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Manaure La Guajira. (28 de Mayo de 2012). *Manarure. Gobierno visionario y emprendedor*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.manaure-laguajira.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia>
- Alcaldía de Pivijay Magdalena. (19 de Noviembre de 2012). *Pivijay, construyendo futuro y prosteridad para todos*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.pivijay-magdalena.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Ponedera Atlántico. (31 de Octubre de 2012). *Ponedera, juntos por el presente y futuro de nuestro pueblo*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.ponedera-atlantico.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia>
- Alcaldía de Riohacha La Guajira. (22 de Noviembre de 2012). *Riohacha, es momento de gobernar*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.riohacha-laguajira.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Sabanagrande Atlántico. (21 de Noviembre de 2012). *Sabanagrande, presente de realidades*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.sabanagrande-atlantico.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=I-xx-1->
- Alcaldía de Sabanalarga Atlántico. (22 de Noviembre de 2012). *Sabanalarga, ahora le toca al pueblo*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.sabanalarga-atlantico.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Sabanalarga. (22 de Noviembre de 2012). *Sabanalarga, ahora le toca al pueblo*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.sabanalarga-atlantico.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Santa Marta Magdalena. (2012 de Agosto de 2012). *Santa Marta, equidad para todos*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, de <http://www.santamarta-magdalena.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia>

- Alcaldía de Santiago de Tolú Sucre. (21 de Noviembre de 2012). *Santiago de Tolú, oportunidad para todos*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2012, de <http://santiagodetolu-sucre.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía de Sincelejo Sucre. (23 de Noviembre de 2012). *Sincelejo, un alto compromiso*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.sincelejo-sucre.gov.co/index.shtml>
- Alcaldía Distrital de Barranquilla. (23 de Noviembre de 2012). *Barranquilla sigue adelante*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.barranquilla.gov.co/>
- Así vamos en Salud. Seguimiento al Sector Salud en Colombia. (2012). *Indicadores. Estado de Salud. Enfermedad Diarreica Aguda*. Recuperado el 2012 de Noviembre de 11, de <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/12>
- Celedón, R. (2012). *Plan de Desarrollo 2012-2015. Municipio de Baranoa*. Baranoa: Alcaldía municipal.
- Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Informe Final: Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2008). *CONPES 3550. Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental. Con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Decreto 4741 de 2005. Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral. Diciembre 30 de 2005. DO N° 46137 .
- Decreto 475 de 1998. Por el cual se expiden normas técnicas de calidad del agua potable. Marzo 10 de 1998. DO N° 43259.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (17 de Abril de 2012). Boletín de prensa: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011. págs. 1-42.
- Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Taller para la elaboración de árboles de problemas y de objetivos*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2012, de <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=YG5y3Hg89k8%3D&tabid=379>
- Gálvez, R., Sierra, A., Gómez, M., Fernández, L., Salleras, J., Cueto, L., y otros. (2002). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Mason.
- Gil Flores, J. (1993). La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza & Teaching: Revista interuniversitaria de didáctica* (10-11), 199-214.
- Gómez, R. D., Rodríguez Ospina, F. L., & Congote Espinosa, J. (2010). Morbilidad atendida. En Ministerio de la Protección Social, *Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002-2007. Tomo III* (págs. 99-124). Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Ibañez Marti, C. (22 de Febrero de 2008). *Estudios epidemiológicos: generalidades*. Recuperado el 2012 de Noviembre de 10, de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/02/22/85165
- Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007. D.O. N° 46506.
- Ley 136 de 1994. Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios. Junio 2 de 1994. D.O. N° 41.377.

Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Diciembre 21 de 2001. D.O.Nº 44654.

Mendivi, O. (2011). La prestación del servicio 'público' de energía eléctrica en la Costa Caribe. La cónica práctica empresarial del Grupo Unión Fenosa. *Desde Abajo*. 21 de Mayo de 2011.

