

**DISEÑO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL MUNICIPIO DE
ZARZAL, VALLE DEL CAUCA**

WILLIAM ANDRES MURIEL

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADÉMICO ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS (3845)
ZARZAL VALLE
2017**

**DISEÑO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA EL MUNICIPIO DE
ZARZAL, VALLE DEL CAUCA**

WILLIAM ANDRES MURIEL

**Trabajo escrito presentado como prerrequisito para obtener el título de:
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS**

**Director trabajo de grado
Administrador de Empresas
FERNANDO MORENO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADEMICO ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS (3845)
ZARZAL VALLE
2017**

DEDICATORÍA

Dedico este trabajo de grado a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

*A mi madre **Leonor Muriel**, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme todo tú amor y fortaleza, eres la merecedora de todos los honores, todo esto es solo para ti y por ti...!!*

Finalmente, dedico este trabajo a todas y cada una de las personas que de alguna u otra manera, contribuyeron a que lograra esta meta que me propuse en la vida y que me ha permitido crecer intelectualmente como persona y sobre todo como ser humano.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a:

La Secretaría de salud y a la administración municipal por su apoyo y por servir como fuente de investigación para el desarrollo de este proyecto de grado, resaltando su disposición en todo momento.

A la Directora CECILIA MADRIÑAN POLO por su apoyo incondicional en todo este proceso y por su desempeño ejemplar en cuanto a la dirección de la sede.

A la Universidad del Valle, en el programa académico de Administración de Empresas, bajo la coordinación del Docente ROBERTO LUCIEN LARMAT, por sus acertadas orientaciones y opiniones; a los docentes por los conocimientos impartidos dentro de las instalaciones de la institución universitaria que hacen posible la culminación de este ciclo de profesionalización.

Al Docente Fernando Moreno, asesor y director del trabajo de grado, por su capacidad de escucha, su compromiso y disposición para atender a los estudiantes, sus oportunos consejos, asesoría y recomendaciones a lo largo de la realización del trabajo de grado que lograron abrir un panorama más amplio sobre el objeto de estudio que suscita el presente.

Finalmente a familiares, compañeros, amigos y colegas, ustedes fueron un apoyo inquebrantable durante este proceso. Gracias por su solidaridad, comprensión, aportes y por compartir desinteresadamente sus conocimientos y experiencias.

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL ASESOR DEL TRABAJO DE GRADO

**FIRMA DEL COORDINADOR DEL PROGRAMA
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS SEDE ZARZAL**

FIRMA DEL JURADO DEL TRABAJO DE GRADO

ZARZAL, VALLE DEL CAUCA, 2016

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 RESEÑA HISTÓRICA	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.2.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 GENERAL.....	19
1.3.2 ESPECIFICOS.....	19
1.4 JUSTIFICACIÓN	20
1.5 MARCO REFERENCIAL.....	21
1.5.1 MARCO CONCEPTUAL	21
1.5.2 MARCO TEORICO	23
1.5.3 MARCO CONTEXTUAL	48
1.5.4 MARCO LEGAL.....	52
1.6 DISEÑO METODOLOGICO.....	54
1.6.1 Tipo de investigación.....	54
1.6.2 Método de análisis.....	54
1.6.3 Fuentes de Información.....	54
1.6.4 Técnicas de recolección de la información.	55
1.6.5 Tratamiento de la información.....	56
2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACION ACTUAL EN SALUD DEL MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE	58
2.1 CONTEXTO: CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL	58
2.1.1 Localización	58
2.1.2 Límites geográficos	58
2.1.3 Extensión territorial.....	59
2.1.4 Estructuras físicas fundamentales	60
2.2 CONTEXTO: CARACTERIZACIÓN DEMOGRAFICA	61
2.2.1 Población Total	61
2.2.2 Población por grupos de edad y sexo.....	62
2.2.3 Población según pertenencia étnica	64
2.2.4 Tasa general de fecundidad.....	67

2.2.5 Tasa bruta de natalidad.....	68
2.2.6 Mortalidad	69
2.2.7 Morbilidad	74
2.3 CONTEXTO: CARACTERIZACIÓN SOCIOECONOMICA	77
2.3.1 Estratificación socioeconómica	77
2.3.2 Pobreza.....	78
2.3.3 Salud	79
2.3.4 Educación	82
2.3.5 Cobertura de servicios públicos	84
2.3.6 Conflicto armado y seguridad.....	85
2.3.7 Cierre de brechas	86
3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS Y TRANSVERSALES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE	91
4. DEFINICIÓN DE LOS EJES DE INTERVENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE	109
4.1 CONFIGURACIÓN ACTUAL.	114
4.1.1 Espacialización de las tensiones en el Territorio.	114
4.1.2 Identificación de los ejes estructurantes actuales que articulan la situación en salud.....	115
4.1.3 Construcción de la metáfora que identifica la situación actual de salud.....	117
4.2 CONFIGURACIÓN DESEADA	118
4.2.1 Espacialización del territorio o configuración deseada.....	119
4.2.2 Identificación de los ejes estructurantes de la situación deseada.	120
4.2.2 Construcción de la metáfora que identifica la situación deseada de salud.	121
5. PLAN DE ACCIÓN.....	123
6. CONCLUSIONES	135
7. RECOMENDACIONES.....	138
8. BIBLIOGRAFÍA	140
9. ANEXOS	142

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1 Diseño Institucional por funciones del SGSSS	33
Cuadro 2 Herramientas para el desarrollo de los objetivos de la investigación.....	57
Cuadro 3 Fortalezas y debilidades identificadas a través del diagnóstico realizado al municipio de Zarzal Valle.	88
Cuadro 4 Dimensiones prioritarias Plan Decenal de Salud Pública.	92
Cuadro 5 Identificación de las dimensiones prioritarias y transversales del municipio de Zarzal	96
Cuadro 6 Tensiones localizadas en el municipio de Zarzal Valle	110
Cuadro 7 Ejes estructurantes actuales identificados en el municipio de Zarzal.....	116
Cuadro 8 Ejes estructurantes deseados para el municipio de Zarzal	120
Cuadro 9 Objetivos, metas y estrategias para el PTS del municipio de Zarzal Valle.	123
Cuadro 10 Plan de acción en salud.	131

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1 Estructura de la Ley 100 de 1993.....	29
Figura 2 Estructura del sistema de seguridad social.....	30
Figura 3 Organización horizontal del nuevo SGSSS.....	31
Figura 4 Esquema del Mercado farmacéutico en Colombia.....	39
Figura 5 Dimensiones Prioritarias de la Salud Pública.	42
Figura 6 Dimensiones Transversales.	47
Figura 7 Símbolos Patrios Estado Colombiano.....	48
Figura 8 Símbolos y ubicación departamento del Valle del Cauca	49
Figura 9 Región Nortevallecaucana.....	50
Figura 10 Símbolos y ubicación del municipio de Zarzal.....	50
Figura 11 Ubicación y fachada exterior de la Alcaldía del municipio de Zarzal.....	51
Figura 12 División político administrativa municipio de Zarzal.....	59
Figura 13 Colombia indicadores de fecundidad 1985-2020	68
Figura 14 Tasa bruta de natalidad Colombia.....	68
Figura 15 nacimientos por tipo de sexo municipio de Zarzal años 2014 y 2015.....	69
Figura 16 Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Zarzal, 2005 - 2011...70	
Figura 17 Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del municipio de Zarzal, 2005 - 2013	71
Figura 18 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Zarzal, 2005 – 2013	72
Figura 19 Índice de pobreza multidimensional 2005	78
Figura 20 Tendencia índice de pobreza multidimensional (IPM) 2005-2014.....	78
Figura 21 Cobertura de salud 2012	79
Figura 22 Afiliados al sistema por tipo de régimen (Octubre 2015)	80
Figura 23 Pirámide poblacional registrados SISBÉN; 2016	81
Figura 24 Comportamiento puntaje SISBEN por zona.	82
Figura 25 Tasa de cobertura de educación neta 2014.....	83
Figura 26 Desagregación coberturas en educación 2014	83
Figura 27 Cobertura de servicios públicos 2014-2015.....	85
Figura 28 Componentes de la dimensión Gestión Diferencial de poblaciones vulnerables.	93
Figura 29 Componente de la dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.	94
Figura 30 Componentes para la identificación de tensiones y preguntas orientadoras.	95
Figura 31 Definiciones de configuración, configuración en salud y configuración actual y deseada.....	113
Figura 32 Mapa del territorio con la espacialización de las tensiones identificadas.	115
Figura 33 Metáfora gráfica y narrativa que identifica la situación actual de salud.	118
Figura 34 Mapa del territorio con la configuración deseada para el municipio de Zarzal.....	119
Figura 35 El Coclí, el ave que anuncia la llegada del tiempo de cosecha.	122

