



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Análisis de las metas de la dimensión salud
ambiental, incorporadas en la planeación
del municipio de Chigorodó, durante el
periodo 2016-2019**

Luzmila Roldan Aris

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín, Colombia
2022**



Análisis de las metas de la dimensión salud ambiental, incorporadas en la planeación del municipio de Chigorodó, durante el periodo 2016-2019

Luzmila Roldan Aris

**Trabajo de grado para optar al título Profesional en
Administración en Salud con Énfasis en Gestión Sanitaria y Ambiental**

**Asesor
Steven Orozco Arcila
Doctor en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

Tabla de contenido

Tabla de contenido-----	3
Índice de Tablas -----	5
Índice de cuadros-----	6
Índice de figuras -----	7
Lista de anexos -----	8
Glosario -----	9
Resumen -----	11
1. Introducción-----	12
2. Planteamiento del problema-----	13
3. Justificación-----	18
4. Objetivos-----	20
4.1 Objetivo general -----	20
4.2. Objetivos específicos -----	20
5. Marcos de referencia-----	21
5.1 Marco conceptual-----	21
5.2 Marco legal -----	23
5.2.1 Políticas internacionales -----	24
5.2.2 Políticas nacionales -----	25
6. Marco contextual -----	27
7. Metodología-----	30
7.1. Tipo de estudio -----	30
7.2. Fuentes de información -----	30
7.3. Análisis de la información-----	30
8. Aspectos éticos -----	31
9. Resultados -----	32
9.1 Metas y estrategias de salud ambiental, Plan de desarrollo del municipio de Chigorodó 2016-2019. -----	32
9.2 Metas y estrategias de salud ambiental definidas en el Plan Territorial de Salud del municipio de Chigorodó 2016-2019.-----	37

9.3 Contribuir con un análisis de política pública, a la toma de decisiones que ayude a la priorización dentro del municipio, de recursos y programas que impacten la salud tomando como referencia la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. -----	44
10. Discusión -----	49
11. Limitaciones-----	54
12. Conclusiones -----	55
13. Recomendaciones -----	56
14. Bibliografía -----	57

Índice de Tablas

Tabla 1. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa en el año 2014--
-----40

Tabla 2. Diez primeras causas de morbilidad por hospitalización en el año 2014----
-----41

Tabla 3. Diez primeras causas de morbilidad por urgencias en el 2014-----42

Índice de cuadros

Cuadro 1. Dimensión salud ambiental, PDSP 2012-2016-----	16
Cuadro 2. Objetivos e indicadores de resultado componente salud PDM-----	35
Cuadro 3. Objetivo e indicador salud ambiental PDM -----	37
Cuadro 4. Priorización de problemas ASIS-----	48

Índice de figuras

Figura 1. Mapa región de Urabá-----	28
Figura 2. Pirámide poblacional del municipio de Chigorodó 2005, 2015, 2020----	39
Figura 3. Tasa de mortalidad infantil Chigorodó 2008-2012-----	42
Figura 4. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Chigorodó 2005-2013-----	46

Lista de anexos

Anexo 1. Cuadro de indicadores de monitoreo y evaluación Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Glosario

- **Planificación del estado:** Toda decisión de planeación se basa en el conocimiento previo de la realidad para controlar las acciones presentes, encaminadas al logro de un objetivo deseado. La planeación hace más eficiente y eficaz la acción del Estado como agente promotor de la dinámica del Desarrollo y optimiza el gasto público (1).
- **Políticas públicas:** Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (2).
- **Salud:** Es un proceso de adaptación, como respuesta a unas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político, con lo cual la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida, y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma como se ha vivido (3).
- **Salud pública:** Está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (4).
- **Inequidad salud:** Se refiere a las diferencias en salud, innecesarias, evitables e injustas (5).
- **Desigualdad en salud:** Se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos. Cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud (6).
- **Evaluación:** Proceso de comparación entre un evento y un patrón de referencia, dirigido a promover acciones de ajuste y control que optimicen el beneficio de la situación evaluada (7).

- **Evaluación de Políticas públicas:** Resultados sobre el cumplimiento de las políticas generales, sectoriales – decisiones sobre políticas públicas (8).
- **Evaluación de programas públicos:** Se centra en el análisis, la magnitud y la relevancia del problema que lo origina, su población objetivo, el grado en que se logra el resultado esperado del programa, y la forma en que se ejecuta la relación productiva entre los insumos y productos para alcanzar estos resultados (9).

Resumen

El Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, propuso rutas específicas para que cada ente territorial de acuerdo con su contexto y necesidad lo adaptara al Plan de Desarrollo Municipal y Plan Territorial de Salud, en este sentido se presumió que cada ente territorial busco cumplir lo propuesto en cada una de las ocho (8) dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública en cuanto a metas y objetivos.

Así mismo, el resultado del análisis de las metas de gestión y de resultados, sirvió como base para la formulación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Para este nuevo plan las metas de salud ambiental disminuyeron en cuanto al anterior, y las ya definidas enmarcan la salud pública.

Es por esto que se realizó un estudio cualitativo de tipo documental con el fin de analizar la forma en cómo han sido incorporadas en los documentos de planeación local en salud de Chigorodó, las metas de la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En el análisis de la información proporcionada qué corresponde al periodo 2016-2019, una deficiencia en la implementación de las metas y objetivos de la dimensión salud ambiental en la planeación en salud del municipio, así mismo no se evidenció bajo qué criterios se priorizaron las necesidades del municipio para la implementación y adaptación de Plan Decenal de Salud Pública.

Finalmente se identifica la importancia y necesidad de que la planeación local vaya enfocada al cumplimiento de los lineamientos nacionales dentro del contexto, para así generar estrategias y condiciones en el territorio que promuevan la salud ambiental.

Palabras claves: Salud ambiental, Políticas Públicas, metas, objetivos, Plan Decenal de Salud, Chigorodó, Salud Pública, dimensión, desarrollo territorial.

1. Introducción

La salud ambiental es un elemento determinante para conocer la relación de cada población con los factores ambientales, sanitarios y sociales, por ello es competencia de los entes territoriales velar por la salud individual y colectiva diseñando acciones que vayan encaminadas al fortalecimiento y mejora de las condiciones del entorno de poblaciones que constantemente se encuentran expuestas a factores de riesgo que afectan sus condiciones de vida y salud.

Este trabajo busco analizar la implementación de metas y objetivos de la dimensión salud ambiental del PDSP, en el municipio de Chigorodó y, cuáles estrategias se incorporaron a la planeación local buscando mejorar las condiciones de vida y la salud de la población.

Mediante un rastreo documental se analizó la priorización que se le ha dado a esta dimensión en cuanto a metas y objetivos desde la secretaria de salud del municipio de Chigorodó con el fin de identificar, también, que políticas públicas se han trazado y cuáles son los retos principalmente orientados a resolver y mejorar las condiciones ambientales disminuyendo el impacto de estas en la salud.

Finalmente, resulta pertinente conocer cuáles fueron los avances, limitaciones y logros parciales de la implementación de la dimensión de “salud ambiental” para el municipio de Chigorodó.

2. Planteamiento del problema

3.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, fue una apuesta política por la equidad en la salud; fue una carta de navegación que consolidó y buscó reducir las inequidades de las poblaciones más vulnerables; contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales debían adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución. Era integral, porque se planteó partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y dinámico, porque debía ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (10).

El plan Decenal de Salud Pública adopta y adapta aquellas condiciones o circunstancias sociales que hacen parte del desarrollo, la calidad de vida y del bienestar de las personas y que al interactuar con ellas pueden afectar y determinar el estado de salud de los individuos o las poblaciones; es por esto que el Plan Decenal de Salud Pública es abordado a través de ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) transversales dándoles mayor atención a las que afectan más a la salud de las poblaciones (10). Las condiciones de salud que se presentan en las comunidades están determinadas por diferentes factores como lo son los estilos de vidas, enfermedades heredadas, inadecuadas condiciones sanitarias y factores ambientales; a los factores medioambientales se ha atribuido el crecimiento de diversas enfermedades no transmisibles, como lo son los accidentes cerebrovasculares, afecciones respiratorias crónicas, cáncer, diarreas, cardiovasculares y diabetes han ido creciendo significativamente.

Es por lo que la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud (11). Según la Organización Mundial para la Salud, se estima que en 2012 perdieron la vida 12,6 millones de personas por vivir o trabajar en ambientes poco saludables: casi una cuarta parte del total mundial de muertes. Los factores de riesgo ambientales, como la contaminación del aire, el agua y el suelo, la exposición a los productos químicos, el cambio climático y la radiación ultravioleta, contribuyen a más de 100 enfermedades o traumatismos (12).

Los factores ambientales contribuyen en su mayoría a la carga de morbilidad, que puede atribuirse a enfermedades no transmisibles, relacionados con la contaminación del aire, exposición a lugares de trabajo insalubres y a los efectos de los cambios climáticos. Según el informe: *Ambientes saludables y prevención de enfermedades* de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de las 102 principales

enfermedades, grupos de enfermedades y traumatismos que cubre el Informe sobre la salud en el mundo de 2004, los factores de riesgo ambientales contribuyeron a la carga de morbilidad en 85 categorías. Se calcula que en todo el mundo el 24% de la carga de morbilidad (años de vida sana perdidos) y aproximadamente el 23% de todas las defunciones (mortalidad prematura) eran atribuibles a factores ambientales. En los niños de 0 a 14 años, el porcentaje de muertes que podían atribuirse al medio ambiente era de hasta un 36% (13).

La gran mayoría de muertes vinculadas al medio ambiente se deben a enfermedades cardiovasculares, como los accidentes cerebrales y la cardiopatía isquémica, de los cuales se atribuyeron los accidentes cerebrovasculares a 2,5 millones de muertes anuales, la cardiopatía isquémica 2,3 millones de muertes anuales, cánceres 1,7 millones de muertes anuales, neumopatías crónicas 1,4 millones de muertes anuales, enfermedades diarreicas 846.000 muertes anuales, Infecciones respiratorias 567.000 muertes anuales, afecciones neonatales 270.000 muertes anuales y paludismo 259.000 muertes anuales (14).

En América Latina y Caribe, los cambios demográficos, sumados a la evolución del modo de vida y los factores ambientales, conductuales y económicos, han llevado a que las enfermedades no transmisibles reemplacen o en algunos entornos, coexistan con la carga de las enfermedades transmisibles (15). Por enfermedades no transmisibles o crónicas (entre las que están diabetes, hipertensión, enfermedad renal, entre otras), se hace referencia a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (16). Muchas de estas enfermedades, presentes en la población están relacionadas con los factores ambientales de diversos tipos y la vulnerabilidad de quienes están expuestos; existe una estrecha relación entre estos y el lugar donde desempeñan sus labores, desarrollan las actividades y viven la mayor parte de su vida.

En el informe técnico Especial presentado en año 2018: Carga de enfermedad ambiental presentado por el Observatorio Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Salud confirma que la calidad del aire que respiramos y del agua que tomamos son los principales factores de riesgo ambiental que inciden en la salud de los colombianos; es decir la relación existente entre el deterioro ambiental y los efectos en la salud. Lo que los investigadores del INS (Instituto Nacional de Salud) encontraron es que del total de muertes ocasionadas por 7 enfermedades de alta ocurrencia en el país como lo son: la enfermedad isquémica del corazón, el accidente cerebro-vascular, la enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), las infecciones respiratorias agudas, el cáncer de pulmón, la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la enfermedad renal crónica, 17,549 muertes están asociadas a la mala calidad del agua y del aire y a la contaminación por combustibles sólidos y

metales. Cifra que representa un 8% del total de muertes en Colombia que anualmente es de 200 mil (16). En este mismo sentido, es de anotar que en el Departamento de Antioquia y en especial en el Área Metropolitana y la ciudad de Medellín se han registrado en los años 2015 y 2016 episodios críticos de contaminación atmosférica, agravados por las condiciones ambientales particulares debidas a su topografía y clima (17). Igualmente, en algunos Municipios de subregiones de Antioquia las deficientes condiciones sanitarias de suministro de agua y saneamiento, presentes en estos, inciden en la presencia de enfermedades como la Hepatitis A y la Enfermedad Diarreica Aguda, la cual presenta tasas de mortalidad considerables en los niños menores de cinco años. (18).

Así mismo, El departamento de Antioquia mediante la adopción de la metodología ASIS (Análisis de Situación en Salud) propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), ha estandarizado el proceso de análisis y situación en salud de las diferentes subregiones y la priorización de problemas en el marco de las dimensiones definidas en el plan decenal de salud pública 2012 – 2021(19).

Ahora bien, de las nueve subregiones del Departamento de Antioquia; la subregión de Urabá es una zona con riqueza y diversidad biológica, en la que su clima y condiciones geográficas predisponentes para enfermedades infecciosas transmitidas por vectores como lo son: el Dengue, Zika, Chikungunya, la Malaria o Paludismo, y Leishmaniosis. Otros eventos de interés en la región son las enfermedades zoonóticas, dentro de las cuales se destaca la rabia; ya que la subregión presenta la mayor incidencia de esta con 470,12 casos por 100.000 habitantes, para el año 2019 (20).

Particularmente, el Municipio de Chigorodó presenta condiciones ambientales y deficiencias sanitarias que también propician las enfermedades infecciosas asociadas al medio ambiente, y de acuerdo a la información del *Anuario Estadístico de Antioquia del 2018*, en el municipio se presentaron un total 137 casos de Dengue, 203 casos de Malaria, 2 casos de Leishmaniosis (21), 1 de Chikungunya , 145 casos de enfermedades infecciosas y parasitarias, 21 casos de Tuberculosis y 11 casos de Parotiditis (22).

Además de lo ya mencionado, es de anotar que en el municipio se presentan deficiencias en la prestación del servicio de aseo, ya que solo cuenta con un 82,57% en cobertura del servicio. Respecto a la cobertura de acueducto, esta es de 74,41%, lo que quiere decir básicamente que una cuarta parte de la población no cuenta con suministro de agua potable; adicionalmente, se tiene una continuidad del servicio del 99,74% y se cuenta con una red de alcantarillado, con una cobertura del 71,11%, lo cual implica grandes problemas relacionados con la salud pública por la inadecuada destinación de aguas servidas (23).