Mendoza, P. R. (2006). *Investigación cualitativa y cuantitativa - Diferencias y limitaciones*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa.shtml>

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. (s.f.). *Enfoque Poblacional para revisión y ajustes de planes de ordenamiento territorial*. Recuperado el 4 de Noviembre de 2012, de http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/POT_UNFPA.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011a). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011b). *Documento Anexo 21: Instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012a). *La participación ciudadana en el Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). *Panorama general del Plan Decenal de Salud Pública. Presentación Power Point*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/Forms/>

Ministerio de Salud y Protección Social . (2012c). *Documento Anexo 12: Derecho a la salud: elementos esenciales y principales obligaciones*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012d). *Dimensiones Prioritarias en Salud Pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2012, de http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012e). *La salud en Colombia la construyes tú. Salud ambiental*. Recuperado el 2012 de Noviembre de 15, de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Salud-ambiental.aspx>

Ministerio del Medio Ambiente. (1998). *Plan Estratégico para la Restauración Ecológica y el Establecimiento de Bosques en Colombia, Plan verde*. Bogotá: Dirección General de Ecosistemas. Ministerio del Medio Ambiente.

Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage.

Organización de la Naciones Unidas para la Educación, al Ciencia y la Cultura. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Paris: Unesco.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2012). *Educación para el Desarrollo Sostenible*. Paris: Unesco.

- Organización de Naciones Unidas. (2000). *Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud . (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud .
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Perfil de los Sistemas de Salud. Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en la Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud .
- Resolución 1433 de 2004. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.
- Universidad Católica de Chile. (2007). *Variables, escalas*. Recuperado el 2012 de Noviembre de 10, de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntrod2.htm>
- Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Vélez, O. (2009). *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá: Secretaria de Salud Distrital y Hospital de Suba ESE.
- World Health Organization. (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*. Geneva: World Health Organization.

9. ANEXOS

9.1 DETALLE DE LOS ACTORES PARTICIPANTES EN LAS SESIONES

ZONAL	SESIÓN 1		SESIÓN 2		SESIÓN 3	
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
Hipódromo	89	2	35	2	45	9
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
	JAC-tecnólogo agropecuario		Aguas de malambo-profesional ambiental-ingeniera química		Coordinador medio ambiente-alcaldía-economista	
	JAC- técnico en salud ocupacional		Fundación guardianes del medio ambiente		Coordinador zoonosis-salud pública-médico veterinario	
					Coordinador de (ETV) enfermedades transmitidas por vectores-alcaldía-educador	
					Coordinador de saneamiento-alcaldía-ingeniero químico	
					Secretaria--secretaría de salud- Malambo-fisioterapeuta	
					Jefe salud pública-secretaria salud-Soledad-odontólogo	
					Secretario-secretaria de salud-Soledad-médico	
					Alcalde-alcaldía municipal malambo-administrador publico	
				Secretaria- Alcaldía municipal Malambo		
Sabanagrande	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	89	2	35	2	45	9
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
	JAC-técnico en control y vigilancia de los factores del riesgo del consumo y del medio ambiente		Institución educativa técnica agropecuaria Palmar de Varela-docente		Secretario-Secretaría de Salud-contador- Sabanagrande	
	Funpambiente- promotor ambiental				Secretaria-Secretaría de Salud-trabajadora social-Ponedera	
	Defensa Civil-medio ambiente-estudiante				Alcalde- Alcaldía abogado-Sabanagrande	
					Secretaria-Secretaría de Salud-fisioterapeuta-Suan	
				Secretaria-Secretaría de Salud-odontóloga-Santo Tomas		
				Secretario-Secretaria de Salud departamental-Sabanagrande-médico		
Baranoa	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	47	1	16	1	38	10

	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
	Promotor ambiental		Defensa Civil-presidente		Oficina de Atención y Prevención de Desastres-director	
					Alcaldía- coordinador PIC	
					Gerente encargada-ESE hospital	
					Secretaria-secretaría de salud departamental-Atlántico-médico	
					Secretaria-secretaría de salud departamental-polo nuevo	
					Gerente encargada-Centro de Salud Municipal-Galapa	
					Secretaria-secretaría de salud-Galapa	
					Secretaria-secretaría de salud-Usiacuri	
					Alcalde-alcaldía de Baranoa	
					Secretario de salud-alcaldía de Baranoa	
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	97	2	59	1	61	6
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
Norte Centro-Histórico	JAC-vivienda		Coordinador PIC		Jefe vigilancia epidemiológica-Secretaria de Salud Departamental	
	Liga usuarios-medio ambiente.				Coordinador ETV - Secretaria de Salud Departamental	
					Coordinador de Salud Pública-Alcaldía	
					Alcalde Barranquilla	
					Secretaria salud-Secretaría de Salud municipal	
					Jefe salud ambiental-secretaria salud distrital	
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	40	2	52	3	Sin dato	Sin dato
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
Sabanalarga	JAC- técnico en salud ocupacional		Institución educativa técnica agropecuaria de Rotinet-docente		Sin dato	
	JAC- tecnóloga en salud ocupacional		Acueducto Repelcontador público			
			Defensa Civil-coordinador			
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	21	0	27	0	11	2
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
Manaure					Director de planeación y obras públicas-Alcaldía	
					Alcaldesa	
Riohacha	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental