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfica 1 Estructura de la población Colombiana.....	36
Gráfica 2 Pirámide poblacional del municipio de Zarzal. 2005, 2015, 2020.....	62
Gráfica 3 Población por sexo y grupo de edad del municipio de Zarzal, 2015.....	63
Gráfica 4 Cambio en la proporción de la población por grupos etarios, municipio de Zarzal 2055 y 2015	64

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, municipio de Zarzal, 2015	60
Tabla 2 Población por área de residencia Zarzal 2015	61
Tabla 3 Proporción de la población por ciclo vital. Zarzal. 2005, 2013 y 2020	63
Tabla 4 Población por pertenencia étnica del municipio de Zarzal.....	66
Tabla 5 Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas del municipio de Zarzal, 2005-2011	73
Tabla 6 Principales causas de morbilidad, municipio de Zarzal 2009–2014.....	75
Tabla 7 Estratificación Socioeconómica Municipio de Zarzal.....	78
Tabla 8 Registros validados y puntaje SISBÉN.	82
Tabla 9 Comparativo niveles educativos municipales Vrs. Departamentales.....	84
Tabla 10 Hogares déficit cuantitativo y cualitativos.	84
Tabla 11 Número de beneficiarios por programas municipales 2015	85
Tabla 12 Cifras del conflicto armado y la seguridad en el Municipio de Zarzal 201485	
Tabla 13 Comparativo de cierre de brechas al 2015: Municipio, Departamento y Región.	87

INTRODUCCIÓN

El derecho a una Salud Digna y una vida sana es una condición esencial para asegurar la vida misma. Los niños, las niñas, los jóvenes, los hombres, las mujeres y los adultos mayores, requieren que sus condiciones de salud sean garantizadas para poder tener un desarrollo pleno de su ser, para poder desempeñarse en el mundo, para tener más oportunidades.

La descripción y análisis del estado de salud de la población, la evaluación como proceso de culminación y ajuste de cualquier intervención en salud, históricamente ha necesitado de información, bien sea cualitativa o cuantitativa, convirtiéndose dicha información en la herramienta fundamental para las secretarías locales de salud, pues es por medio de esta que se logra conocer el escenario actual de salud de los municipios y se proponen metas y objetivos durante el periodo de ejecución y administración.

Así mismo, Los procesos gerenciales modernos exigen documentos ágiles, dinámicos, asequibles y que contengan la información básica actualizada en un lenguaje técnico comprensible a los diferentes actores que intervienen en el sistema y en este sentido es el Plan Territorial de Salud, el que se convierte en la herramienta técnica que básicamente alimenta la argumentación, fundamentada para la toma de decisiones en cada uno de los procesos que contribuyen al cumplimiento de las Normas, Lineamientos y Políticas vigentes en el sector Salud.

El Plan de Salud Territorial se define como una relación de fines asociados al mejoramiento del estado de salud de un territorio y los medios para lograrlos a través de acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, recuperación de la salud y superación de daños, vigilancia, gestión del conocimiento y gestión de recursos del sistema.

Es así como en el presente documento y gracias al apoyo de la secretaria de salud y con el respaldo de la administración municipal, se presentara la situación de salud actual del municipio de Zarzal Valle, con la finalidad de tener una línea de base que permita identificar las falencias en salud del municipio y de acuerdo a ellas priorizar las dimensiones prioritarias y transversales, generando así las actividades pertinentes que permitan mitigar los impactos negativos y proponer a través de un plan de acción nuevas estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población Zarzaleña.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 RESEÑA HISTÓRICA

A la llegada de los conquistadores españoles, las tierras de Zarzal estaban habitadas por las tribus Dairamas, descendientes de los Quimbayas y otras de la familia Pijao. Se sabe que conservó su nombre de Zarzal, derivado del nombre de las plantas silvestres de Zarza, hasta 1850, cuando recibió el nombre de Libraida. Parece que este nombre le fue adjudicado cuando la abolición de la esclavitud, durante el gobierno del general José Hilario López 1849-1853, porque los esclavos de la Hacienda Las Lajas, al enterarse de la noticia, gritaban libraudos, libraudos, que equivalía a decir librados.

Las primeras casas fueron levantas en el sitio denominado Puebloviejo, hoy barrio Bolívar, pertenecientes en aquella época a la Hacienda Las Lajas. También se levantó allí la primera capilla de bahareque y techo de paja.

El caserío fue aumentando y sus moradores resolvieron construir nuevas casas con mejores materiales en donde hoy es el centro, dejando espacio para la plaza de mercado, que funcionó donde hoy está el parque Gaitán.

En esta forma se fueron organizando las calles y las carreras que conformaron la población, alcanzó luego la categoría de parroquia y posteriormente, la calidad de municipio. Perteneció originalmente al cantón de Cartago, luego a la provincia del Cauca, al distrito de Tuluá y por último, fue corregimiento del municipio de Bugalagrande, hasta el 1 de abril de 1909, fecha de la erección en municipio.

Zarzal, Cuna de hombres ilustres, entre los cuales se hace reconocimiento a los siguientes: Alfonso Várela Arana, Lubín Mazuera, Lisandro Várela y Luis Ernesto Rojas Triana, como músicos; Abogados; Vicente Vacca Valderrama, Alfonso Várela Arana, Héctor Fabio Várela Bejarano, También escritor, poeta, periodista y embajador de Colombia, Nelson Quintero Arana y Piedad Gómez Mejía; Historiadores: Miguel Camacho Perea, presidente honorario de la Academia de Historia del Valle del Cauca y destacado educador, autor de importantes obras didácticas, entre muchos otros que han dejado en alto el nombre del municipio.

La bandera del municipio de Zarzal fue creada el 12 de marzo de 1946, según acuerdo No. 05, consta de dos franjas iguales: amarillo arriba, que significa la riqueza del municipio, y verde en la parte inferior, que significa la esperanza y una estrella de cinco picos, que representa las principales vías de comunicación.

En cuanto a su geografía La mayor parte del territorio es plano y corresponde al fértil valle del río Cauca, el norte y al oriente se encuentran algunos accidentes orográficos de escasa elevación que hacen parte de la vertiente occidental de la Cordillera Central de los Andes, entre ellos se destacan el cerro de Pandeazúcar, los altos de La Aurora y Montenegro, la sierra del Salado y la sierra de Zarzal.

Sus tierras se distribuyen en los pisos térmicos: cálido 262 Km². y medio 100 Km²., regadas por los ríos Cauca y La Paila, además de algunos corrientes menores.

Limita por el norte con La Victoria; por el oriente con Sevilla; por el sur con Bugalagrande; y por el occidente, con Bolívar y Roldanillo.

La economía del municipio proviene principalmente del cultivo de la caña de azúcar, que ocupa más de 7.000 hectáreas y su procesamiento para la obtención de azúcar, dulces, panela, miel y otros derivados. Produce además, maíz, algodón, soya, yuca, plátano, arroz, y cacao. Son importantes también, la ganadería y el comercio.

Dispone de los servicios de acueducto, alcantarillado, energía, hospital, consultorio del Seguro Social, kartodrómo, bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, emisora, ancianato, guardería, teatro, estadio y varias sucursales bancarias.