Con base en lo anterior en el Plan de desarrollo municipal, se han trazado políticas públicas en salud y retos que cumplir en la materia, principalmente, orientados a resolver y mejorar las condiciones de vida y salud de las poblaciones, para disminuir el impacto de estas enfermedades.

Es de anotar que el Municipio también debe adoptar el Plan Decenal de Salud Pública, que entre sus ocho dimensiones prioritarias cuenta con una Dimensión de Salud Ambiental, la cual a su vez se divide en dos componentes que son: “hábitat saludable” y “situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales”. Así mismo, como se puede ver en la tabla 1 estos dos componentes, poseen diferentes objetivo y estrategias (24).

Cuadro 1.. Dimensión salud ambiental, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (24).

Dimensión : salud ambiental			
Definición de la dimensión		Objetivos de la dimensión	
Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.		<p>a) Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales mediante la gestión intersectorial y la participación social y comunitaria.</p> <p>b) Promover el desarrollo sostenible a través de la implementación de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable.</p> <p>c) Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial.</p> <p>d) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales que puedan afectar su salud y bienestar.</p>	
Componente	Definición del Componente	Objetivos del componente	Estrategias del componente
Hábitat saludable	Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y sanitarios de la salud en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con corresponsabilidad de las comunidades.	Los nueve objetivos del componente se orientan a: reducir la inequidad en el acceso a agua potable, acueducto, alcantarillado y aseo; intervenir en temas como calidad del aire, ruido, emisiones electromagnéticas, impacto del urbanismo, ruralidad, vivienda, espacios públicos y movilidad; intervenir en el manejo de residuos peligrosos de uso médico y estético; adoptar sistemas de producción limpia, promover la salud de los trabajadores y proteger y recuperar ecosistemas muy vulnerables.	El componente tiene 22 estrategias; entre ellas: coordinación, cooperación y participación entre los actores involucrados; estilos de vida sanos y hábitos responsables de consumo; acuerdos nacionales e internacionales con equidad y justicia ambiental; transporte público, combustibles y vehículos no contaminantes; medios alternativos de transporte y señalización adecuada; agua potable y saneamiento ambiental; manejo de residuos sólidos; protección y bienestar de grupos étnicos y mejoramiento de capacidades de autoridades ambientales, de salud y productivas.
Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales	Son las acciones sectoriales e intersectoriales orientadas a mejorar la salud pública mediante la intervención positiva de los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental, modificando la carga ambiental de la enfermedad.	Los cuatro objetivos del componente están orientados a identificar y abordar eventos de salud relacionados con factores ambientales, determinar la incidencia ambiental de enfermedades prioritarias en salud pública para identificar estrategias y actuar sobre ellas basadas en estudios, y prevenir nuevas amenazas relacionadas con factores ambientales.	El componente tiene ocho estrategias; entre ellas: Atención Primaria en Salud APS, con gestión intersectorial y participación social; educación en salud ambiental para cambios conductuales y modelos de producción limpia y sostenible; investigación, estudios y redes de conocimiento en salud ambiental; fortalecimiento, vigilancia y análisis de morbimortalidad para el control de situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales y zoonosis; cooperación nacional e internacional y Sistema Nacional de Inspección, Vigilancia y Control sanitario IVC.

Como se ha expuesto, los municipios en general incluido el de Chigorodó deben atender a diferentes lineamientos del orden departamental y nacional en materia de salud ambiental. Una búsqueda realizada en internet, en diferentes sitios oficiales, revelan que a la fecha no se conocen los avances en materia de salud ambiental concretamente respecto al cumplimiento de la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Teniendo en cuenta estas fechas de implementación del Plan Decenal de Salud Pública (diez años), resulta pertinente conocer cuáles han sido los avances, limitaciones, logros parciales, de la implementación de la dimensión de “salud ambiental” para el municipio de Chigorodó.

Dado el Planteamiento anterior surge la siguiente pregunta: ¿Cómo fueron incorporadas en los documentos de planeación local en salud las metas de la dimensión salud ambiental, del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021?

4. Justificación

El desarrollo de las tres últimas décadas, que se ha venido presentando en el municipio de Chigorodó trajo consigo la expansión de los habitantes en la zona urbana. Este fenómeno se puede asociar a situaciones de inmigración producto de la agroindustria bananera, ganadera y el conflicto armado este trajo consigo cambios en el ambiente que afectan a las poblaciones, principalmente aquellas que por sus condiciones sociales son más vulnerables. Lo anterior repercute en el modo de vida de las personas de los diferentes territorios y traen como consecuencia afectaciones y enfermedades que están asociados a factores medioambientales.

Considerando los elementos anteriores se ha generado la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables; esto conlleva a incorporar la salud en todas las políticas sociales y de desarrollo en los territorios a nivel nacional (24).

Por consiguiente, este trabajo buscó analizar, cómo se ha dado la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, puntualmente de la dimensión salud ambiental, dentro de los territorios y en este caso en el municipio de Chigorodó. Esto se llevó a cabo a través de un análisis de documentos de planeación local y que respondan a la dimensión salud ambiental, sus metas y objetivos.

Es claro que todos los municipios deben dar cuenta de la ejecución y desarrollo de las metas y estrategias plasmados en su plan de desarrollo, en este caso puntual en los de salud y relacionados con la dimensión ambiental relacionados con el PDSP. Por tanto, este trabajo pretendió contribuir con un análisis de políticas públicas a partir de diferentes elementos, lo que es una herramienta para las entidades gubernamentales del municipio al momento de realizar informes de los avances del PDSP al Ministerio de salud y protección social. Igualmente, estos análisis pueden constituirse en elementos para la toma de decisiones que ayuden a concluir metas faltantes y asimismo priorizar recursos dentro del municipio. Igualmente, esta información y la de otros municipios pueden resultar de interés en la formulación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública cuya metodología está en desarrollo.

Lo anterior, resulta pertinente para la Administración en Salud con énfasis en Gestión Sanitaria y Ambiental, en la medida que este trabajo otorga insumos para futuras evaluaciones que se quieran realizar con un sentido similar, bien sea, desde el trabajo de grado o desde un proyecto de extensión de la Universidad de Antioquia. Por último, aporta a analizar el comportamiento de metas, objetivos, logros y avances de la dimensión salud ambiental en el municipio de Chigorodó, que están

dirigidos a mitigar los efectos ocasionados por factores ambientales, que afectan la salud de la población y que buscan propiciar un desarrollo a los pobladores y mejorar sus condiciones de vida.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

- Analizar, como se ha dado la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, puntualmente la dimensión salud ambiental, dentro de los territorios y en este caso en el municipio de Chigorodó.

4.2. Objetivos específicos

- Examinar las metas y estrategias de salud ambiental definidas en el Plan de desarrollo municipal de Chigorodó 2016-2019.
- Analizar las metas y estrategias de salud ambiental definidas en el Plan Territorial de Salud del municipio de Chigorodó 2016-2019.
- Contribuir con un análisis de política pública, a la toma de decisiones que ayude a la priorización dentro del municipio, de recursos y programas que impacten la salud tomando como referencia la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

6. Marcos de referencia

6.1 Marco conceptual

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud (25). Al existir interrelaciones entre el hombre y el medio ambiente, estas pueden ser positivas o negativas, donde puede afectar la salud humana e incluso a otros seres vivos.

La salud y el medio que nos rodea están relacionados. Los factores ambientales que condicionan la salud son muchos, entre ellos: la cantidad y calidad del agua para consumo; la posibilidad de acceso a los nutrientes, la conexión a redes de acueducto y alcantarillado, el adecuado manejo y disposición final de los residuos sólidos y líquidos, el grado de contaminación ambiental y la calidad de los alimentos (26).

Así mismo, los determinantes ambientales también afectan y condicionan la salud de las poblaciones, son el puente de conexión entre el ordenamiento ambiental del territorio y el ordenamiento territorial distrital y municipal; buscan mantener la provisión de servicios eco sistémicos, asegurar la conservación de la biodiversidad y garantizar territorios ambientalmente sostenibles. La efectividad de los determinantes en función de estos objetivos depende, tanto de la autoridad ambiental, como de la entidad territorial (27).

A lo largo de los tiempos los factores ambientales anteriormente mencionados se han convertido en un problema de salud pública para las poblaciones. En este punto es importante el concepto de salud pública, la cual busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo (28).

Por otra parte, es importante abordar los determinantes de la salud (DSS) que según la Organización Mundial de la Salud los define como, "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (29).

Agregando a lo anterior, el medio ambiente comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado,

que influyen en la vida del hombre y en las generaciones venideras. Es decir, no se trata sólo del espacio en el que se desarrolla la vida, sino que también abarca seres vivos, objetos, agua, suelo, aire y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como la cultura (30).

En este punto es importante, el saneamiento ambiental para la prevención y provisión de agua potable y alcantarillado además del manejo y disposición de residuos y excretas tanto sólidas y líquidas (31). Así mismo, la gestión de la salud ambiental es importante porque permite el diseño de políticas, planes, estrategias, como una vigilancia y control adecuados, teniendo presente los principios de la ética de la salud ambiental y el respeto a los derechos universales (31).

Por otra parte, muchos de los factores que afectan el medio ambiente, dependen del nivel de conocimiento de la población sobre los efectos que estos ejercen sobre su bienestar y calidad de vida, sin dejar de reconocer la función que desempeñan los gobiernos en la implementación de políticas públicas que propicien la creación de entornos saludables y refuercen el poder de las comunidades para lograrlos y mantenerlos (26).

De ahí que, las acciones se promoverán bajo la dirección del estado y este debe a su vez hacer partícipe a todos los actores involucrados (26). Siendo el estado el responsable de garantizar y promover políticas públicas, este también es responsable del seguimiento y la evaluación de las mismas, deberán ser evaluadas permitiendo la retroalimentación y mejora de toma de decisiones, orientadas a optimizar las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

Ahora bien, las políticas públicas requieren ser evaluadas para promover el trabajo articulado de los resultados. Dentro de las evaluaciones que se realizan a las políticas públicas existen varios tipos y estas pueden ser: De operaciones, mediante la cual se analiza de manera sistemática como opera una intervención pública y como sus procesos llevan al logro de sus objetivos, además identifica las relaciones que requiere cada actividad para producir un servicio o bien (32).

La Institucional, aquella en la que se puede analizar y valorar un programa tomando como punto de partida la operación institucional, permite estudiar las razones por las que falla la capacidad institucional en los programas de intervención, con el fin de suministrar insumos para mejorar la gestión y proveer mayor efectividad en los bienes y servicios (32).

Los de Resultados, establece los efectos intencionales o no de la intervención pública luego de haber consumido los productos, estos efectos deben estar relacionados con la intervención (28). Los de Impacto, que permite establecer los efectos que exclusivamente se atribuyen a la intervención pública, lo cual permite

cuantificar y verificar la relación causal entre la intervención pública y el resultado (32).

7. 5.2 Marco legal

Para el desarrollo del presente trabajo es necesario conocer algunas normas y políticas nacionales e internacionales. Además, se considera pertinente, identificar que es el Plan Decenal de Salud Pública y como se construyó, y que finalmente a través de sus dimensiones pueda incorporarse y formular políticas públicas.

Según el artículo 6 de la ley 1438 de 2011, el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública en donde halla participación social y que a través de diferentes políticas sectoriales se busca mejorar la salud de la población. En dicho Plan se definirá los objetivos, metas, acciones, recursos, los responsables sectoriales y el mecanismo de evaluación de este (33).

Plan Decenal de Salud Pública: Es un pacto social. Fue una Hoja de Ruta que buscó avanzar durante una década hacia el ideal de salud que tenemos los colombianos. Es una expresión concreta de una política pública de Estado, que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros y dimensión central del desarrollo humano (24).

La construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se desarrolló a partir de:

La línea base del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia, es el Análisis de situación en Salud en el 2010; para el diseño del Plan Decenal de Salud Pública, se realizó por etapas que permitieron la adecuada construcción, en la primera fase se inició con revisión de normatividad y se evaluó a las entidades territoriales y la gestión pública de estas. La segunda fase se hizo consulta con los diferentes actores y la población involucrados, la tercera fase de definición técnica donde contiene lineamientos de los territorios y a partir de diferentes documentos se obtiene información del estado de salud y determinantes socioeconómicos de la población, a partir de allí se trazan objetivos que permitan mejorar las condiciones de las comunidades; en la cuarta fase de formulación, donde se define y elabora el documento con los responsables, objetivos y estrategias. En la fase de validación se hizo revisión de los documentos construidos, la fase de reglamentación el Ministerio expide las normas para la puesta en marcha, en la siguiente fase se realiza la divulgación y finalmente se instaura y se hace acompañamiento a los territorios (10).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se incorpora a través de ocho dimensiones prioritarias que son salud ambiental, dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, dimensión convivencia social y salud mental,

dimensión seguridad alimentaria y nutricional, dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles, dimensión salud pública en emergencias y desastres, dimensión Salud y ámbito laboral y dos transversales las cuales aborda dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables y dimensión transversal fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Es entonces, a través de los gobernantes de los diferentes territorios como se implementa y se materializa el Plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo con las necesidades que tiene cada uno de estos y a las particularidades de los diferentes grupos poblacionales. Así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública debe ser monitoreado y evaluado para determinar el cumplimiento de sus objetivos y metas formuladas a través de sus dimensiones.

Es por esto que, para analizar y determinar si los resultados esperados, se alcanzaron es pertinente analizar las acciones, que buscan el cumplimiento de los objetivos y metas de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. En este caso en específico de la dimensión salud ambiental y cada uno de sus componentes; esto como herramienta administrativa que permite garantizar resultados y la eficiencia de los recursos.

De acuerdo con lo anteriormente señalado y para fines del presente trabajo se considera oportuno tener en cuenta las siguientes políticas:

5.2.1 Políticas internacionales

- **Protocolo de Kioto sobre el cambio climático (1992):** Es un acuerdo legalmente vinculante que compromete a los países desarrollados y a los países en transición hacia una economía de mercado a alcanzar objetivos cuantificados de reducción de emisiones. Se establecieron una serie de Políticas y Medidas como (i) el fomento de la eficiencia energética en los sectores pertinentes, (ii) la protección y mejora de los sumideros de los GEI, (iii) la promoción de prácticas sostenibles de gestión forestal, (iv) promoción de modalidades agrícolas sostenibles, (v) el aumento del uso de energías renovables y tecnologías de secuestro de carbono (34).
- **Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000):** La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los líderes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer (35).
- **Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las políticas (2010):** Pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de

gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas (36).