	57	0	14	0	30	3
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
					Secretaría Salud-Alcaldía	
					Diputado-Asamblea departamental	
					Secretaria de Salud-Secretaria Departamental	
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	22	0	20	2	31	10
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
Montes de María			Umata-Córdoba-director		Secretaria de Salud-Carmen de Bolívar	
			Defensa Civil-Córdoba-presidente		Jefe oficina Umata-alcaldía Carmen de Bolívar	
					Secretaria de salud-San Juan Nepomuceno	
					Secretaria de salud-el Guamo	
					Secretaria de salud-Alcaldía-María la baja	
					Secretaria de salud-Córdoba-alcaldía	
					Secretaria de salud-Zambrano	
					Alcalde-Carmen de Bolívar	
					Alcalde-Córdoba	
		Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total
	100	1	40	3	41	5
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
Norte Magdalena	Secretaria de Salud Departamental-Salud Ambiental-Ciénaga		Secretaria de salud departamental-Salud ambiental-Ciénaga		Secretaria de salud departamental-Ciénaga	
			Defensa Civil-Ciénaga-coordinador operativo		Alcalde Ciénaga	
			Control servicios públicos-Pueblo Viejo-vocal		Alcaldía Zona Bananera	
					Secretaria salud municipal Ciénaga	
					Alcaldía Aracataca	
	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	25	1	35	6	33	10
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISION AMBIENTAL	
Región del Río	Confederación colombiana de vocales de control-vocal control servicios públicos-pueblo viejo		Institución educativa agropecuaria Otilia Mena Álvarez-docente-Pivijay		Coordinadora Salud Pública de Sitio Nuevo-	
			Defensa Civil-Presidenta		Secretaria de Salud- Pedraza	
			Alcaldía-Coordinadora de Salud Pública-Salamina		Secretario de Salud Pueblo Viejo	
			Umata-Coordinador		Coordinadora Salud Pública -Cerro de San Antonio	

			Umata Sitio Nuevo-técnico agropecuario	Alcalde Pivijay		
			ESE Hospital Santander Herrera-Pivijay-jefe salud ambiental			
Santa Marta	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	53	0	30	0	90	2
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISIÓN AMBIENTAL	
					Secretaria de Salud Departamental	
				Secretaría de salud distrital		
Boston	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	11	0	18	2	29	4
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISIÓN AMBIENTAL	
			Veeduría ciudadana ambiental-Corozal		Secretario de Salud- San Juan de Betulia	
			Fundación Fundeshat - Medio ambiente		Secretario de salud Sincé	
					Secretario de Salud- Morroa	
				Secretario de Salud Corozal		
Sincelejo	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	23	0	10	0	28	4
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISIÓN AMBIENTAL	
					Secretario de Salud departamental	
					Secretaria de Salud municipal	
					Coordinador de Salud Pública	
				Alcalde de la ciudad		
Norte-Sucre	Total	Ambiental	Total	Ambiental	Total	Ambiental
	27	0	23	0	35	10
	COMUNIDAD AMBIENTAL		INSTITUCIONES AMBIENTAL		TOMADORES DECISIÓN AMBIENTAL	
					Coordinadora de Salud Pública	
					Secretaria de Salud- Coloso	
					Alcalde Tolú	
					Secretario de Salud- Tolú	
					Secretario de Salud- El Caimito	
					Secretario de Salud- La Unión	
					Secretario de Salud- Chalán	
				Coordinador Salud Pública San Marcos		
				Alcalde Chalán		
				Secretario de Salud- San Benito		