El municipio de Zarzal pertenece a la Diócesis de Cartago, el Distrito Judicial de Buga, al Circuito de Registro de Tuluá, a la circunscripción electoral del Valle del Cauca, siendo además, circuito de registro notarial.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación en salud a nivel mundial, según un informe de la OMS, continua siendo precaria, pues a pesar de los progresos científicos registrados en este ámbito, los servicios siguen siendo desiguales, la propagación de las enfermedades transmisibles se mantiene, se verifica una atención no muy regulada de carácter comercial, el sector de la salud adolece de una enorme falta de fondos en muchos países, los sistemas sanitarios se fijan prioridades a corto plazo evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social, sin obtener los mejores resultados posibles para los recursos invertidos (OMS, 2014).

Latinoamérica tampoco es ajena a la situación mundial de inequidad en materia de salud. Como derecho humano, el acceso a estos servicios se han visto condicionados a la pugna entre economía y justicia, dominada actualmente por la primera, que hace que la salud sea en la práctica más un servicio accesible según el status económico que un verdadero derecho humano básico. Es por ello, que en los diferentes países latinoamericanos se han ido estableciendo reformas que permitan reestructurar el sistema de salud, mejorando así las condiciones de acceso y servicio para la población.

Colombia por supuesto no ha sido la excepción en cuanto a problemas de salud, pero ha sido a través de los años que se ha logrado una regulación, gracias al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual fue creado en el año 1993 (Ley 100) con el objetivo de generar condiciones de acceso a la salud para toda la población residente del país en todos los niveles de atención. Este sistema está basado en la mezcla pública - privada, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado (Agudelo, 2010).

Debido al diseño del SGSSS son numerosos los actores e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación: Ministerio de la protección social, superintendencia de servicios de salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de ellos juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medios de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación.

Así mismo, y considerando que la salud es un derecho constitucional, se declara que es el Estado Colombiano el encargado de velar por la prestación de dicho

servicio, para lo cual y con la finalidad de cumplir el objetivo de dicho sistema y promover el acceso a la salud a toda la población en el territorio nacional El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la Ley 152 de 1994, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011, y el artículo 2 de la Resolución 1841 de 2013, reglamentó mediante la Resolución 1536 de 2015, el proceso de planeación integral para la salud. Para lo cual, se tuvo en cuenta el principio de autonomía territorial, donde se adoptó, entregó y transfirió a los departamentos, distritos y municipios, la Estrategia Pase a la Equidad en Salud, la cual se desarrolla dentro del Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido como “el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud” (MinSalud, 2012). La estrategia plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permitirán a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los Planes Territoriales de Salud.

Por otro lado, dentro de la estrategia se inscribe la acción dentro de las competencias misionales de la autoridad sanitaria, reconociéndola y fortaleciéndola para la construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la función planificadora del Estado en el territorio. Logrando este propósito mediante la transferencia de elementos de la gestión pública que permitan mejorar el reconocimiento y la comprensión de los escenarios reales y la respuesta para la transformación de dichos contextos por medio de la formación activa de los agentes que intervienen en la planificación territorial, facilitando de esta forma la formulación de un Plan Territorial de Salud.

Pero si bien, se han generado todo tipo de leyes y normas en torno a la salud con la finalidad de analizar, diagnosticar y promover los derechos de la población a la salud, también es importante reconocer que no toda las estrategias y planes han cumplido sus funciones y por supuesto el Departamento del Valle del Cauca no ha sido ajeno a esto. El panorama que se observa es desalentador, hospitales que cierran sus puertas ante la falta de insumos, clínicas que anuncian su liquidación, ambulancias colmadas de pacientes sin saber qué rumbo coger, 500 niños con cáncer que claman por tratamiento y cientos de enfermos que esperan una simple bolsa de sangre hacen parte de la cruda realidad que padece la salud de los vallunos (Revista Semana, 2015).

Cabe señalar, que el detrimento de la salud en el Valle del Cauca está sujeta a la sumatoria de varios factores, que no solo se explican por los 600.000 millones de

pesos que las EPS les adeudan a los hospitales de la región. Además de lo anterior, hacen parte de esta pésima receta malas administraciones, corrupción, politiquería, equipos y las nuevas realidades del mercado, en el que los hospitales privados han crecido a mayor velocidad que los públicos. Según el Ministerio de Salud, de los 11 hospitales públicos departamentales del Valle, siete de ellos (Cartago, Zarzal, Tuluá, Roldanillo, Buenaventura, Cali y el HUV) están en alto riesgo.

De acuerdo a dicha información y demás factores que hoy por hoy hacen que la salud del Valle agonice, es necesario que el gobierno y las autoridades regionales del departamento no solo inviertan más dinero, sino que generen nuevos modelos de administración donde, los alcaldes y políticos no intervengan. Cabe resaltar, que mientras no haya una reingeniería seguirá pasando lo que se ve en Zarzal y Roldanillo, dos municipios separados por un río, en el que cada uno tiene un hospital idéntico, que presta los mismos servicios, cada vez con más dificultades económicas, pero que no quieren acabar porque es un gran empleador público, con contratos importantes, que recibe recursos del departamento y la nación.

Por lo anterior, es necesario analizar con mayor profundidad la situación actual del Municipio de Zarzal Valle con respecto a la salud. Situaciones como, el cierre del Hospital San Rafael, las condiciones laborales, la atención y condiciones de salud de la ciudadanía, la educación entre otros, son temas coyunturales que ameritan toda la atención por parte del gobierno y por supuesto de la alcaldía.

Es por ello, que la nueva administración del municipio de Zarzal valle, la cual tendrá vigencia durante el periodo 2016 – 2019, ha decidido iniciar un proceso de reestructuración a nivel global dentro del municipio, dentro de este se encuentra el diseño y mejoramiento de los diferentes planes de gobernabilidad; entre ellos, el Plan Territorial de Salud, donde se busca no solo generar el acceso al sistema, sino, identificar los factores, los escenarios y los riesgos a los que están expuestos los zarzaleños y de acuerdo a esto instaurar actividades, estrategias e inversiones a diferentes programas que promuevan una mejor calidad de vida de las presentes y futuras generaciones.

Para la realización del documento se tendrán como bases las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se recopila el Análisis Situacional de Salud del municipio (ASIS 2015), la Priorización mediante la estrategia PASE (Tensiones, configuración actual y deseada, metáforas y ejes estructurantes), El

Plan estratégico que incluye objetivos, metas y estrategias y finalmente el sistema de monitoreo y evaluación del PTS.

1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué elementos y características debería contener el Plan Territorial de Salud para el municipio de Zarzal a implementarse durante el periodo 2016 – 2019?

1.2.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son las condiciones actuales del municipio de Zarzal que permitirán identificar las fortalezas y debilidades para el desarrollo del Plan Territorial de Salud?
- ¿Cuáles son las dimensiones o escenarios que permiten categorizar las situaciones críticas en salud del municipio de Zarzal Valle?
- ¿Cómo sintetizar el estado de salud de la población y sus relaciones con las demás dimensiones del desarrollo?
- ¿Cuál sería el plan de acción que permita desarrollar las estrategias planteadas en el Plan Territorial de Salud?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Diseñar el Plan Territorial de Salud a implementar en el periodo 2016 – 2019 por la Administración del municipio de Zarzal Valle del Cauca.

1.3.2 ESPECIFICOS

1. Diagnosticar la situación actual del Municipio de Zarzal Valle, identificando así las fortalezas y debilidades para el desarrollo del Plan Territorial de Salud de acuerdo al Plan Decenal de Salud.
2. Identificar las dimensiones o escenarios que permiten categorizar las situaciones críticas en salud del municipio de Zarzal Valle.
3. Definir los ejes de intervención, hacia donde se direccionara el presupuesto de salud para municipio de Zarzal.
4. Elaborar, el plan de acción que permita desarrollar las estrategias planteadas en el Plan Territorial de Salud durante el periodo 2016 - 2019

1.4 JUSTIFICACIÓN

Mejorar el estado de salud de la población Colombiana para garantizar su bienestar y desarrollo ha sido siempre un propósito Nacional procurando que cada una de las familias colombianas estén en óptimas condiciones para estudiar, trabajar y recrearse, pudiendo así explotar todas sus capacidades físicas e intelectuales aportándolas al servicio de toda la sociedad, con el propósito de contribuir al logro de condiciones de vida dignas para todos. Es por ello que el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la Ley 152 de 1994, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011, y el artículo 2 de la Resolución 1841 de 2013, reglamentó mediante la Resolución 1536 de 2015, el proceso de planeación integral para la salud. Además, observando el principio de autonomía territorial, adoptó, entregó y transfirió a los departamentos, distritos y municipios, la Estrategia Pase a la Equidad en Salud.