- **Conferencia Mundial sobre Determinantes sociales de la salud (Río de Janeiro 2011):** Busca apoyar medidas relativas a los determinantes sociales para reducir las inequidades; en la conferencia se propiciara intercambios nacionales y conocimientos para mejorar los determinantes sociales de la salud (37).

5.2.2 Políticas nacionales

- **Constitución Política de 1991:** Artículo 49. La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, este debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (38).
- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se crean otras disposiciones Art. 165 Atención básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas acciones que se dirigen directamente a la colectividad o a los individuos y que buscan mejorar sus condiciones de salud (39).
- **Ley 152 de 1994:** Por la cual se crea la Ley Orgánica del Plan de desarrollo, tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo. Art. 5 inciso c, promulga estrategias y políticas en el ámbito ambiental que guiarán la acción del gobierno para alcanzar los objetivos y metas que se hayan definido (40). Garantizar los recursos económicos para la ejecución de los programas.
- **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. En el artículo 33, expresa que el Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo (41).
- **Ley 1438 de 2011:** Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 6. Plan Decenal para la Salud Pública, el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través procesos de participación social

y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluír las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población. En el Artículo 11. Contrataciones de las acciones de salud pública y promoción y prevención. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el plan territorial de salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada (33).

- **Resolución 5165 de 1994:** Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos. Artículo 3. El proceso de planeación en salud incluye tres fases: elaboración de los planes. Consta de dos subfases. La subfase de diagnóstico, identifica los principales problemas epidemiológicos, organizacionales y financieros. La subfase de formulación de alternativas de solución, define objetivos metas para la solución de los problemas (42).
- **Resolución 1841 de 2013:** Adopta el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Artículo 5. Armonización de las políticas públicas y coordinación intersectorial. La coordinación, armonización y seguimiento de las acciones para el manejo de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de las políticas públicas en esta materia, adicional presenta el anexo técnico para la aplicación del Plan (43).
- **CONPES 3550 de 2008:** El propósito es dar los lineamientos para la formulación de la Política Integral en Salud Ambiental (PISA) con el fin último de contribuir bajo un enfoque integral al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población colombiana, con base en un diagnóstico, marco conceptual, objetivos, lineamientos, organización institucional y un plan de acción que tienen como propósito fortalecer la gestión integral para la prevención, manejo y control de diferentes factores ambientales que tienen el potencial de originar efectos adversos en la salud humana, enfatizando especialmente en los componentes de calidad del aire en exteriores e interiores, calidad de agua y seguridad química (44).
- **Plan Estratégico para las Enfermedades Transmitidas por Vectores:** El Programa durante la vigencia del plan decenal de salud pública, se desarrollara a través de la Estrategia de Gestión Integral es un articulador de acciones intersectoriales y marco de la planeación, responde al problema central de “modelo con deficiente eficacia, eficiencia y efectividad en relación con su misión”, aportando a la reducción de la carga económica y social, producto de la morbilidad, mortalidad y discapacidad producida por Enfermedades Transmitidas por Vectores (45).

8. Marco contextual

A continuación, se destacará información del Municipio de Chigorodó, la cual se extrajo del documento “Perfil Municipio de Chigorodó” (46).

Figura 1. Mapa región Urabá Antioqueño PDM (47)



Tomado de: Alcaldía de Chigorodó. Plan de desarrollo: Unidos si es posible por un Chigorodó educado y próspero 2016-2019. Disponible en: <http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-355399> (47).

Generalidades

Chigorodó “Río de Guaduas” en lenguaje indígena (Emberá), es un municipio de Colombia localizado al noroeste de Antioquia, hace parte de los once municipios que comprenden la subregión del Urabá antioqueño, se halla a 306km de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia (46).

El Municipio de Chigorodó la cabecera se encuentra a una altura de 34 metros sobre el nivel del mar y la temperatura promedio en la cabecera es de 28 °C. Posee una extensión geográfica de 608 Km² de los cuales 3 Km² son urbanos y los 605 Km² restantes corresponden al área rural. La extensión del municipio de Chigorodó es de 608 km², de los cuales 580 corresponden a clima cálido y los otros 28 restantes a clima medio (53).

Fue erigido municipio en el año de 1912 y está conformado geopolíticamente por una zona urbana, un corregimiento, Barranquillera y 32 veredas entre las que se

encuentran algunas muy desarrolladas como las veredas: El Venado, Guapá y el Vijao. Limita al norte con el Municipio de Carepa, por el oriente con las cumbres de la Serranía de Abibe, límite con el departamento de Córdoba; por el sur con el Municipio de Mutatá, y por el oeste con el Municipio de Turbo (49).

La Carretera al Mar llegó hasta el municipio en el año de 1947, es la única vía que en el Departamento de Antioquia, conduce al municipio desde Medellín, la longitud hasta allí es de 306Km y lo comunica con los otros municipios del Urabá Antioqueño, la carretera se encuentra pavimentada en su totalidad (46).

Se encuentra bañado por un enorme potencial hídrico comprendido en los ríos: Juradó, Guapá, León y Chigorodó, todos nutridos por la Serranía de Abibe, aunque la mayoría de la población se concentra en la zona urbana, presentando una densidad poblacional total de 15,75 personas por km². (47).

La economía del Municipio de Chigorodó se basa en la exportación del banano y de la ganadería (48).

Población

De acuerdo a las proyecciones del DANE, Chigorodó en el año 2015 contaba con 76.202 habitantes, de los cuales 66.530 se encuentran en la cabecera urbana y 9.672 en la zona rural, equivalente al 87,09 % y 12,91% del total de la población respectivamente (48).

Población indígena

Se localizan 8 comunidades pertenecientes a las etnias Emberá Katio- Eyábida y Emberá Katio- Chami, con una población de 2.143 habitantes; cuenta con dos resguardos: Polines constituido en 1987, ubicados en una extensión de 206, 14 hectáreas y Abibe Chigorodó (Yaberaradó) del cual hacen parte las comunidades indígenas de Dojura, Guapá, Juradó, La Mina y Congo, constituido en junio de 1999 con una extensión aproximada de 10.992 hectáreas. Saundó Chigorodocito, comunidades conformadas por Emberá Katio - Chami sin título de resguardo (48).

Población negra, mulato o afrocolombiana

Se encuentra asentada una población total afrocolombiana de 22.659 habitantes, sin que hayan legalizados territorios, conforme a la ley 70 de 1993. Dentro de su organización existen el Consejo Comunitario llamado Raíces de Ébano que se encuentra inactivo y el Consejo Comunitario Río de Guaduas que en la actualidad está funcionando (47).

Salud

Está a cargo de la secretaría de Salud del Municipio, a nivel del Departamento lo coordina el Servicio Seccional de salud de Antioquia (SSSA). El Hospital local de salud de Chigorodó María Auxiliadora E.S.E presta los servicios de primer nivel y coordina los de segundo nivel con el hospital Antonio Roldan Betancur de Apartadó, y los servicios del 3 y 4 nivel son remitidos a los centros hospitalarios de Medellín. Las principales causas de consulta en el municipio son las relacionadas con el control prenatal, seguido de la enteritis y otras enfermedades diarreicas y la infección respiratoria aguda (46).

Las principales causas de consulta en el municipio son las relacionadas con el control prenatal, seguido de la enteritis y otras enfermedades diarreicas y la infección respiratoria aguda, las enfermedades están asociadas con las condiciones de saneamiento. La contaminación aérea generada por la fumigación en los cultivos además de la Infección Respiratoria Aguda (IRA), también puede ser causante de malformaciones congénitas y abortos, según los expertos (46).

9. Metodología

7.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de tipo documental, con el fin de analizar a partir de fuentes de políticas públicas municipales, la incorporación de metas, programas y estrategias en la planeación, en el marco de la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública, en el Municipio de Chigorodó durante el periodo 2016-2019. Este análisis no pretendió plantear hipótesis ni casos experimentales.

7.2. Fuentes de información

Se analizaron documentos suministrados por las instancias de gobiernos locales. Estos documentos fueron: el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Unidos si es posible por un Chigorodó educado y próspero”; el Plan Territorial de Salud 2016-2019; y Análisis de Situación en Salud de los años 2016, 2017, 2018 y 2019 del municipio de Chigorodó.

7.3. Análisis de la información

Se realizó lectura y análisis de los documentos señalados con el fin de realizar un contraste. Se tuvo como referente las estrategias que definió el PDSP 2012-2021 en la dimensión salud ambiental, para que cada ente territorial lo incorporara a su planeación. Los hallazgos obtenidos a partir de la revisión de los documentos fueron realizados de manera descriptiva y cualitativa.

10. Aspectos éticos

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) el artículo 11 clasifica las investigaciones por categorías, el presente estudio corresponde a:

“Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (49).

Este estudio corresponde a un diseño cualitativo de tipo documental el cual obtendrá la información, que permita analizar las metas y objetivos de la dimensión salud ambiental que se ejecutaron en el Municipio de Chigorodó, por lo tanto, se exonera de cualquier riesgo a toda la población, no existe un contacto directo con esta.

Con lo mencionado anteriormente se tendrá en cuenta los siguientes aspectos de confidencialidad de la información:

- Responsabilidad con respecto a la información obtenida.
- No se hará uso de la información obtenida para otros fines diferentes al estudio.

11. Resultados

A continuación, se presenta los resultados del presente trabajo de investigación. Esto se hace a través de tres subapartados que corresponden a los objetivos específicos del trabajo.

11.1 Metas y estrategias de salud ambiental, Plan de desarrollo del municipio de Chigorodó 2016-2019.

Se presentan los resultados de cada uno de los componentes (insumos o herramientas), que aportan al cumplimiento de las directrices por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para la implementación y adaptación en cada uno de los territorios del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Para conocer el cumplimiento de las metas, objetivos y estrategias de la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública en el municipio de Chigorodó durante el periodo 2016 al 2019, se tiene en cuenta lo establecido en el Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Territorial de Salud.

El Plan de Desarrollo Municipal “Unidos si es posible por un Chigorodó educado y próspero”, para el periodo 2016-2019, fue aprobado por el Concejo municipal de Chigorodó Antioquia, mediante el acuerdo No. 006, 31 de mayo del 2016 (50).

En la presentación de este Plan se plantea que el mismo es producto de la participación de los diferentes sectores los cuales aportaron su conocimiento para identificar las necesidades actuales y proponer soluciones que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Chigorodó (47).

Este Plan fue construido acorde a los lineamientos metodológicos del Departamento Nacional de Planeación (en adelante DNP), con enfoque diferencial e incluyente, realizando reconocimiento al enfoque multidimensional como elemento fundamental de análisis para la consolidación del mismo (47).

El Plan de Desarrollo se estructuró a partir de cuatro líneas estratégicas, las cuales están orientadas a generar un Chigorodó más agradable y próspero. Tales líneas son: Chigorodó socialmente responsable y seguro, ciudad atractiva para la inversión, productiva y competitiva, ciudad hermosa y agradable para vivir, Chigorodó en manos de un buen gobierno (47).

Así mismo, el Plan de Desarrollo Municipal (en adelante PDM) se fundamenta en los siguientes enfoques en su estructura y modelo de gestión: Enfoque de derechos, enfoque de ciclo vital, enfoque diferencial e incluyente, enfoque de población en

condiciones adversas, enfoque democrático, participativo y pluralista y por último enfoque territorial; estos buscan priorizar a la población más vulnerable, en condición de discapacidad, víctima, población LGTBI apunta a mejorar la calidad de vida a través de políticas públicas de intervención.

Continuando con el análisis del PDM, y de acuerdo con lo establecido en la ley 152 de 1994, los planes de entidades territoriales están conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo (50). A su vez el DNP recomienda tener en cuenta, el Manual para la formulación de planes de desarrollo de las entidades territoriales; es por lo que el PDM está dividido en tres unidades (Unidad 1: Diagnóstico, unidad 2: Estratégica y por último unidad 3: Plan de inversión).

En la unidad uno se hace el diagnóstico, donde se recopila y analiza los datos más relevantes del municipio y de acuerdo con la recomendación del DNP. Esta primera unidad se estructura a partir de cuatro dimensiones que pretenden viabilizar el plan: dimensión social, dimensión económica, dimensión institucional y dimensión ambiental. Finalmente, se realiza un diagnóstico a la primera infancia, adolescencia y juventud del municipio, en la cual se identifica como es el estado actual del territorio (47).

En la unidad dos, se encuentra la parte estratégica la cual comprende la identificación y formulación de los objetivos, programas, indicadores y metas que se alcancen durante el periodo de gobierno. Dentro de esta unidad, cada dimensión tiene una línea, la cual tiene un objetivo y este a su vez pertenece a un sector, que se desarrolla a través de un programa. El desempeño de estos se evalúa, por el cumplimiento de los indicadores de resultado y de producto de cada sector de acuerdo con las metas propuestas durante el periodo de gobierno.

Por último, la unidad tres está conformada por el plan de inversión, el cual comprende los recursos financieros que se destinarán para la financiación de los programas, identificados en la parte estratégica. En el plan de inversión están detallados los recursos a ejecutar por cada dimensión, línea y su programa.

Para el presente análisis se tendrá en cuenta el sector salud y el programa salud ambiental con sus respectivos objetivos e indicadores a cumplir, de acuerdo con lo plasmado en el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019.

Sector salud

Objetivo: Garantizar una vida sana a la población, priorizando la vigilancia epidemiológica, los factores de riesgo del consumo y del ambiente, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad e igualmente garantizando el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida de la

población infantil, enfatizando en la calidad y oportunidad de los servicios con perspectiva Municipal (47).

El sector salud del plan de desarrollo tiene establecidos objetivos e indicadores tanto de resultado como de producto. Los primeros son doce, y se relacionan con asuntos tan diversos como mortalidad infantil por desnutrición, embarazo adolescente, vacunación, gestión de salud de los entes territoriales, bajo peso al nacer y mortalidad por malaria entre otros. No obstante, este último, dentro de este conjunto de objetivos no se plantea alguno explícitamente relacionado con la dimensión ambiental del PDSP (cuadro 2). Por otra parte, en los objetivos e indicadores de producto solo aparece uno solo relacionado con la salud ambiental (cuadro 3).