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se desarrolla dentro del Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido como “el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud”. La estrategia plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permitirán a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los Planes Territoriales de Salud. Además, inscribe la acción dentro de las competencias misionales de la autoridad sanitaria, reconociéndola y fortaleciéndola para la construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la función planificadora del Estado en el territorio.

Desde este punto de partida, el diseño de un Plan Territorial, permite no solo definir las prioridades y metas en salud para el próximo cuatrienio, sino, mejorar las condiciones de vida de la comunidad, contribuir a generar mayor ampliación y acceso a los diferentes servicios y programas, siempre en busca de la eficiencia y eficacia en la ejecución de los recursos económicos tanto nacionales como departamentales en salud.

Es así como el presente documento, se convertirá en una guía clara donde a través del diagnóstico y la definición de los lineamientos se establecerá hacia donde deben estar enfocados los esfuerzos y los recursos del municipio de Zarzal; evitando caer en la tentación de dedicarse a tareas improvisadas, que no conduzcan a la solución de los principales problemas de salud de la población.

1.5 MARCO REFERENCIAL

1.5.1 MARCO CONCEPTUAL

- **PDSP (Plan Decenal de Salud Pública).**

En el marco de los mandatos vigentes, se presenta como un plan a mediano plazo, que compromete más de un periodo de gobierno, y que permite hacer propuestas estratégicas de mayor alcance. Es una ruta trazada por los ciudadanos, los expertos y el gobierno, para hacer converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país.

- **PTS (Plan Territorial de Salud).**

Es el instrumento de política pública que permite incorporar la salud en todas las políticas del territorio. Por lo tanto, será el componente transversal del plan de desarrollo territorial. Orienta las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias relacionadas con la salud a el fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio

- **SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud)**

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

- **Ley 100 de 1993**

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

- **Salud Pública**

“La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”

- **Enfermedad**

La enfermedad es un proceso y status consecuente de afección de un ser vivo caracterizado por una alteración de su estado, el proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto internos como externos.

- **Modelo de atención**

Se concibe como modelo de atención la manera como se atiende a un individuo en determinado servicio.

- **Modelo de prestación de servicios**

Se entiende como prestación de servicio la forma de atención de un programa determinado.

- **Promoción de la salud**

La promoción de la salud consiste en proporcionar a la población en colectividad, los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

- **Prevención de la enfermedad**

Son aquellas actividades, cuya finalidad es la identificación, control y/o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables

- **Protección específica**

Es el conjunto de actividades y procedimientos encaminados hacia una población en especial.

1.5.2 MARCO TEORICO.

La evolución del sistema de seguridad social colombiano, ha estado enmarcado por la situación social, económica y política del país en cada época, por lo cual para una comprensión adecuada del tema, es necesario analizar las características generales y la evolución de la misma.

Según la historia del sistema de salud en Colombia, esta puede sintetizarse por periodos.

Periodo de dispersión.

Este se caracteriza por la creación de un plan de beneficios de seguridad social, sin un plan establecido, es decir hay una dispersión de unos pocos beneficios en seguridad social, que tienen una cobertura limitada a militares, artesanos y a las primeras organizaciones obreras de la época, enmarcadas en un tipo de asistencia de organizaciones, tanto públicas como privadas de índole católico, como las hermanas de la caridad y médicos que actuaban como líderes comunales. En años posteriores se propone por el general Uribe Uribe, la asistencia pública como una actividad estatal, a fin de lograr quitar a este servicio el estigma de caridad. Los primeros esbozos de seguridad social económica financiada, se dan a través de la figura del Montepío, que eran cajas de socorro financiadas mediante contribución de miembros militares, la cual reconocía asignaciones económicas para las viudas de los militares, esta figura evoluciona hasta convertirse en las cajas de ahorro: Para esta época igualmente, se generan las primeras expresiones de cooperativismo a través de las cajas comunales de ahorro, los primeros beneficios sociales son para los militares y los integrantes de la clase obrera particular, de igual manera, se generan los Decretos de pensiones como el 1821 y 1823 sobre pensión vitalicia al libertador. Los primeros en gozar de los servicios de seguridad social en pensiones fueron los empleados civiles, los magistrados de la Corte Suprema, los educadores y los militares ley 50 de 1886, la pensión era la mitad del último sueldo devengado, la persona se pensionaba a los 20 años de servicio o por demostrar invalidez o el cumplimiento de los sesenta años.

La primera organización social formalmente organizada, fue la caja de fuerzas de retiro de las fuerzas militares, creada por la ley 75 de 1925. Una segunda etapa de esta época se genera con la creación de caprecom con ley 82 de 1912 la cual protegía a los trabajadores de la rama postal y telegráfica. Los primeros beneficios prestacionales son fruto de las luchas obreras y de acciones humanitarias del

estado. Como lo demuestran: Ley 57 de 1915 sobre accidentes de trabajo ratificada al ser asesinado el general Uribe Uribe ponente de la propuesta. La aparición de reglas de origen reivindicatorio las que regulan y reglamentan el trabajo de menores, se dictan las primeras normas sobre higiene y asistencia social. Las posteriores leyes en cuanto a seguridad social estarían influenciadas por la creación del seguro social alemán, el cual fue tomado como modelo para el desarrollo de la seguridad social en Colombia.

Periodo de organización del sistema 1945-1967.

Este periodo encuentra su caracterización, con la aparición de normas que regulan las relaciones laborales tanto para el sector público, como para el sector privado, según el Decreto 2350 de 1944 y la Ley 6 de 1945 El factor más relevante de la época, para la seguridad social es la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, ley 90 de 1946. Antes de esta época, el empleador debía cubrir las siguientes obligaciones laborales: accidentes de trabajo, por enfermedad profesional, gastos funerarios, las vacaciones y las cesantías, con la aparición del seguro social todos los patrones estarían obligados a pagar las prestaciones sociales, pero dejarían de estar a cargo de estas responsabilidades, cuando el riesgo fuera asumido por el ICSS. Se eligió como modelo en seguridad social el alemán, el cual centraba la protección en los asalariados, en vez de orientar el sistema al conjunto de la población, económicamente se pensó que con la industrialización existía la necesidad de repartir la carga financiera a empresarios y trabajadores. Se establecieron la pensión vitalicia de jubilación, la pensión de invalidez, el seguro por muerte, el auxilio por enfermedad no profesional, la asistencia médica y los gastos funerarios, se creó la Caja Nacional de Previsión Social entidad encargada del pago de las prestaciones oficiales. Al estar unificado el sistema de seguridad social en salud, empieza a presentar, el problema de que no se discriminaba entre riesgos económicos en pensión y salud, por lo cual las pensiones terminaron pagándose mediante transferencias presupuestales.

Las afiliaciones se produjeron gradualmente y por grupos. Al aumentar el número de afiliaciones se empezó a presentar el déficit hospitalario y de escasez de médicos, por lo cual se debieron limitar la cantidad de afiliaciones, y se empezaron a construir hospitales propios en los departamentos, esto igualmente genero el descontento de la población médica y fue así como se crearon, los primeros sindicatos médicos. Se Inició el régimen de subsidio familiar y las cajas de compensación familiar ley 90 de 1946 y la aparición del Sena en 1957, estas dos instituciones, lograron la unión y se crearon los aportes patronales el 4% de la

nómina y el 1% restante para el Sena. A partir de este periodo se empiezan a vislumbrar problemas de base, en cuanto al desarrollo de políticas de seguridad social basada en el modelo alemán, modelo limitado en cuanto a la cobertura de afiliados, el cobro de las cuotas por pensión no alcanzaban para manejar los costos y no se unificó la seguridad social para los sectores público y privado, pero a pesar de esto se creó con un marco jurídico ajustado a la realidad socio económica del país

Periodo de expansión 1967-1977.