Cuadro 2. Objetivos e indicadores de resultado componente salud PDM.

Objetivo de Resultado	Indicador de Resultado	Unidad	Línea Base Meta de Resultado	Meta de Resultado Cuatrienio	Dependencia Responsable
Mantener la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda	Muertes por cada 100.000 personas menores de 5 años.	0	0	Secretaría Local de Salud y Bienestar Social
Disminuir la Tasa Mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio	Tasa de mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio	Tasa por 100.00 habitantes	29,6	28	

Continuación cuadro 2. Objetivos e indicadores componente salud PDM.

Objetivo de Resultado	Indicador de Resultado	Unidad	Línea Base Meta de Resultado	Meta de Resultado Cuatrienio	Dependencia Responsable
Disminuir la Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.	Tasa por 100.000 menores de 5 años.	32,8	31	Secretaría Local de Salud y Bienestar Social
Reducir los Embarazos en mujeres de 10 a 14 y de 15 -19 años de edad	Tasa de embarazos en mujeres de de 10 a 14 y de 15 -19 años de edad	Tasa por 1000 mujeres	9,5 - 83,6	8 - 80	
Aumentar las coberturas de triple viral en niños de 1 año de edad	Porcentaje de coberturas de triple viral en niños de 1 año de edad.	%	84,2	95	
Aumentar el cumplimiento de la capacidad de gestión en salud de los entes territoriales	Porcentaje de cumplimiento de la capacidad de gestión en salud de los entes territoriales.	%	93	95	
Incrementar el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a violencia de género y violencias sexuales	% de mujeres que denuncien ante alguna institución competente para la atención a violencia de género y violencias sexuales	%	20	30	
Disminuir los casos de bajo peso al nacer	% de bajo peso al nacer	%	9,4	7,5	
Disminuir la tasa de mortalidad por malaria	Tasa de mortalidad por malaria	%	0	0	
Aumentar las personas capacitadas en primeros auxilios y manejo de extintores	% de personas de las instituciones capacitadas en primeros auxilios y manejo de extintores	%	15	20	
Aumentar la cobertura de la población informal capacitada en derechos y deberes de salud y riesgos laborales	% de cobertura de la población informal capacitada en derechos y deberes de salud y riesgos laborales	%	ND	1	
Aumentar el cumplimiento de la capacidad de gestión en salud de los entes territoriales	% de cumplimiento de la capacidad de gestión en salud de los entes territoriales	%	93	95	

Tomado de: Alcaldía de Chigoró. Plan de desarrollo: Unidos si es posible por un Chigorodo educado y próspero 2016-2019 [Internet] [Consultado 2021 Feb 7] Disponible en: <http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-355399> (47).

Cuadro 3. Objetivo e indicador salud ambiental PDM

Objetivo de Resultado	Objetivo(s) de programa	Indicador de producto	Meta de Producto Cuatrienio	Código FUT	Dependencia Responsable
Mantener la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda	Realizar talleres para la promoción y/o prevención de la salud ambiental	Número de talleres realizados para la promoción y/o prevención de la salud ambiental	314	A.2.2	Secretaría Local de Salud y Bienestar Social

Tomado de: Alcaldía de Chigoró. Plan de desarrollo: Unidos si es posible por un Chigorodo educado y próspero 2016-2019 [Internet] [Consultado 2021 Feb 7] Disponible en: <http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-355399> (47).

Al revisar este PDM, se encuentra que ninguna meta de tipo ambiental se encontró enmarcada en el sector salud, si no como que se analizara mas adelante se encuentran incorporadas en sectores como el de la infraestructura.

9.2 Metas y estrategias de salud ambiental definidas en el Plan Territorial de Salud del municipio de Chigorodó 2016-2019.

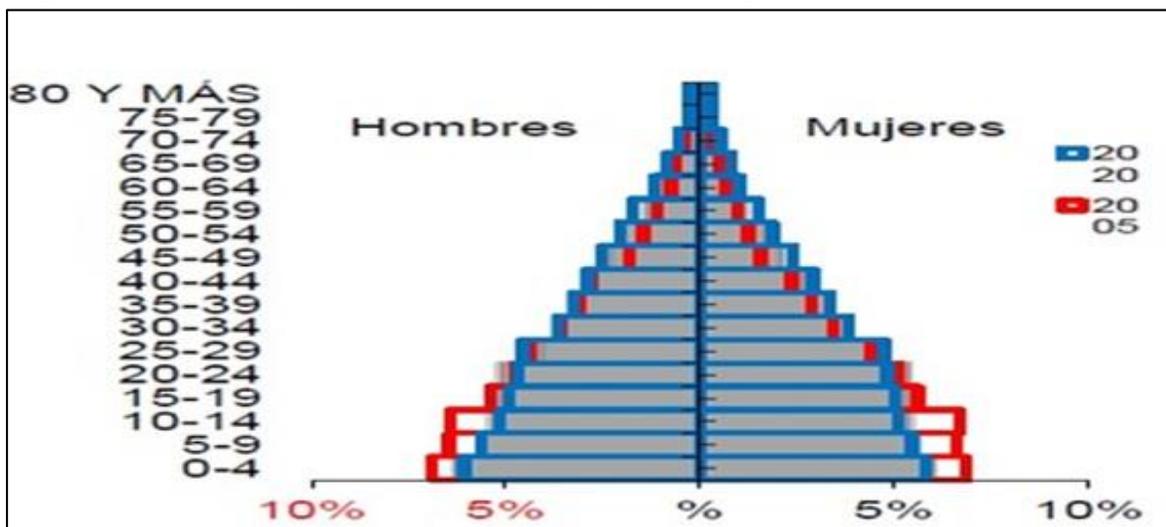
El Plan Territorial de Salud (en adelante PTS), es un instrumento estratégico e indicativo de política pública que incorpora la salud en todas las políticas del territorio, siendo este un componente transversal de los planes de desarrollo de los territorios. El PTS permite a los entes territoriales contribuir a los logros de las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. A su vez, los entes territoriales pueden contribuir a la priorización de acciones, que se definen y desarrollan a través de los PTS, de acuerdo con lo formulado por el PDSP en busca del cumplimiento de este.

Para la construcción del documento se tiene en cuenta lo establecido por la resolución 1536 de 2015 la cual establece disposiciones sobre la planeación integral en salud (52), y la interacción de los diferentes actores territoriales con el fin de formular y aprobar el PTS que comprende acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, de acuerdo con el perfil de salud del territorio; buscando cumplir las metas definidas para el cuatrienio (53).

Así mismo, los PTS se armonizan con los Planes de Gobierno, Planes de Desarrollo y de Reordenamiento Territorial. Es por lo que el PTS del municipio de Chigorodó para el periodo 2016-2019, integra la dimensión social, primera línea estratégica del PDM “Chigorodó socialmente responsable y seguro”; el cual se desarrolla a partir del ejercicio de participación de diferentes sectores de la salud, de la administración y el sistema general de seguridad social. Su propósito es el mejoramiento del estado de salud de la población y la disminución de inequidades del territorio en salud (53).

A partir de lo anterior, el Plan de Salud Territorial de Chigorodó 2016-2019, se estructura presentando la siguiente información para comprensión, de cómo se encuentra el territorio. Se presentan las características generales del municipio y demográficas; dentro de esta última la pirámide poblacional del municipio para el año 2015 (figura 2), presenta descenso en la fecundidad y la natalidad, la población que mayor porcentaje representa corresponde a la menor de treinta años (69.5%) y la que menor representación tiene es la adulta mayor de 65 años (2.43%), es decir el municipio cuenta con población joven y productiva.

Figura 2. Pirámide poblacional del municipio de Chigorodó 2005, 2015, 2020



En cuanto al territorio el municipio tiene una extensión de 608 Km en total, donde 3 Km pertenece a zona urbana y 605 Km a zona rural, cuenta con un corregimiento y 32 veredas. El clima es cálido y la altura sobre el nivel del mar es de 34 metros, su principal cuenca hidrográfica es la del río León. Su economía se basa en ganadería, agricultura, pesca y explotación maderera. Cuenta con asentamiento de indígenas de la familia Embera Katíos, en la zona de la Serranía de Abibe (47).

Posteriormente se presentan los servicios sociales, que agrupa los servicios de salud, educación, cultura, recreación y deporte. De la calidad y cobertura de estos, depende el bienestar de la población. Dentro de estos, hay programas sociales que implementa acciones buscando fortalecimiento y bienestar de los diferentes grupos que pertenecen a estos programas y la comunidad en general.

El propósito del PTS, es definir “políticas públicas en salud que garanticen y optimicen las condiciones de salud de la población”. En el municipio las acciones de Salud pública que se ejecutan desde el PTS con acciones colectivas y con participación de distintos actores son: Consejo municipal de política social, Consejo municipal de seguridad social en salud, veeduría ciudadana en salud, comités de salud, comité de vigilancia epidemiológica y grupo básico en salud mental. Las prioridades contempladas en el PTS, deben estar articuladas con los planes de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, de la ESE Hospital María Auxiliadora, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de todos los actores del sistema en el municipio (53).

Posteriormente el PTS, realiza un Análisis de Situación en Salud del municipio en el que se presenta la información más relevante de las principales causas de morbilidad por consulta externa, hospitalización y urgencias para el año 2014 (como se muestra en las imágenes, más abajo).

Para realizar este análisis del presente trabajo de grado se tendrá en cuenta las causas que se pueden asociar factores ambientales o en su defecto los asociados con la salud ambiental.

Según las primeras diez causas de morbilidad por consulta externa en el municipio de Chigorodó, para el año 2014 la que más contribuyó fue la hipertensión esencial, otro factor es relevante es la rinofaringitis aguda (resfriado común). En ambas causas el sector donde más se presenta es en el área urbana y el género más afectado es el femenino.

Tabla 1. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa en el año 2014

Orden	Cod_Dx	Descripción	Total	%	Urbana	Rural	Masculino	femenino
1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	6,983	6.03	5,983	1,000	1,966	5,017
2	K021	CARIES DE LA DENTINA	5,060	4.37	4,410	650	1,946	3,114
3	R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	4,578	3.95	3,935	643	1,549	3,029
4	R51X	CEFALEA	3,904	3.37	3,427	477	1,035	2,869
5	R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	3,838	3.32	3,214	624	2,040	1,798
6	K051	GINGIVITIS CRONICA	2,856	2.47	2,687	169	1,207	1,649
7	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	2,136	1.85	1,752	384	1,025	1,111
8	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1,981	1.71	1,782	199	1,061	920
9	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	1,678	1.45	1,415	263	490	1,188
10	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	1,582	1.37	1,315	267	397	1,185
11		OTROS	81,172	70.12	70,430	10,742	31,211	49,961
Total			115,768	100.0	100,350	15,418	43,927	71,841

Tomado de: Secretaría de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Plan Territorial de salud Chigorodó- Antioquia 2016-2019. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2016.

Según las primeras diez causas de morbilidad por hospitalización en el municipio de Chigorodó para el año 2014, la que más contribuyó fue la neumonía no especificada y bronquitis no especificada. El sector donde más se presenta es en el área urbana y el género más afectado es el femenino en el caso de la neumonía y masculino para el caso de la bronquitis.

Tabla 2 Diez primeras causas de morbilidad por hospitalización en el año 2014.

Orden	Cod_Dx	Descripción	Total	%	Urbana	Rural	Masculino	femenino
1	O200	AMENAZA DE ABORTO	123	4.01	112	11	0	123
2	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	119	3.87	94	25	32	87
3	O470	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	114	3.71	103	11	0	114
4	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	84	2.74	66	18	0	84
5	R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	81	2.64	69	12	21	60
6	J189	NEUMONIA NO ESPECIFICADA	75	2.44	60	15	37	38
7	O471	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	47	1.53	39	8	0	47
8	O620	CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS	43	1.40	41	2	0	43
9	O16X	HIPERTENSION MATERNA NO ESPECIFICADA	40	1.30	38	2	0	40
10	J219	BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	40	1.30	36	4	27	13
11		OTROS	2,305	75.06	1,989	316	625	1,680
Total			3,071	100.0	2,647	424	742	2,329

Tomado: Secretaría de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Plan Territorial de salud Chigorodó- Antioquia 2016-2019. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2016.

Según las primeras diez causas de morbilidad por urgencias en el municipio de Chigorodó para el año 2014, la que más contribuyó fue asma no especificada y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. El sector donde más se presenta es en el área urbana y el género más afectado es el femenino en el caso del asma no especificada y masculino para el caso de la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

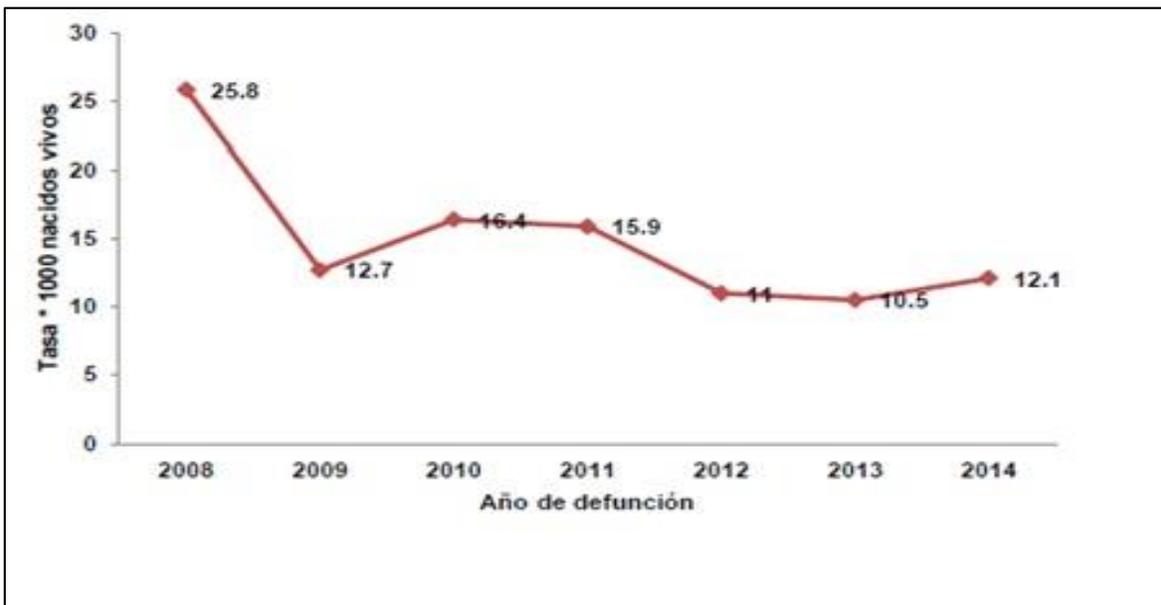
Tabla 3 Diez primeras causas de morbilidad por urgencias en el 2014.

Orden	Cod. Dx	Descripción	Total	%	Urbana	Rural	Masculino	femenino
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1,838	12.05	1,569	269	622	1,216
2	R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	1,745	11.44	1,525	220	916	829
3	R51X	CEFALEA	1,670	10.95	1,468	202	456	1,214
4	J46X	ESTADO ASMÁTICO	367	2.41	329	38	164	203
5	N390	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	328	2.15	280	48	65	263
6	R520	DOLOR AGUDO	303	1.99	260	43	128	175
7	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	286	1.87	256	28	130	156
8	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	271	1.78	235	36	140	131
9	K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	267	1.75	230	37	58	209
10	J459	ASMA NO ESPECIFICADA	259	1.70	220	39	124	135
11		OTROS	7,920	51.92	6,844	1,076	3,909	4,011
Total			15,254	100.0	13,218	2,036	6,712	8,542

Tomado: Secretaría de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Plan Territorial de salud Chigorodó- Antioquia 2016-2019. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2016.

A continuación, el PTS presenta el comportamiento de la mortalidad infantil en el municipio de Chigorodó, durante el periodo 2008-2012, en la siguiente figura:

Figura 3. Tasa de mortalidad infantil Chigorodó 2008-2012.



Tomado: Secretaría de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Plan Territorial de salud Chigorodó- Antioquia 2016-2019. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2016.

El año que más se presentaron muertes en niños menores de 5 años fue en el 2008, por cada 100.000 nacidos vivos fallecían 41 niños. Como dato llamativo menciona el PTS que dentro el periodo 2012-2015 se presentó 1 caso de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), y 5 casos de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) (49).

Como se mencionó anteriormente los PTS se armonizan con los Planes de Gobierno y de desarrollo, donde se formulan unas metas que se direccionan a cumplir y reducir las necesidades que encuentran cuando se realizan los respectivos análisis de información y de salud del territorio. Presentados los anteriores componentes, el PTS pasa a definir las metas e indicadores.

Ahora bien, respecto a dichas metas e indicadores en salud (que son las mismas presentadas en el plan de desarrollo municipal mostradas en la tabla 2), resulta llamativo que al revisarlas se encuentre solamente una relacionada explícitamente con la salud ambiental (mantener la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda), lo que en comparación con las que son algunas de las causas de consulta externa, urgencias y hospitalización, que podrían tener su origen en problemáticas de tipo ambiental (por ejemplo enfermedades respiratorias), no resulta consistente.

Esto a todas luces resulta insuficiente frente a las problemáticas de tipo ambiental que tiene un municipio con las características de Chigorodó (climáticas, topográficas, de saneamiento básico etc.), y las cuales como se mostró en el planteamiento del problema, generan una presencia importante de enfermedades transmitidas por vectores y otras infecciosas.

Adicionalmente debe señalarse que el reporte de los casos de IRA Y EDA en menores de 5 años corresponde únicamente a los años comprendidos de 2008-2014 y para años posteriores no se conocen datos, lo que no permite saber cómo ha sido el comportamiento en los años siguientes de este tipo de infecciones asociadas a elementos de diverso orden, incluidos los ambientales. Valga señalar que otros documentos técnicos de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, indican que podría haber una prevalencia mayor de estas enfermedades en el municipio de Chigorodó (18).

La otra meta que desde el punto de vista de este trabajo podría considerarse perteneciente al campo de la salud ambiental (aunque no se señala así en el PTS) es la de “Disminuir la tasa de mortalidad por malaria”. Igualmente, en este caso, resulta llamativo que esta meta ambiental no guarde relación con las causas de morbilidad y mortalidad presentados en los ASIS analizados; por una parte, en las causas de morbilidad no se aprecian consultas por malaria por lo que no es claro entonces por qué se prioriza esta meta. De otra parte, para las causas de morbilidad

que sí podrían considerarse con origen en factores ambientales (ejemplo, enfermedades infecciosas respiratorias agudas, e infecciones intestinales) paradójicamente no se formuló ninguna meta.

Otra situación llamativa de la meta relacionada con malaria es que al revisar la denominada línea base para la misma, se encuentra que esta es cero casos, situación que realmente de ser así, indica que la meta está mal formulada porque no se puede disminuir un fenómeno cuya prevalencia es cero.

En conclusión, respecto a las metas en salud y salud ambiental previstas en el PTS, las mismas se consideran insuficientes, eventualmente con errores de formulación, y sobre todo desde un punto de vista técnico de la salud pública, formuladas sin suficiente información, es decir, sin insumos amplios sobre la real situación de salud del territorio y las diferentes comunidades que en el habitan. En la discusión se profundizará un poco más en algunas explicaciones sobre las dificultades que se presentan en los entes territoriales para la formulación de los PTS.

12.

9.3 Contribuir con un análisis de política pública, a la toma de decisiones que ayude a la priorización dentro del municipio, de recursos y programas que impacten la salud tomando como referencia la dimensión salud ambiental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

El análisis de situación en salud (en adelante ASIS), permite, caracterizar, medir y explicar cómo se encuentra el estado de salud de los territorios. Siendo así un instrumento que identifica los desafíos y retos en salud en el marco de los determinantes sociales en salud (54).

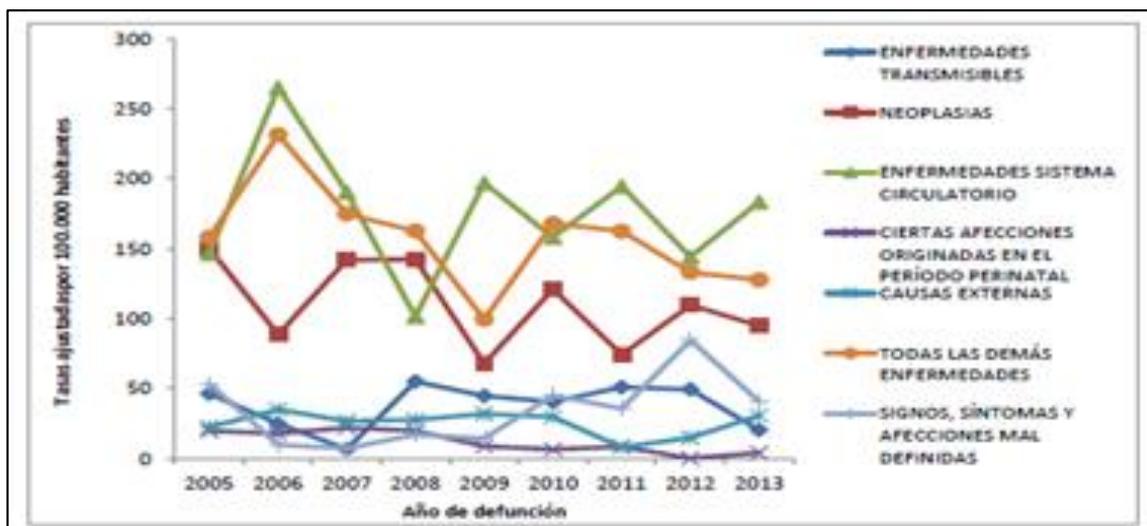
Los ASIS nos permiten identificar las necesidades y prioridades en salud, así como la intervención y los programas que puedan concretarse y la evaluación de los impactos de estos en la salud (54). La norma que regula los ASIS es la resolución 1536 de 2015 “por la cual establece las disposiciones sobre la planeación integral”, en lo establecido en el Título III, capítulo I, artículo 8(definición de ASIS), artículo 9(Identifica responsables de elaboración de ASIS), artículo 10 (contenido del análisis) y artículo 11(periodicidad de este) (52).

En el caso del municipio de Chigorodó, serán objeto de análisis los ASIS formulados para el periodo 2016-2019. Al revisar conjuntamente estos ASIS, se encuentra una estructura establecida de la siguiente forma: Capítulo 1. Caracterización del contexto territorial y demográfico, Capítulo 2. Abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes (análisis de morbilidad, análisis de mortalidad y análisis de determinantes intermediarios de la salud y estructurales de las inequidades en salud), y Capítulo 3. Reconocimiento de los principales efectos en salud identificados previamente (priorización de los principales problemas en salud).

Con base en la estructura anterior, al revisar el ASIS del año 2016 en lo que se refiere al capítulo 2, donde se hace el análisis con la información recolectada entre los años de 2005- 2013 se encuentran las siguientes causas de mortalidad: en hombres enfermedades respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, septicemia, VIH/SIDA. Para el caso de las mujeres las causas son: infecciones respiratorias agudas, seguido de las infecciones infecciosas intestinales (54).

Entre las neoplasias, la causa que presenta la mayor incidencia de mortalidad en los hombres es el tumor maligno de la próstata. Las primeras causas dentro de las enfermedades del sistema circulatorio en hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón. En la tasa de mortalidad en la niñez en el municipio de Chigorodó, entre el periodo comprendido entre 2005 a 2013 se encontró que la primera causa de mortalidad en las niñas es la tasa de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, mientras que la segunda causa de muerte en la niñez fue enfermedades del sistema respiratorio, por ejemplo, infección Respiratoria aguda IRA (55). Muchas de estas afecciones de la niñez se asocian con factores ambientales, por ejemplo, de tipo estacional o climático como las lluvias, mientras otras se asocian como las enfermedades de tipo parasitario a condiciones socioeconómicas y ambientales, como la alimentación, disponibilidad de agua potable y tratamiento de aguas residuales, factores que el mismo ASIS señala no se encuentran totalmente resueltos en el municipio.

Figura 4 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Chigorodó 2005-2013



Tomado de: Análisis de situación en salud Chigorodó 2016.

Pasando al ASIS 2017, este analiza la defunción que presenta estadísticas para el periodo 2005-2015. La principal causa de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, con un leve descenso con relación al año 2014, en segundo lugar, se ubican las demás causas¹ con una tasa de 122 muertes por cada 100.000 habitantes, con una disminución mínima con relación al año anterior, en tercer lugar, se sitúan las neoplasias con una tasa de 86 muertes por cada 100.000 habitantes para el año 2015 (56).

Según el mismo ASIS: “[...] los factores de riesgo ambientales también influyen en la aparición de tumores malignos de órganos digestivos, la exposición a la radiación o trabajar en la industria del caucho o carbón aumenta el riesgo de padecer este tipo de patologías. identificando las principales enfermedades que se relacionan, con estas causas se puede determinar que están relacionados con factores ambientales” (56).

En el caso de la población femenina, valga señalar la primera causa de enfermedad durante el periodo analizado son las enfermedades del sistema circulatorio del periodo de estudio. Con una tendencia preocupante se encuentran en segundo lugar las demás enfermedades (ya presentadas), con un comportamiento variable. Las mujeres son las mayores aportantes a este indicador debido a la exposición al aire contaminado de interiores procedentes de la utilización de la cocina, estas patologías pueden afectar en igual proporción a ambos sexos por lo que en hombres tiene un índice de tabaquismo mayor que el de la mujer, pero por lo general en algunos casos la mujer tiene a ser fumador pasivo afectándolo de una manera indirecta (56).

Puntualmente para el año 2015, dentro del grupo de neoplasias las que ocupan el primer lugar son los tumores malignos de cuello de útero, en segundo lugar, se encuentra los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas,

Cabe resaltar, que el municipio de Chigorodó trabaja en la sensibilización, preparación y promoción de los estilos de vida saludable en la población, que

¹ En los ASIS analizados las demás causas se refiere a: Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, trastornos mentales, y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Resto de enfermedades del sistema respiratorio, Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal, Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, Resto de enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema urinario, Hiperplasia de la próstata, Malformaciones congénitas y deformidades y anomalías cromosómicas.

ayuden a elevar la cultura sanitaria sobre la prevención los tumores malignos. Los factores de riesgo ambientales también influyen en la aparición de tumores malignos de órganos digestivos, la exposición a la radiación o trabajar en la industria del caucho o carbón aumenta el riesgo de padecer este tipo de patologías (56)

Como se había señalado antes, para este periodo las tasas de mortalidad en la niñez también se encuentran estrechamente relacionadas con diferentes variables, como el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños y niñas, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación, es decir las condiciones de vida y su estrecha vinculación con la pobreza (56).

También siguen presentándose casos de infección Respiratoria Aguda- IRA, en niños y niñas, presentándose una tasa superior a la departamental. Algunos factores asociados son la inmunosupresión, y la malnutrición. Por eso, es de suma importancia la inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales en este grupo poblacional (56).

Pasando al ASIS del año 2018 que presenta información con respecto al análisis del período 2005-2016, la principal causa de muerte sigue siendo las enfermedades del sistema circulatorio. Otra de las causas que mayor número de muertes ha generado durante el periodo de análisis son las demás causas, donde se resaltan principalmente las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la diabetes mellitus (57).

La principal causa de mortalidad en las mujeres del municipio durante el periodo de estudio, son las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades hipertensivas y las enfermedades cerebrovasculares (57).

De otra parte, debe señalarse que las enfermedades transmisibles también tienen presencia en el periodo. Se destacan la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, tuberculosis e infecciones intestinales. Las muertes por estas causas están directamente relacionadas con el hacinamiento, la desnutrición, la falta de acceso a agua potable y la pobreza, por lo cual es necesario implementar diferentes estrategias de salud pública, para reducir estos indicadores (57)

Para el ASIS del año 2019, en el período 2005-2017, las causas de mortalidad han mostrado un comportamiento variable, presentándose una leve disminución con relación al año 2016; la principal causa de mortalidad durante el periodo de análisis son las relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares, afectan a mujeres y hombres en igual medida (58).