Como su nombre lo indica el predominio de esta época, estuvo caracterizada por la expansión geográfica de la cobertura de la seguridad social en Colombia, pero también por el preámbulo de la crisis que presentaría más adelante el sistema. En cuanto al tema de las pensiones aparece el seguro de invalidez, vejez y muerte Decreto 1824 de 1965 al igual que la reglamentación de la edad mínima pensional. En 1976 se llevó a cabo un contrato de fideicomiso y suscripción de bonos de valor formado entre el ICSS, el gobierno y Banco de la República, el cual debía estar repartido en un 80% para la seguridad social, el 10% para atender la liquidez del instituto y el 10% para el Fondo Nacional Hospitalario. A pesar de esto, el incumplimiento de los giros del gobierno, la corrupción y la politización crearon grandes debilidades presupuestarias, por lo tanto el ICSS empezó a financiar aún más, los recursos pensionales, con los recursos de la salud. Las expansiones se hicieron a los departamentos, aumentando la cobertura a los sectores rurales Decreto 433 de 1971, se reglamentó el pago de subsidio familiar de los sectores público y privado según la ley 56 de 1973. Se da la tecnificación del sistema de seguridad social del sector oficial, en el tema de cesantías, las entidades prestadoras de este servicio, debían entregar anualmente al Fondo Nacional del Ahorro las cesantías de los trabajadores a partir del 1 de enero de 1969, se pagaban al retiro del servidor o a través de avances o préstamos, además de ofrecer planes de vivienda a sus afiliados.

Periodo de cambios y crisis 1977-1990.

En este periodo se reorganiza todo el régimen de seguros sociales en el país, con el Decreto 1650 de 1977 por el cual se pasa de ser el instituto Colombiano de Seguros Sociales, a ser el Instituto de Seguros Sociales, los trabajadores pasaron a ser trabajadores oficiales, con derecho a negociación colectiva, igualmente se buscaron soluciones a la pensión sanción, la cual se integra con la de vejez. Se regulo el régimen legal del subsidio familiar que lo reorganizo al igual que las

entidades que lo administraban. Se unificó la edad pensional en 55 años con proporcionalidad en la base de pensión y los factores de liquidación, La ley 71 de 1988 creó la pensión de jubilación por aportes, unificando los tiempos pensionales de los sectores públicos y privados. Se permitió la afiliación con base en un ingreso inferior al salario mínimo.

Periodo de reformas institucionales.

Las reformas de esta época se lograron a través de la ley 100 de 1991, la cual estuvo marcada por efectos económicos, políticos y sociales a nivel nacional e internacional, la apertura económica y la nueva constitución dieron un viraje importante a la seguridad social en el país, partiendo desde los nuevos artículos de la Constitución Nacional de 1991, donde se consolida la seguridad social como un derecho público, se dieron herramientas al Estado para que ejerciera la dirección, coordinación y control del sistema, correspondiendo estas obligaciones tanto a las entidades públicas, como a las entidades privadas y se dispone de la salud como un servicio público esencial y altamente intervenido por el Estado.

El Sistema Nacional de Salud estaba conformado por las siguientes entidades públicas: Hospitales de primero, segundo y tercer nivel, y Centros y puestos de salud en municipios pequeños, un jefe seccional de salud para cada departamento y el Ministerio de Salud que definía políticas y programas y era el encargado de nombrar a los jefes seccionales, quienes eran los encargados de diagnosticar el estado de salud de la población, de planificar los servicios, administraban los recursos financieros, vigilaban y controlaban los indicadores básicos de salud pública y ejercían vigilancia y control de los recursos físicos y financieros. Era evidente que ante tanta multiplicidad de funciones se generara un esquema ineficiente, y altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues prácticamente se trataba de ser juez y parte (Ministerio de protección Social, 2008).

Las direcciones seccionales de salud eran las responsables de: dirigir el sistema territorial de salud, adaptando los lineamientos del orden nacional a la realidad política y epidemiológica de la región, prestar los servicios de salud a través de una red de instituciones de carácter público, ejercer las funciones de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental y vigilar y controlar la ejecución de los recursos transferidos a los hospitales públicos.

Para el año 1990 se da la Ley 10, donde se sientan las bases de la transformación del sector salud, pues descentraliza la administración de los servicios, da

fundamento legal a la constitución de los fondos locales de salud, refinancia el sector y eleva la salud a la categoría de servicio público, la participación social se legitima a través de los Comités de Participación Comunitaria y la representación de la comunidad en las Juntas Directivas de los Servicios, colocando los servicios de salud en manos de alcaldes, gobernadores, intendentes y comisarios, estableciendo juntas directivas para cada puesto, centro de salud y hospital con participación de las organizaciones de la comunidad usuaria; fue la pauta de las grandes transformaciones en salud (Orozco, s.f.). En efecto, la definición de salud como “servicio público”, la devolución de responsabilidades en la materia a los entes territoriales, la reorganización de la carrera administrativa, la redistribución de las fuentes financieras fue entre otras la materia renovada por esta Ley que constituye base aún en lo compatible con las normas que rigen actualmente la salud.

En cuanto a las relaciones laborales estuvieron basadas en la ley 50 de 1990, apareció el contrato a término fijo, modifico la indemnizaciones por terminación injustificada del contrato y elimino la acción de reintegro por despido a trabajadores con 10 años de trabajo en una empresa. El ISS fue reestructurado por el Decreto 2148 de 1992, cambio de ser un establecimiento público, a ser una empresa industrial y comercial del Estado, se favoreció el retiro masivo de funcionarios, se reestructuraron igualmente el Ministerio de salud, la Superintendencia Nacional de Salud, La Superintendencia del Subsidio Familiar, el Sena y la caja de Previsión Social de la superintendencia Bancaria, esto culmina con la nueva ley de seguridad social, que es la ley 100 de 1993, con la reforma financiera la cual faculto a los fondos de cesantías a administrar los fondos de pensiones.

Así mismo, años después aparece **La Ley 60 de 1993**, la cual establece la distribución de los dineros de acuerdo con la población atendida y por atender. Esto se hará atendiendo el tipo de gasto en salud, es decir, si es afiliación al régimen subsidiado, atención a la población pobre no asegurada y que se debe atender a través de los hospitales, y acciones de prevención y promoción en salud pública (Nullvalue, 2001), además, distribuye las competencias y recursos entre las entidades nacionales y territoriales, define el situado fiscal y su destinación por parte de los municipios a áreas prioritarias de inversión social. Con la expedición de esta Ley, el sector salud se fortalece con el aumento de los aportes y se consolida el proceso de reestructuración que comenzó con la expedición de la Ley 10 de 1990.

La Ley 60 de 1993, aprobada unos pocos meses antes de la Ley 100, reguló las competencias y recursos y fijó las bases para la descentralización administrativa y la prestación de los servicios de salud. Se creó el Fondo Nacional del Pasivo Prestacional, como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, con independencia contable y estadística, para el pago del pasivo prestacional de los servidores del sector salud, por concepto de cesantías, reservas para pensiones y pensiones de jubilación; los recursos se giran directamente a la entidad de previsión que administre cesantías o al fondo de cesantías público o privado en donde se encuentre afiliado el servidor de la salud beneficiario (Arango, 2007).

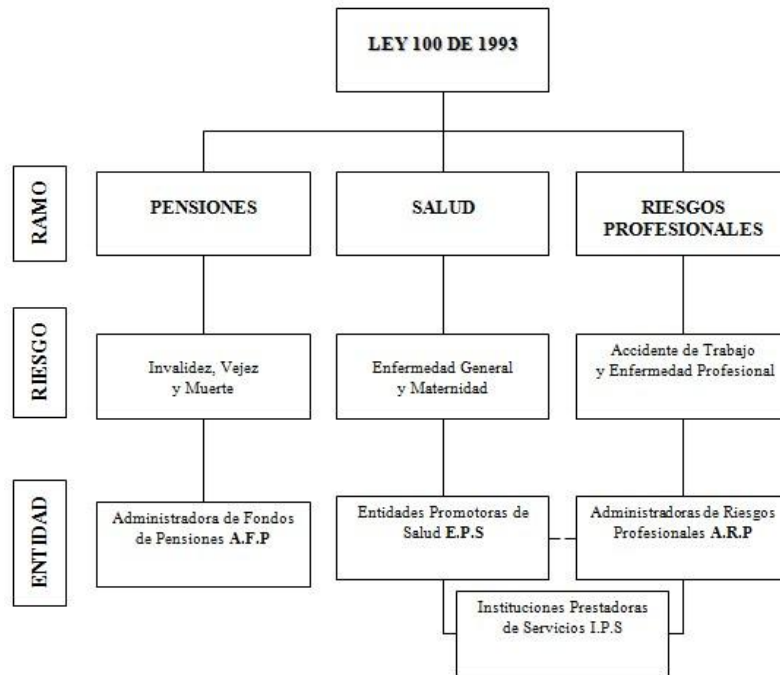
La ley también estableció realizar las acciones de fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas; los municipios pueden prestar servicios correspondientes al segundo y tercer nivel de atención en salud, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita , y garantizar debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud que le corresponden, previo acuerdo con el respectivo departamento. La prestación de estos servicios públicos de salud, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los municipios determinados por los departamentos (Constitución Política, 1991).

Organización del sistema a partir de 1993.

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993, en esta se reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte de este el Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social (Wikipedia, 2016).

La estructura del Sistema de seguridad social, está compuesta tal y como se muestra en la figura 1.

Figura 1 Estructura de la Ley 100 de 1993



Fuente. Ministerio de Salud

Con la Ley 100/1993 se generaron cambios profundos a partir de 1994 en la organización, funcionamiento, y financiamiento de los servicios de salud. Mostrando así una estructura detallada del sistema colombiano de Salud, identificando los organismos de dirección, vigilancia y control a nivel nacional, la cual puede ser observada en la figura 2.

El sistema de salud Colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados, pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago

capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta, aun cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de su bolsillo.

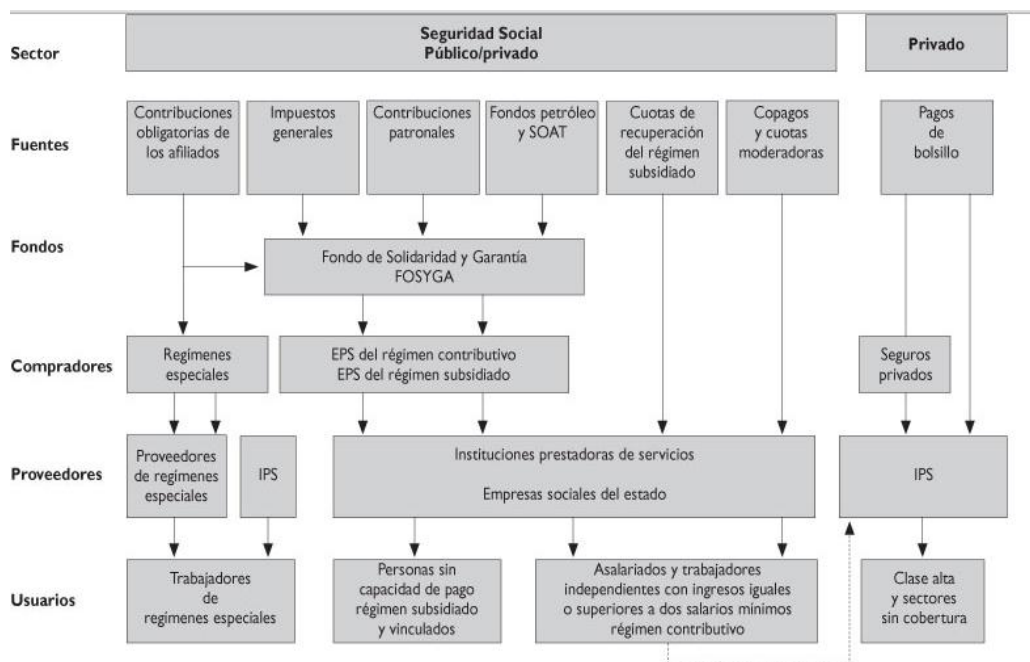


Figura 2 Estructura del sistema de seguridad social.

Fuente. MinSalud

De igual manera dentro del marco de la ley 100 de 1993, resultan cuatro subsistemas concebidos y organizados horizontalmente para manejar las contingencias económicas derivadas de los riesgos de salud en la población (Ver figura 3).

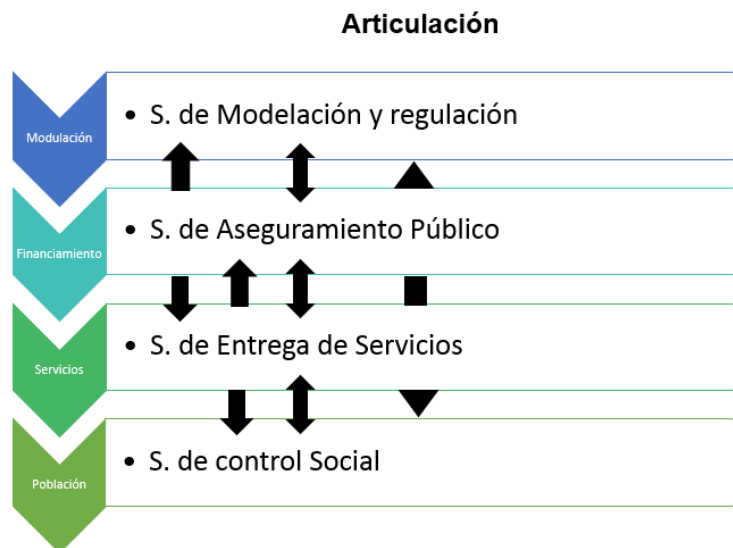


Figura 3 Organización horizontal del nuevo SGSSS

Fuente. Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Subsistema de Modulación y Regulación. La organización y funcionamiento de todo el SGSSS, está fuertemente modulada y regulada por el Estado en Colombia, a través del CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), la Supersalud y el Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Salud: Es el organismo encargado de coordinar y reglamentar la prestación de los servicios de salud en el país, define cuáles son los servicios que tienen derecho a recibir los afiliados al sistema, cuánto deben pagar de cotización y cuál es la suma que deben recibir las EPS por la atención de cada uno de ellos. Determina además qué servicios cubre el régimen subsidiado de salud y cuáles son los criterios para incluir en él a las personas de escasos recursos. Las decisiones del Consejo son obligatorias y deben ser adoptadas por el Gobierno. Está conformado por los Ministros de la Protección Social y Hacienda, el Director del Instituto de los Seguros Sociales y representantes de las EPS, IPS, las entidades departamentales y municipales de salud, los profesionales de la salud, los empleadores y los trabajadores, entre otros.

Superintendencia Nacional de Salud. Es el organismo encargado de vigilar a las entidades que prestan servicios de salud en el país, ante la Superintendencia de Salud se pueden presentar quejas contra las entidades de salud por la mala atención de sus usuarios, por negar injustificadamente la afiliación a alguien que lo solicita, por cobrar preexistencias sin razón válida o por negar la atención de

urgencias a una persona. También se puede denunciar ante esta entidad a los empleadores que no inscriban a sus trabajadores al régimen de salud o no giren oportunamente los recursos que les corresponde pagar. A la Superintendencia, le corresponde además autorizar la constitución de nuevas EPS y expedirles certificado de funcionamiento, además de supervisar las tarifas que cobran y la calidad de su servicio.