Una vez presentada dicha información, de los ASIS y de acuerdo a los y con base en esto poder direccionar programas apropiados que impacten la salud. Por ser el foco de este trabajo, aquí se revisan las acciones priorizadas para la dimensión salud ambiental, las cuales se presentan en la tabla a continuación.

Cuadro 4. Priorización de problemas ASIS (elaboración propia).

Priorización de los problemas de salud		
Dimensión	Año	Problema priorizado
Salud ambiental	2016	Inexistencia de agua potable,
		Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada
	2017 2018 2019	Reducir brechas de inequidad en el acceso de acueducto y alcantarillado en el área rural.
		Aumento de impactos ambientales por la operación de sitios de disposición no controlada.

En el cuadro 4 puede observarse que la priorización de problemas para la dimensión salud ambiental se da mediante la proposición de unos problemas para el año 2016, y otros problemas para el periodo 2017-2019. Obsérvese que para el año 2016 se priorizan los problemas “inexistencia de agua potable” y “porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada”

Ahora bien, al retomar, por ejemplo, las causas de mortalidad presentadas en el ASIS del mismo año (en hombres enfermedades respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, septicemia, VIH/SIDA, y en mujeres, las infecciones respiratorias agudas, y las infecciones infecciosas intestinales), se puede plantear que, a nivel de dicho ASIS, existe una coherencia entre las causas de mortalidad (el ASIS no presenta las causas de morbilidad) y los problemas priorizados.

También puede observarse en la tabla 4, que en los ASIS de los años 2017 a 2019 fueron priorizados los problemas “reducir brechas de inequidad en el acceso de acueducto y alcantarillado en el área rural” y “aumento de impactos ambientales por la operación de sitios de disposición no controlada”.

Ahora bien, la principal causa de mortalidad para los años 2017-2019, tanto en hombres como en mujeres, son las enfermedades del sistema circulatorio. Caso aparte lo constituye la mortalidad infantil, sobre la cual para el año 2017 no se describen las enfermedades o causas que la generan, pero si se mencionan factores asociados a dicha mortalidad como agua potable y saneamiento básico, condiciones de nutrición, prácticas de higiene y alimentación, nivel educativo de las madres y el acceso a servicios sociales básicos, de salud y vacunación.

Partiendo de este hecho, se puede ver entonces que el primer problema priorizado para dicho periodo guarda consistencia con los factores asociados a la mortalidad infantil. Sin embargo, ni el primer ni el segundo problema, se relacionan prestan con las causas de mortalidad de la población adulta (hombres y mujeres), que como se acaba de ver, son, en primer lugar, las enfermedades circulatorias. De hecho, no resulta claro para atender cuáles problemáticas de morbilidad o mortalidad se ha formulado para tres años seguidos el segundo problema.

Es más, debe recordarse que en el ASIS 2017 también se mencionan los tumores malignos (no aclara si como causa de mortalidad o morbilidad) asociándolos a diferentes factores ambientales, y las enfermedades del sistema respiratorio en mujeres a causa del uso de leña para fogones, situación frente a la que no se identifican programa apropiados que impacten la salud dentro del PDM y PTS.

Se encuentran pues también contradicciones o inconsistencias entre los diagnósticos de salud poblacional y los problemas priorizados en los mismos ASIS, situación que como se ha visto en los anteriores apartados, se presenta también

en el Plan de Desarrollo y en los Planes Territoriales de Salud. En la discusión se presentarán algunos elementos que puedan ayudar a comprender estas situaciones, las cuales constituyen dificultades de planeación en salud en el municipio.

10. Discusión

Los resultados del presente estudio, sobre la dimensión salud ambiental en el municipio de Chigorodó, se obtuvieron tomando como objetivo el análisis de las metas y estrategias en salud ambiental, propuestas por el municipio, dichas metas parten, de las planteadas por el PDSP 2012-2021. Se utilizaron como fuentes de información documentos locales PDM, PTS y ASIS, los cuales son necesarios al momento de planear, tomar decisiones y a su vez, hacen parte de los insumos para cumplir lo propuesto por PDSP 2012-2021 en su dimensión salud ambiental.

La información obtenida brinda la posibilidad de conocer la dinámica de los factores ambientales que pueden influir sobre la salud de la población del municipio, en el periodo de 2016-2019; también se puede comprender la relación entre salud y ambiente. A partir de esto, comprender las necesidades a priorizar, tomar decisiones e impartir acciones que permita mitigar las enfermedades y mejorar las condiciones del entorno, generando las políticas acordes que promuevan la salud ambiental.

Es así, como el PDSP 2012-2021, planteó la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos en salud pública, estableció metas, objetivos y estrategias con el fin de mejorar aquellas condiciones o circunstancias sociales que hacen parte del desarrollo, la calidad de vida y del bienestar de las poblaciones. Es por esto que, las acciones que emprendieron los gobernantes de los territorios, frente a la planeación en salud debió estar relacionado directamente con lo planteado por cada una de las dimensiones y componentes del PDSP 2012-2021, enfocados en cada territorio.

Como se menciona anteriormente el PDSP 2012-2021, es una carta de navegación que plantea en el ámbito nacional, departamental y local las directrices de trabajo para dar respuesta a los desafíos en el ámbito de la salud. Es por esto que, los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo según sus necesidades y problemáticas. Dichos procesos deben ir enmarcados en el proceso de la planeación territorial, los cuales están definidos en la ley 152 de 1994, “por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”. La presente Ley tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo. En el capítulo VIII, artículo 32 define el alcance de la planeación en las entidades territoriales y la autonomía de estos en materia de planeación, además de que deben tener en cuenta, para la elaboración de las políticas y estrategias el plan nacional de desarrollo para garantizar la coherencia entre los territoriales y la nación (40).

A su vez, estos proceso de planeación local en salud, están normados por la ley 1438 de 2011, “por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 6 plantea que el Ministerio de Protección Social elaborará PDSP a través de un proceso amplio de participación social, el plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación de este, define que el primer plan decenal deberá ponerse en vigencia en el 2012 (33). Agregando a lo anterior, el artículo 11 hace referencia a las acciones de la salud pública, promoción y prevención, las cuales serán ejecutadas a través de la estrategia de atención primaria en salud, de

acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada (33).

Posteriormente, la resolución 1841 de 2013 “por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021”, el artículo 2 y 4, dispone que el Ministerio es el responsable de establecer las directrices y lineamientos para que las entidades territoriales adapten y adopten en cada cuatrienio el contenido establecido por el PDSP 2012-2021 a través del PTS. En esta misma resolución el ministerio de Salud y protección social Plantea en el Anexo 5 “Cuadro de indicadores de monitoreo y evaluación Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”, que contienen: Indicadores de impacto (efectos a mediano y largo plazo, puede tener uno o dos programas), indicadores de resultado (reflejan logros alcanzados por la entidad y se relacionan con los objetivos estipulados), indicadores de producto (están asociados a los bienes y servicios generados como resultado de la ejecución de los procesos) e indicadores de procesos (hacen seguimiento a la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y presupuesto) (43).

Adicionalmente, según el documento técnico del PDSP, los municipios de las diferentes categorías tienen diferentes responsabilidades. En el caso del municipio de Chigorodó que es de categoría 6, este documento señala que el municipio debe: “Incorporar los indicadores para medir logros en salud y generar la información requerida por el sistema de Información en Salud” y “Adoptar y adaptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión del talento humano, técnicos, administrativos y financieros del PDSP y su sistematización” (59).

Así las cosas, los municipios deben para cada cuatrienio hacer un reporte de seguimiento de indicadores de cumplimiento del PDSP. Estos indicadores deben quedar reflejados en el PTS y en el PDM, y la carga de dichos indicadores, así como el reporte en sus avances y cumplimiento, según la resolución 1536 de 2015(48), debe realizarse en el portal web del ministerio de salud. Es importante recordar que en el caso de la dimensión salud ambiental, esta tiene siete indicadores de resultado y treinta y cuatro de gestión (Ver anexo 1).

Es así como es posible, monitorear y seguir la situación de la salud de la población de acuerdo con las dimensiones y componentes planteados, adicionalmente potencializa la importancia de las políticas y estrategias de intervención individual y colectiva (43).

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, estas normas son el marco jurídico necesario para la adaptación e implementación del PDSP y que los entes territoriales a nivel nacional puedan definir las acciones a implementar, de acuerdo con las necesidades y condiciones del territorio. Teniendo en cuenta, que las anteriores normas indican las directrices con respecto a la estructuración de las acciones y como ser evaluadas.

Ahora si bien, pese a estas directrices de orden nacional, es importante señalar que en los entes territoriales la planeación en salud, y el reporte de los logros y los incumplimientos no transcurre de esta forma por diferentes motivos, lo cual dificulta enormemente para efectos de este trabajo la consecución de informes o reportes de avances sobre la dimensión salud ambiental del PDSP.

Muchas de las situaciones que han sido descritas por la literatura académica (58), respecto de la planeación territorial en salud, en el país, fueron vivenciadas en este trabajo. Entre estas encontramos:

Limitada capacidad técnica en salud pública de los equipos de salud locales: con frecuencia las personas que dirigen las acciones en salud pública en municipios, especialmente pequeños y apartados, pese a ser profesionales de la salud, no tienen suficiente experiencia y conocimiento técnico para la planeación territorial, el seguimiento de la misma, y la coordinación con los lineamientos nacionales.

La situación de la inexperiencia o poca idoneidad de los equipos de planeación salud, con frecuencia se relacionan también con nombramientos de tipo político más que técnico.

Falta de sistemas de información para la toma de decisiones: se refiere a la falta de sistemas y fuentes de información actualizados a nivel tecnológico y frente a la información que manejan, pues con frecuencia existen grandes rezagos y registros, que no permiten tomar decisiones con fuertes bases de información.

Pese a la gran cantidad de documentos técnicos en salud pública producidos por el ministerio de salud durante los diez últimos años (incluido el mismo PDSP), el modelo de aseguramiento en salud, que es el principal pilar del sistema de salud colombiano, ha producido en todos los niveles del sistema un bajo valor para las acciones en salud pública, las cuales han sido delegadas a los municipios con muy bajos recursos económicos para su ejecución, lo que agrava la situación de insuficiencia técnica de los entes municipales.

- Baja capacidad de coordinación interinstitucional: reflejada en la poca coordinación entre las mismas instituciones del sector salud como secretaria de salud, ESE municipal, IPS y EPS. Esto se refleja en diferentes versiones de documentos técnicos y de planeación.
- Baja capacidad de coordinación intersectorial: referida a poca articulación entre los diferentes sectores de gobierno (salud, ambiente, educación).
- Imposibilidad de implementación de lineamientos nacionales: referida a ciertos factores locales como las características de los territorios, el conflicto armado, y otros como que limitan la posibilidad de implementación de lineamientos nacionales.

Es así como las situaciones anteriores, dificultan la planeación en el municipio, y para efectos de este trabajo, limitaron la posibilidad de realizar análisis más amplios, y no meramente descriptivos sobre la implementación de la dimensión ambiental del PDSP. Con los pocos documentos que se pudieron acceder desde las instancias municipales, se encontraron algunas situaciones como las siguientes:

Respecto al PDM los objetivos que se podrían catalogar como objetivos ambientales, no se encuentran circunscritos al sector salud, si no que se encuentran dispersos entre varios sectores o líneas de este plan. Aunque, el PDSP 2012-2021 es de enfoque intersectorial y transectorial, los actores involucrados constituyen procesos donde se incorporaran las políticas en los territorios, las cuales conducirán a la consolidación de una concepción integral en salud.

Puntualmente, en el sector salud del PDM, el único objetivo formulado para la dimensión de salud ambiental es Objetivo de resultado: “Mantener la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda”, cuyo objetivo de programa es: “Realizar talleres para la promoción y/o prevención de la salud ambiental”. Frente a estos objetivos, valga señalar que, si bien la mortalidad en niños por enfermedades diarreicas agudas es una problemática en salud pública, derivada de factores ambientales, una intervención frente a esta problemática basada exclusivamente en talleres es a todas luces insuficiente, y requiere otra serie de estrategias incluidas el abastecimiento de agua potable.

Otra dificultad que se desprende de una revisión en conjunto de los objetivos en salud es entonces constatar que un tema tan amplio como la salud ambiental, queda circunscrito a un evento infeccioso puntual como son los episodios de EDA.

Tal y como se dijo anteriormente, varios objetivos que según el anexo 5 del PDSP hacen parte de la dimensión salud ambiental, en este plan de desarrollo se encuentran ubicados en el sector denominado “agua potable y saneamiento básico”. Estos objetivos se refieren principalmente a cuatro temas: a) aumento de cobertura de acueducto en zona rural y urbana; b) aumento de cobertura de alcantarillado en zona rural y urbana; c) Índice de riesgo de calidad del agua; d) aumento de cobertura de servicio de aseo.

Si bien estos objetivos guardan relación con las metas e indicadores establecidos en la dimensión salud ambiental del PDSP, los mismos se quedan cortos frente a la gran cantidad de estas, lo que deja abiertas preguntas sobre ¿Por qué no se planifican más metas ambientales en el municipio?; por ejemplo, esta baja formulación de objetivos ambientales a la falta de recursos para su ejecución, u otro factor de tipo organizacional y político.

La planeación en salud, fortalece la capacidad técnica y operativa de las entidades territoriales. En este caso del PTS contiene los mismos objetivos de salud ambiental que el PDM. Si bien es cierto, ambos documentos deben guardar congruencia, resulta claro, según la resolución 1536 de 2015 (52), la formulación de dimensiones, metas y estrategias debe hacerse considerando distintos insumos que incluyen el ASIS con enfoque de determinantes sociales de la salud y una caracterización de la población, que según el artículo 12 incluye un análisis de riesgo, características y circunstancias individuales y colectivas. Esta caracterización poblacional es responsabilidad de todas EPS, EAPB y ARL.

Igualmente se debe realizar una priorización en salud pública (artículo 19) a cargo del municipio, y siguiendo las directrices de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Sin embargo, al revisar el PTS, el único insumo que explícitamente se encuentra para realizar la planeación son las causas de morbilidad por consulta externa, hospitalización, urgencias, incluso con datos de varios años atrás. Otros datos utilizados son de mortalidad infantil.

Estos insumos claramente son insuficientes para realizar una planeación adecuada en salud, y aun considerando que los mismos tuviesen un buen nivel de calidad, se observa una desconexión de lo que estos datos señalan con varias de los objetivos formulados (No se aprecia en el PTS una relación entre situaciones detectadas y objetivos formulados). Aquí emerge una pregunta respecto de la capacidad de los encargados de formular los planes y objetivos municipales, de utilizar estas y otras fuentes de información de forma adecuada.

Valga anotar que los recursos obtenidos por los municipios desde el nivel nacional para diferentes temas, están definidos por la Ley 715 de 2001, “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”, y por la modificación de esta ley a través del artículo 2 de la ley 1176 de 2007 que señala: la participación para el sector educativo corresponde al 58.5%, la participación para salud es de 24.5%, la participación para agua y saneamiento básico es de 5.4% y un 11.6 corresponderá a la participación de propósito general (61).

Algunos trabajos han señalado que (62) estos recursos recibidos por los entes territoriales resultan insuficientes para el desarrollo de todas las necesidades que en los diferentes sectores tienen estos, incluidos los campos de salud pública y salud ambiental. La mayor parte de los recursos obtenidos en salud son destinados al aseguramiento en salud mientras que los programas de salud pública se ejecutan con recursos residuales.

Aunque no fue posible conocer el monto de los recursos destinados a salud y temas ambientales en el municipio de Chigorodó, una situación de insuficientes recursos como la que se acaba de plantear, podría explicar también una deficiente planeación y gestión de programas y planes en el municipio. Es por lo que, se considera necesario fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales al momento de la formulación de los PTS articulados con sus planes y políticas a desarrollar, buscando lograr la efectividad de las acciones en salud.

Cabe agregar que varias de estas dificultades fueron expresadas por diferentes funcionarios municipales, al momento en que se les realizó solicitud de insumos y productos definidos en la normativa; expresaban que, aunque la ley indica muchas cosas, otras son las que se pueden realizar.

Igualmente, algunos funcionarios informaron que mucha información relacionada con la gestión municipal, no se encontraba disponible debido a un incendio sufrido por la alcaldía en el año 2018 a causa de las protestas sociales.

11. Limitaciones

La información utilizada en este estudio fue obtenida de documentos municipales como el PDM, PTS y ASIS. Si es cierto se hubiese querido conocer informes de ejecución de los diferentes objetivos propuestos en estos documentos, no fue posible acceder a los mismos por los motivos ya expuestos. Esta falta de información limitó las posibilidades de análisis más profundos o más integrales, que en inicio pretendían ser análisis de política pública.

La información obtenida se usó conforme a lo entregado por la Secretaría Salud de Chigorodó.

El municipio de Chigorodó no tiene definido tampoco, dentro de los documentos revisados, los eventos en salud relacionados con salud ambiental. Tampoco disponen de documentos donde se logre identificar el alcance de las metas y objetivos logrados de acuerdo con las establecidas por el PDSP.

Así mismo, los informes presentados por la secretaria de Salud de las actividades ejecutadas no presentan los resultados de indicadores cumplidos, es decir, tiene como limitante la evaluación del cumplimiento del PDSP.

Al analizar las estrategias ejecutadas por la Secretaría de Salud, estas son desarrolladas a través del PDM y PTS del municipio de Chigorodó, sin embargo, al momento de realizar la búsqueda de programas y proyectos relacionados directamente con salud ambiental y el PDSP, estos no son específicos en esta área, por lo que dificultó el análisis al momento de realizar este trabajo.

12. Conclusiones

El PDSP buscó reducir las inequidades en salud y mejorar las condiciones de esta. Frente a esto dos aspectos ha contribuido a acrecentar la preocupación por las inequidades en salud. El primero tiene que ver con el aumento en las desigualdades sociales entre países, regiones y al interior de los países, entre grupos y estratos sociales. Un segundo elemento se trata de la constatación de que las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los grupos más pobres y el resto de la sociedad, sino también que en todas las sociedades la salud, y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud (59).

El PDSP tiene ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, siendo una de estas la dimensión de salud ambiental. Cada dimensión tiene metas e indicadores con diferentes propósitos. En el caso de la dimensión salud ambiental, esta tiene siete indicadores de resultado y veinte y cuatro de gestión.

En el caso del municipio de Chigorodó, no fue posible reconocer de manera clara la forma en que estos indicadores han sido incorporados en los documentos de planeación local en salud. El análisis del contenido que se hizo en este trabajo de los mismos, no deja claro con base en qué criterios se priorizan objetivos y metas en los documentos municipales. Incluso como se manifestó anteriormente no se observa una concordancia entre los diagnósticos definidos en estos mismos documentos y los objetivos y metas.

Esta falta de consistencia en la planeación municipal puede obedecer a diferentes factores. El primero es lo que se ha denominado la falta de capacidad técnica para la gestión de la salud y salud pública en los entes territoriales. Esta reducida capacidad técnica se relaciona con varios asuntos como: falta de capacitación a los funcionarios, y en otros casos falta de experiencia. También puede señalarse con frecuencia los lineamientos y políticas del orden nacional no son suficientemente claros, y la interpretación y, por consiguiente, la implementación de los mismos, puede darse de múltiples maneras, especialmente los municipios más apartados y pequeños.

El otro gran aspecto, que, aunque difícil de constatar, se ha señalado como limitante en planeación y ejecución local, es el presupuesto disponible. Con frecuencia los municipios no cuentan con los recursos suficientes para el desarrollo de los propósitos de gobierno, y la intervención de todas necesidades detectadas.

Así las cosas, aunque varias de las patologías que padece la población del municipio, y que son presentadas en los documentos analizados, pueden tener su origen en factores ambientales diversos, en muchos casos las metas propuestas son insuficientes y no se relación con las patologías o los problemas señalados.

Aunque las directrices nacionales y departamentales deben estar articuladas con las locales, para que las políticas públicas generen resultados propicios es necesario que se reconozca la fragmentación que hay en la intersectorialidad e instituciones, no permite que los mecanismos de acción conjunta sean direccionados a mejorar las condiciones de salud de la población.

Finalmente, la evaluación de los procesos es propicia para identificar la efectividad de las políticas públicas, metas y objetivos alcanzados y así poder tomar decisiones que permitan optimizar recursos y mejorar la calidad de vida de la comunidad.

13. Recomendaciones

El análisis del cumplimiento de los objetivos y metas del componente salud ambiental del PDSP, en el municipio de Chigorodó es importante al momento de medir la efectividad de las políticas públicas; lo cual nos permite intervenir el contexto de la población y conocer si las estrategias llevadas a cabo en salud ambiental son las propicias y generan resultados.

Se recomienda definir estrategias que ayuden a una mejor planeación local, en donde el gobernante territorial identifique el mapa de actores que debe hacer parte activa de la construcción de los planes, a partir de la perspectiva sectorial, transectorial y comunitaria la cual sea más compatible con los lineamientos de política local y nacional.

De acuerdo con los hallazgos encontrados del componente salud ambiental, el municipio ha desarrollado estrategias en educación ambiental que ayuda a mejorarlas condiciones del entorno, no obstante, es necesario mejorar el acceso a los servicios de acueducto para las zonas rurales y poblaciones más vulnerables, mediante la gestión de proyectos que promuevan la construcción de acueductos rurales y adecuación de almacenamiento de agua que permita el acceso de esta, así disminuir las desigualdades que existen en salud pública.

También, se recomienda el mejoramiento de las estrategias que buscan mejorar las condiciones de la calidad de entornos que mejoren la salud ambiental, es decir, no solo sensibilizar si no brindar a la comunidad herramientas que les permita mejorar las condiciones de vida, como la promoción y prevención de la salud, y acceso a saneamiento básico. Es necesario ejecutar programas y proyectos que fortalezcan la cultura de los ciudadanos en materia de salud ambiental.

Así mismo, este análisis permite determinar la necesidad de priorizar y sustentar la formulación de estrategias de intervención en salud ambiental y a su congruencia en la evaluación. Esto implica la gestión de recursos y definir los criterios que permitan fortalecer la atención en salud y focalizar recursos que ayuden a identificar y disminuir las complicaciones en salud asociadas al medio ambiente.

Como Administradora en Salud con énfasis en Gestión Sanitaria y Ambiental, recomiendo el fortalecimiento en la calidad de la información, y la de los diagnósticos en las consultas, para obtener de manera más clara la carga de la enfermedad ajustada a la situación actual, también mejorar las estrategias de intervención en salud, las cuales aporten resultados a mejorar la calidad de vida de la población.

14. Bibliografía

1. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. [Internet] Colombia [Consultado 2020 Oct 26]. Disponible en: <https://www.minambiente.gov.co/index.php/noticias-minambiente/47>.
2. Velásquez Gavilanes R. Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*. [Internet] 2009; 20:149-187 [Consultado 2020 Oct 26] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359633165006>.
3. Vélez Arango L. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. Hacia la promoción de la salud [Internet] 2007; 12: 63–78 [Consultado 202 Oct 26] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Colombia: 2021 [Consultado 2020 Oct 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>.
5. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010) [Internet] [Consultado 2022 Sept 19]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400003.
6. Arcaya M, Arcaya A, Subramanian S. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Rev Panam. Salud Publica* [Internet] 2015; 8 261-2714 [Consultado 2022 Sep 19] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/261-271>.
7. Gómez Arias RD, Velásquez Velez W, Rodríguez Ospina FL, Yepes Delgado C, Lopera Villa J, Martínez Ruiz O et al. *Manual de gestión de proyectos*. 2da ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Políticas públicas: Formulación y evaluación* [Internet] [Consultado 2020 Oct 31]. Disponible en: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/43323/LW_Polpub_antigua.pdf.
9. Dante Arenas C. *Evaluación de programas públicos*. [Internet] Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2011 [Consultado 2020 Nov 01] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46795/1/S2100039_es.pdf.
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Documento en el cual se sustenta, se articula normas y lineamientos para la aplicación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, Abril de 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consultado 2020 de Nov 3]. Disponible en: https://www.who.int/topics/environmental_health/es/.

12. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra [Consultado 2020 Nov 10] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-03-2016-an-estimated-12-6-million-deaths-each-year-are-attributable-to-unhealthy-environments>.
13. Organización Mundial para la Salud. Ambientes saludables y prevención de enfermedades [Internet] [Consultado 2020 Nov 10]. Disponible en: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdiseexecsumsp.pdf.
14. Organización Mundial para la Salud. Principales causas de mortalidad vinculada al medio ambiente. [Internet]. [Consultado 2020 Nov 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-03-2016-an-estimated-12-6-million-deaths-each-year-are-attributable-to-unhealthy-environments>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad en la Región de las Américas. [Internet]. [Consultado 2020 Nov 10]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=mortalidad-en-la-region-de-las-americas&lang=es.
16. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. [Consultado 2020 nov 12]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
17. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad ambiental en Colombia Informe Técnico Especial [Internet] [Consultado 2020 Nov 12]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10 Carga de enfermedad ambiental en Colombia.pdf>.
18. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Facultad Nacional de Salud Pública. Contaminación atmosférica y sus efectos sobre la salud de los habitantes del Valle de Aburrá., 2008-2015. 1ra ed. [Internet]. Medellín: Área Metropolitana del Valle de Aburrá; 2018. [Consultado 2020 Nov 13]. Disponible en: https://www.metropol.gov.co/ambiental/calidad-del-aire/Bibliotecaaire/Reanalisis/ContaminacionAtmosferica_y_sus_Efectos_en_la_Salud-AMVA_2019.pdf.
19. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Análisis de situación en Salud de Antioquia [Internet] [Consultado 2020 Nov 13]. Disponible en: <https://dssa.gov.co/introduccion-asis>.
20. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Análisis de situación en salud-Antioquia 2020 [Internet] [Consultado 2020 Dic 10]. Disponible en: [https://www.dssa.gov.co/images/asis/ASIS_ANTIOQUIA_2020_\(12-02-2021\).pdf](https://www.dssa.gov.co/images/asis/ASIS_ANTIOQUIA_2020_(12-02-2021).pdf).
21. Departamento Administrativo de Planeación. Gobernación de Antioquia. Anuario estadístico de Antioquia 2018 [Internet] [Consultado 2021 Jul 10]. Disponible en: <http://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/salud-y-proteccion-social-2018>.
22. Departamento Administrativo de Planeación. Gobernación de Antioquia. Anuario estadístico de Antioquia 2018. Hospitalización según agrupación de

- 22 causas en Antioquia 2018. [Internet]. [Consultado 2021 Jul 10]. Disponible en: <http://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/salud-y-proteccion-social-2018>.
- 23.** Alcaldía de Chigorodó. Plan de desarrollo Chigorodó: Construyamos juntos 2020-2023 [Internet] [Consultado 2021 Feb 5] Disponible en: https://chigorodoantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/chigorodoantioquia/content/files/000719/35915_plan-de-desarrollo-terminado-y-definitivo.pdf.
- 24.** Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública [Internet] [Consultado 2020 Nov 12] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf.
- 25.** Organización Panamericana de la salud. Determinantes ambientales de salud [Internet] [Consultado 2020 Dic 12] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>.
- 26.** Coronel Carbo J, Marzo Páez N. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. [Internet] [Consultado 2022 Agos 18]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017001200016.
- 27.** Colombia. Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible. Orientaciones para la definición y actualización de las determinantes ambientales por parte de las autoridades ambientales y su incorporación en los planes de ordenamiento territorial. 2ª ed. [Internet] Bogotá: D.C: Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; 2020 [Consultado 2022 Sep 19] Disponible en: <https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2020/06/CARTILLA-DETERMINANTES-AMBIENTALES-2021-ver-final-Circ.pdf>.
- 28.** Ministerio de Salud y protección Social. Salud pública [Internet] [Consultado 2022 Agos 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>.
- 29.** Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet] [Consultado 2022 Sept 19] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- 30.** Cifuentes G. El medio ambiente Un concepto jurídico indeterminado en Colombia.[Internet] [Consultado 2022 Sep 19] Disponible en: <http://repositorio.uac.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11619/1051/EI%20medio%20ambiente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 31.** Rengifo Cuellar H. Conceptualización de la salud ambiental: teoría y práctica (parte 1). Rev perú med exp salud publica [Internet]. 2008 [Consultado 2020 Oct 30] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400010.