Ministerio de la Protección Social. Es el encargado de fijar, bajo la dirección del Presidente, las principales políticas del sector de la salud en Colombia. En especial, regula la actividad de las EPS, las IPS y todas las entidades encargadas de prestar servicios de salud, coordina la distribución de recursos a las entidades territoriales y maneja los programas básicos de prevención y fomento de la salud. Además de que el Ministro de la Protección Social es quien preside el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS), el Ministerio se encarga de elaborar todos los estudios que requiera dicho organismo para adelantar sus funciones.

Esta vigilancia y control del Estado es con el fin de corregir las imperfecciones inherentes a la prestación de los servicios de salud y garantizar, los principios generales de solidaridad, eficiencia, calidad y universalidad, contenidos en la Constitución.

Subsistema de Financiamiento y Aseguramiento. Los servicios cubiertos por el SGSSS, se financian a través de un sistema de aseguramiento público (subsidios a la demanda), que le permite al Sistema asumir, disminuir y diluir las contingencias derivadas de los riesgos de salud especificadas en un plan único de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el POS subsidiado.

El aseguramiento es administrado por Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Entidades Promotoras de Salud - Subsidiadas (EPS-S), de naturaleza pública o privada. Estas empresas asumen las contingencias especificadas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), bajo dos regímenes de aseguramiento: contributivo (RC) y subsidiado (RS), en términos generales, el POS (a cargo del régimen contributivo) y el POS-S (a cargo del régimen subsidiado) se financia con recursos que son de naturaleza pública, a través de una suma fija de dinero que el SGSSS le paga a las EPS y a las EPS-S a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación (UPC); los mecanismos de pago de la UPC a las EPS y EPS-S por parte del SGSSS son diferentes dependiendo del tipo de régimen de aseguramiento.

El primero, el subsistema de regulación y control, el cual está organizado en forma descentralizada y comprende los instrumentos de regulación del SGSSS y las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidas el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud-DTS.

Subsistema de Entrega de Servicios. Para garantizar el acceso de la población afiliada al POS, las EPS ofrecen los servicios de salud de dos formas: directa, a través de sus redes propias, o indirecta, a través de contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), públicas o privadas. Además de la capitación¹ hacia las EPS, el SGSSS contempla también formas de capitación hacia las IPS. En Cuadro 1. Se resume lo expresado anteriormente:

Cuadro 1 Diseño Institucional por funciones del SGSSS

FUNCIÓN	AGENTE ENCARGADO
Rectoría	(MinSalud) Ministerio de Salud (CNSSS) Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (SuperSalud) Superintendencia Nacional de Salud (INVIMA) Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Direcciones de salud departamentales, Distritales y Locales. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
Financiamiento	(FOSYGA): Fondo de Solidaridad y Garantía a través de: Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado Subcuenta de Promoción a la Salud Subcuenta de Riesgos Catastróficos Fondos de Salud Departamentales, Distritales y Locales
Articulación	(EPS), Entidades Promotoras de Salud públicas y privadas (EPS-S) Entidades Promotoras de Salud - Subsidiadas
Prestación	(IPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas

¹ La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado

Fuente. Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención, 1999

Así mismo, el Estado Colombiano decide reemplazar el modelo público de oferta subsidiada de servicios por un modelo de libre competencia regulada, con subsidio a la demanda como principal objetivo para proteger a la población más vulnerable en este aspecto. Este subsidio sitúa a estos usuarios en condiciones de igualdad (por lo menos en lo que concierne a la teoría) con el usuario que consigue pagar sus servicios. Otras características básicas del nuevo modelo son las siguientes:

- Establecimiento de un mercado descentralizado de servicios de salud, con un ente administrador, las (EPS); un ente proveedor de servicios, las (IPS); y un usuario que se organiza para acceder a los servicios, como afiliado contribuyente (cuando se realiza el pago de su cotización a una EPS) o como afiliado subsidiado, si por no tener los recursos su cotización la paga el Estado.
- El mercado se establece entre las EPS, que representan al usuario en la compra de servicios, y las IPS. También las EPS se encargan de coleccionar y transferir las cotizaciones de los afiliados al (FOSYGA).
- El FOSYGA (Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía), reembolsa a las EPS los costos de los posibles contratos de servicios con las IPS, mediante la UPC. Estos contratos especifican un POS establecido por ley para los afiliados contribuyentes y para los afiliados subsidiados POSS. Tales contratos están sujetos al poder de mercado y capacidad de negociación de las partes (EPS e IPS).
- El Estado mantiene y fortalece su papel de regulador de un mercado que presenta inconsistencias en su funcionamiento, en relación con las leyes clásicas de oferta y demanda, mediante una Superintendencia Nacional de Salud.
- El Sistema de Seguridad Social plantea eliminar la inequidad mediante el subsidio a la demanda y la apertura del mercado de servicios para los proveedores públicos y privados, en condiciones de competitividad equilibrada. El usuario tiene representación en las EPS e IPS y además se puede organizar en asociaciones para contratar servicios y para la defensa del consumidor.

Para conocer más a fondo los resultados obtenidos a partir de la Ley 100 de 1993, es necesario analizar la Ley desde la cobertura, calidad del Sistema General del

Sistema de Salud Social, financiamiento de las EPS y EPS-S y la crisis de la red Hospitalaria en el País.

Cobertura de la salud en Colombia.

La salud ha enfrentado una gran paradoja en Colombia: avances en cobertura con deterioro en el acceso. El país pasó de una cobertura del 57% en 1997 a una del 91% en 2012, mientras que el acceso a los servicios, medido como el porcentaje de personas que demandaron el servicio y lograron ser atendidos, disminuyó del 79% al 75% en el mismo período.

Tradicionalmente los estudios que explican el acceso señalan factores de demanda (el ingreso de las personas, el conocimiento del sistema y la percepción sobre la gravedad de la enfermedad, entre otros) o factores de oferta (infraestructura hospitalaria, disponibilidad del recurso humano y calidad del servicio, entre otros). Para el caso colombiano, algunas investigaciones encuentran que una de las mayores restricciones es la poca infraestructura hospitalaria en el país.

Las limitaciones en infraestructura se reflejan en el indicador de camas por cada diez mil habitantes, el cual es de 15 en 2013. Es un valor bajo comparado con las 27 camas que reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el grupo de países con un nivel de ingresos medio alto, en el que se incluye a Colombia. Ni hablar del estándar en los países de ingresos altos (37) o en Europa (60).

Si bien en los últimos años se construyó infraestructura privada en Colombia, aún existe un rezago en oferta hospitalaria: la oferta privada no crece a la velocidad requerida y la pública está estancada. La infraestructura construida está muy concentrada en los grandes centros urbanos, donde es más rentable para los privados lograr beneficios de escala, sin mencionar el atraso de la mitad de municipios colombianos en los cuales solo operan los hospitales públicos.

Quizá una de las causas del atraso es la baja inversión pública en el sector. De acuerdo con la OMS, el país invirtió una porción no despreciable de recursos en el sector en 2009: el 7,6% del PIB cuando se incluye el gasto privado y público, donde el primero representó aproximadamente el 30% y el segundo el 70%. El gasto público en salud constituyó el 20% del presupuesto nacional. Sin embargo, al mirar el gasto por habitantes el país se quedó corto en comparación con lo

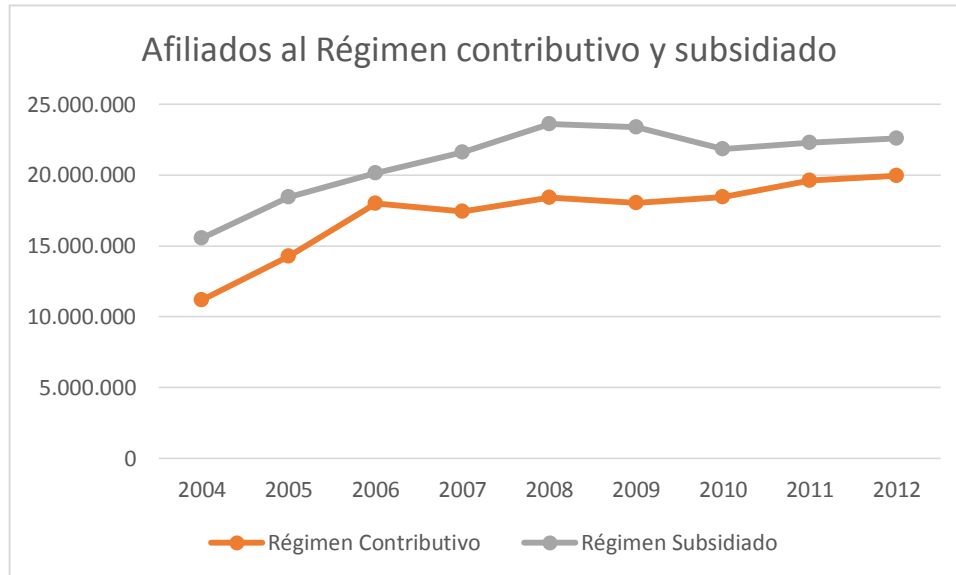
invertido en las repúblicas del Cono Sur del continente. Mientras el sector público colombiano se gastó 488 dólares por habitante, en Argentina fueron 921, en Chile 576 y en Uruguay 718.