32. Ministerio de Salud y protección Social. ABCDÉ de las evaluaciones [Internet] [Consultado 2022 Agos 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/abece-de-las-evaluaciones.pdf>.
33. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 47957 (Ene 19 de 2011).
34. Naciones Unidas. Protocolo de Kioto De la convención marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático [Internet] [Consultado 2020 Dic 12] Disponible en: <https://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf>.
35. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet] [Consultado 2020 Dic 12] Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)).
36. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas [Internet] [Consultado 2020 Dic 12] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_w eb.pdf.
37. Organización Mundial de la salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud [Internet] [Consultado 2020 Dic 12]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/social_determinant s_health/es/.
38. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991, julio 6. Bogotá;1991.
39. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41148 (Dic 23 de 1993).
40. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Diario Oficial, 41450 (Jul 19 de 1994).
41. Colombia. Congreso de la República de Colombia. 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. Diario Oficial, 46506 (Ene 9 de 2007).
42. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5165 de 1994, agosto 2, por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos. Bogotá:

Ministerio de salud; 1994.

43. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; Mayo 28 de 2013.
44. Colombia. República de Colombia y Departamento Nacional de Planeación. Conpes 3550 de 2008, noviembre 24, 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 D.C; 2008.
45. Ministerio de de Salud y Protección Social. Lineamiento para la conformación y operacion de los equipos funcionales del programa de promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. [Internet] [Consultado 2020 Dic 12] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamiento-programa-pyp-control-enfermedades-transmitidas-vectores-2017.pdf>.
46. Univerisidad del Valle. Perfil municipio de Chigorodó [Internet] [Consultado 2021 Feb 7] Disponible en: https://prevencionviolencia.univalle.edu.co/observatorios/antioquia/chigorodo/archivos/perfil_chigorodo.pdf.
47. Alcaldía de Chigorodó. Plan de desarrollo: Unidos si es posible por un Chigorodo educado y próspero 2016-2019 [Internet] [Consultado 2021 Feb 7] Disponible en: <http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-355399>.
48. Alcaldía Municipal. Generalidades - Municipio de Chigorodó - Antioquia [Internet]. [Consultado 2021 Feb 10]. Disponible en: <http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/municipio/generalidades-714792>.
49. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 18430 de 1993 octubre 4, por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; Ministerio de salud; 1993.
50. Colombia. Concejo Municipal de Chigorodó Antioquia. Acuerdo 006 de 2016, mayo 31 por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo "Unidos si es posible por un Chigorodó educado y próspero ". Chigorodó; 2016.
51. Departamento Nacional de Planeación. Manual de formulación de Planes de Desarrollo de las Entidades Territoriales [Internet] [Consultado 2021 Feb10] Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Portal%20Territorial/KIT-OT/Unidad-0-Digital.pdf>.

- 52.** Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015, mayo 11, por la cual se establece disposiciones sobre la planeación integral en salud. Bogotá D.C: Ministerio de salud; 2015.
- 53.** Secretaria de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Plan Territorial de salud Chigorodó- Antioquia 2016-2019. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2016.
- 54.** Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de Situación en Salud. [Internet] [Consultado 2021 Feb 10] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>.
- 55.** Secretaria de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Análisis de situación en Salud con el Modelo de los Determinantes sociales de Salud 2016. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2016.
- 56.** Secretaria de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Análisis de situación en Salud con el Modelo de los Determinantes sociales de Salud 2017. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2017.
- 57.** Secretaria de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Análisis de situación en Salud con el Modelo de los Determinantes sociales de Salud 2018. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2018.
- 58.** Secretaria de Salud y Bienestar Social de Chigorodó. Análisis de situación en Salud con el Modelo de los Determinantes sociales de Salud 2019. Chigorodó. Secretaría de Salud; 2019.
- 59.** Minsiterio de salud y protección social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales [Internet] [Consultado 2022 Feb 8] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/Gui%20ASIS%2028112013.pdf>.
- 60.** Alvarez L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet] 2009; 8 (17): 69-79 [Consultado 2022 Abr 11] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>.
- 61.** Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial, 44.654 (Dic 21 de 2001).
- 62.** Molina G, Roth A, Peters K, Oquendo T. Rectoría y gobernanza en Salud Pública: su debilidad e incertidumbre . En: Gaviria Ríos CL. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano : el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín:

Pulso & Letra Editores; 2013.163-174.

28 MAYO 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021"

ANEXO 5

Cuadro de indicadores de monitoreo y evaluación

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Tabla 5.1 Dimensión Salud Ambiental

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2021 se habrán creado, mantenido y/o fortalecido los diferentes espacios de gestión intersectorial a nivel nacional, en los departamentos, distritos, municipios y Corporaciones Autónomas Regionales CAR	Indicador de Gestión 1. % de espacios de gestión intersectorial creados, mantenidos y/o fortalecidos	<ul style="list-style-type: none"> Nacional Departamental Municipal Distrital Corporaciones Autónomas Regionales 	Anual
META 2. A 2021 el talento humano que desarrolla los procesos de salud ambiental, a nivel nacional, departamental y municipal, se habrá certificado en las respectivas competencias laborales	Indicador de Gestión 2. % de talento humano que desarrolla procesos de salud ambiental certificado en las respectivas competencias laborales	<ul style="list-style-type: none"> Nacional Departamental Municipal 	Anual
META 3. A 2021 las entidades territoriales de salud (departamentales, distritales y municipales), así como las Corporaciones Autónomas Regionales CAR, se fortalecerán orgánica y funcionalmente, en cuanto a infraestructura, talento humano, recursos financieros, equipos e insumos de oficina y/o planes logísticos estratégicos para la gestión pública de la salud ambiental	Indicador de Gestión 3. % de entidades territoriales con planes implementados de fortalecimiento institucional concentrados en infraestructura, recursos humanos y saneamiento de recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> Nacional Departamental Municipal Distrital Corporaciones Autónomas Regionales 	Anual
META 4. A 2017 se habrán priorizado las entidades territoriales según problemáticas de salud ambiental relacionadas con sustancias químicas, minería, exposición a mercurio, agroindustria, industria pecuaria, desarrollos tecnológicos y otros procesos, y el seguimiento a su implementación, con el propósito de una atención integral de los determinantes ambientales de la salud.	Indicador de Gestión 4. % de entidades territoriales priorizadas según problemáticas de salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Nacional, Depto. y Municipio Problemáticas de salud ambiental: sustancias químicas, minería, exposición a mercurio, agroindustria, industria pecuaria, desarrollos tecnológicos 	Anual
META 5. A 2021 las entidades territoriales de salud, departamentales, distritales y municipales, así como las Corporaciones Autónomas Regionales CAR, gestionan la inclusión del componente de	Indicador de Gestión 5. % de entidades territoriales que gestionaron inclusión del componente de salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial y en los Planes de Ordenamiento	<ul style="list-style-type: none"> Nacional Departamental Municipal Corporaciones Autónomas Regionales 	Anual

28 MAYO 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021"

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial PDT y en los de Ordenamiento Territorial POT.	Territorial		
META 6. Formulación, aprobación y divulgación de la Política Integral de Salud Ambiental PISA	Indicador de Gestión 6. % de entidades territoriales con Política Integral de Salud Ambiental formulada, aprobada y divulgada	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 7. A 2021 disminuir la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, medidos según el Índice de Necesidades Básicas Satisfechas NBI	Indicador de Gestión 7. Índice de NBI entre la población colombiana	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 8. A 2021 el 100% de las entidades territoriales implementan política de tenencia responsable de animales de compañía y de producción	Indicador de Gestión 8. % de entidades territoriales con implementación de la Política de tenencia responsable de animales de compañía y de producción	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 9. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto del 99% en áreas urbanas.	Indicador de Gestión 9. % de cobertura de servicio de acueducto en áreas urbanas	<ul style="list-style-type: none"> • Área urbana 	Anual
META 10. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto o soluciones alternativas del 83% en áreas rurales	Indicador de Gestión 10. % de cobertura de servicio de acueducto o soluciones alternativas en áreas rurales	<ul style="list-style-type: none"> • Área rural 	Anual
META 11. A 2015 se habrá diseñado y estará en desarrollo el programa orientado al suministro del agua apta para consumo humano para el 100% de la población, articulando políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, y la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico; y estrategias, tales como la de Producción más Limpia, Educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria	Indicador de Gestión 11. % de avance en el diseño del programa orientado al suministro de agua apta para el consumo humano	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
	Indicador de Gestión 12. % de avance en el desarrollo del programa orientado al suministro de agua apta para el consumo humano	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 12. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de alcantarillado del 99% en las zonas urbanas.	Indicador de Gestión 13. % de cobertura de servicio de alcantarillado en zonas urbanas	<ul style="list-style-type: none"> • Zona urbana 	Anual
	Indicador de Resultado 1. Incidencia de Dengue		
META 13. A 2021 se tendrá una cobertura de saneamiento básico del 76% en las zonas	Indicador de Gestión 14. % de cobertura de saneamiento básico en	<ul style="list-style-type: none"> • Zona rural 	Anual

28 MAYO 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021"

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
rurales.	zonas rurales		
	Indicador de Resultado 2. Incidencia de Dengue		
META 14. A 2021 se tendrá el 50% de aguas residuales domésticas tratadas en las áreas urbanas	Indicador de Gestión 15. % de cobertura de aguas residuales domésticas tratadas	<ul style="list-style-type: none"> • Zona urbana 	Anual
META 15. A 2021 el 100% de las direcciones territoriales de salud contarán con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	Indicador de Gestión 16. % de direcciones territoriales de salud con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	<ul style="list-style-type: none"> • Direcciones Territoriales de Salud 	Anual
META 16. A 2021 el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano elaborados contarán con los planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario encontrado	Indicador de Gestión 17. % de mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano con planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 17. A 2021 el 90% de las cabeceras municipales disponen técnicamente los residuos sólidos ordinarios	Indicador de Gestión 18. % de cabeceras municipales que disponen técnicamente de los residuos sólidos ordinarios	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeceras municipales 	Anual
META 18. A 2021 las entidades territoriales priorizadas implementan estrategias intersectoriales encaminadas a proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a los contaminantes presentes en el aire	Indicador de Gestión 19. % de entidades territoriales priorizadas con implementación de estrategias intersectoriales para proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a contaminantes en el aire	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 19. A 2021 se habrá diseñado y estará en proceso de implementación el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta	Indicador de Gestión 20. % de avance en el diseño del sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a exposición solar ultravioleta	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
	Indicador de Gestión 21. % de avance en la implementación del sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a exposición solar ultravioleta	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 20. A 2021 el 100% de las entidades territoriales de salud implementan la gestión integral de sus residuos peligrosos	Indicador de Gestión 22. % de entidades territoriales de salud con planes de residuos peligrosos implementados	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 21. A 2021 el país contará con estudios de la carga	Indicador de Gestión 23. % de entidades territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual

28 MAYO 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021"

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
ambiental de la enfermedad y costos en salud de los eventos prioritizados relacionados con el agua, el aire, el saneamiento básico, la seguridad química, el riesgo biológico y tecnológico, con estrategias de intervención a nivel territorial.	con estrategias de intervención relacionadas con carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de eventos prioritizados		
META 22. A 2021 se habrá diseñado y estará en desarrollo el Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de los Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental en conjunto con el Instituto Nacional de Metrología INM, el Organismo Nacional de Acreditación ONAC y el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM.	Indicador de Gestión 24. % de avance en diseño del Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
	Indicador de Gestión 25. % de avance en el desarrollo del Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de los Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 23. A 2021 los establecimientos de interés sanitario estarán vigilados y controlados, en un 80% para aquellos de alto riesgo, y en un 40% para los de bajo riesgo, según censo nacional y/o territorial.	Indicador de Gestión 26. % de establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados según censo nacional y/o territorial	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo • Bajo riesgo 	Anual
META 24. A 2015 se habrá formulado el componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC, e implementado en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud DTS (departamentales, distritales y de categoría especial).	Indicador de Gestión 27. % de direcciones territoriales con formulación del componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
	Indicador de Gestión 28. % de direcciones territoriales con implementación del componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 25. A 2015 se habrá formulado y estará en desarrollo la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública, en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud.	Indicador de Gestión 29. % de Direcciones Territoriales de Salud con formulación de la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
	Indicador de Gestión 30. % de Direcciones Territoriales de Salud con desarrollo de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual

28 MAYO 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021"

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
	de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública		
	Indicador de Resultado 3. Tasa de Incidencia de Leptospirosis Indicador de Resultado 4. Tasa de Incidencia de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	
META 26. A 2021 se mantienen coberturas útiles de vacunación animal para las zoonosis inmunoprevenibles de interés en salud pública.	Indicador de Resultado 5. Coberturas útiles de vacunación para Rabia en animales Indicador de Resultado 6. Incidencia de Rabia animal	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 27. A 2017 se habrá formulado y estará en desarrollo la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas que involucre todas las etapas del ciclo de vida de las mismas.	Indicador de Gestión 31. % de avance de la formulación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas de ciclo vital: infancia, juventud, adultez y persona mayor 	Anual
	Indicador de Gestión 32. % de avance de la implementación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentos • Municipios 	Anual
META 28. A 2021 las entidades territoriales departamentales, distritales y municipios priorizados implementan el protocolo de vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con la contaminación del aire, con énfasis en niños menores de 5 años.	Indicador de Gestión 33. % de entidades territoriales priorizadas con implementación del protocolo de vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con contaminación del aire	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentales • Distritales • Municipales • Niños menores de 5 años 	Anual
META 29. A 2021 se habrá formulado y estará en operación el Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental SUISA.	Indicador de Gestión 34. % de avance de la formulación del Sistema Unificado de Información en salud Ambiental SUISA	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentales • Distritales • Municipales 	Anual
META 30. A 2021 se reduce en 25% la mortalidad a causa de los accidentes de tránsito.	Indicador de Resultado 7. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	<ul style="list-style-type: none"> • Departamentales • Municipales 	Anual