En el Régimen Contributivo se generó un aumento de cobertura del 38 por ciento de la población en 1997 y a partir de ese año creció pero de manera más lenta llegando al 2005 a casi el 40 por ciento y para el 2014 al 52% (MinSalud, 2014), por otro lado en el Régimen Subsidiado se presentó un incremento mayor; entre 1997 y 2005 aumentó del 20% al 30% y para el 2014 se encontraba en el 48% (MinSalud, 2014) generándose una mayor equidad social ya que esta focalización de los subsidios favoreció a los grupos de población más pobre.

En este periodo, el incremento en el número de afiliados ha estado fundamentalmente explicado por el aumento en la afiliación en el régimen subsidiado, que pasó de 15,5 millones de cupos contratados en 2004 a 22,6 millones en 2012.

Por su parte, aunque el incremento ha sido menor en el régimen contributivo, en este periodo se observa un crecimiento continuo en el número de afiliados en este régimen de aseguramiento en salud, ver gráfico 1.

Gráfica 1 Estructura de la población Colombiana.



Fuente. Ministerio de salud y la protección social. Informe Histórico de cobertura en afiliación salud 2004 – 2012

Financiamiento del sector.

Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del FOSYGA se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios.

Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

El gasto total en salud en Colombia está compuesto por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado en salud.

El gasto público directo es el que realizan el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos) en relación con: la atención de personas aún no afiliadas al sistema mediante gastos de administración e inversión que funcionan como subsidio a la oferta, el saneamiento ambiental y los servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, los gastos de dependencias y programas oficiales y el FOSYGA. También incluye el gasto en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado, el cual funciona como subsidio a la demanda.

El gasto en seguridad social en salud corresponde al régimen contributivo y está basado en cotizaciones. Éste se realiza a través de las EPS (públicas y privadas) y los regímenes especiales.

El gasto privado total comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales), los planes de medicina pre-pagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo. En cuanto a la distribución de los recursos, se puede decir que el funcionamiento del régimen contributivo del SGSSS establece que los recursos deben entregarse a la EPS que los trabajadores elijan libremente. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, así como de organizar y garantizar la prestación del POS. Las EPS también remiten las cotizaciones de los trabajadores al FOSYGA, el cual les devuelve una unidad de pago por capitación (UPC) por cada persona de la familia afiliada. La UPC debe ser equivalente al valor actuarial, por grupo de edad y sexo, de los servicios del POS.

Las Direcciones de Salud de los municipios contratan a las EPS que trabajan para el RS y les pagan mediante la UPC del RS la UPC-S. Estas EPS pueden ser de tres tipos, EPS del RC funcionando para el RS, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud, que son organizaciones comunitarias.

Todas las EPS contratan los servicios de atención a la salud con las IPS en el sector privado y los hospitales públicos de acuerdo con el tipo de planes de salud que hayan ofrecido a sus afiliados. La Ley 1122 de 2007 obliga a que, en el RS, al menos 60% del valor de los servicios se contrate con hospitales públicos siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones de calidad. Algunas EPS incluyen dentro de su propia estructura a las IPS que atienden a sus afiliados, aunque la Ley 1122 limitó el grado en que las IPS pueden pertenecer o estar verticalmente integradas a las EPS. Por último, en el caso de los regímenes especiales, estos han conservado sus propios mecanismos de financiamiento, administración y, en algunos casos, también de prestación de servicios.

Recursos del sector.

Los prestadores se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. Para efectos del registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) establecido en el Decreto 1011 de abril 3 de 2006, las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud.

De acuerdo con la clasificación de los niveles de atención (I, II y III) del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (Resolución 5261 de 1994), en 2013 el sistema de salud colombiano estaba compuesto por alrededor de 56.597 sedes de prestación de servicios. De éstas, 4.162 eran públicas; 3.362 son nivel I, 490 del nivel II y 45 del nivel III. Hay 265 sedes sin clasificar (MinSalud, 2014)

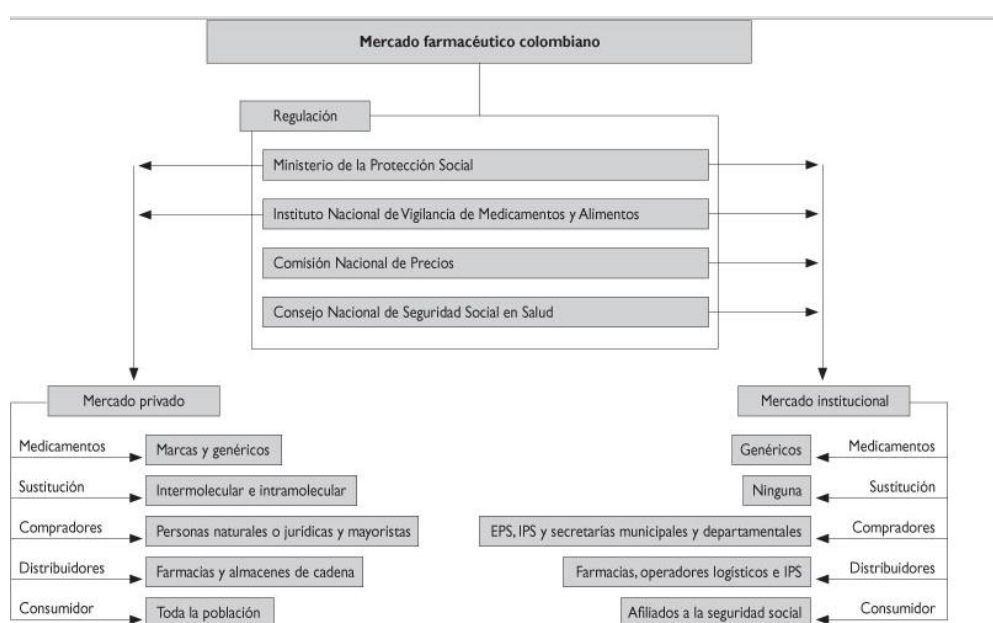
En 2014 el sistema de salud colombiano tenía registrados 1.219 prestadores de servicios con naturaleza jurídica pública. Entre ellos había 964 empresas sociales del Estado con 3.584 sedes, 27.140 camas, 1.743 salas y 1.504 ambulancias. Del total de sedes, 79.4% eran de nivel I, 10.9% de nivel II y sólo 2.5% del nivel III (además de 7.2% que no están definidas).

Dadas las particularidades del sistema de salud colombiano, en el mercado de medicamentos coexisten dos sub-mercados: el institucional, para los afiliados al sistema de seguridad social, y el privado.

En el mercado institucional los medicamentos son entregados por las IPS (normalmente los hospitalarios) o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado (normalmente los ambulatorios), y no existe ninguna posibilidad de sustitución entre medicamentos, ya que dentro del SGSSS la prescripción de medicamentos se hace bajo su nombre genérico y con base en el listado establecido por ley. Esta medida busca promover la competencia entre productores de moléculas iguales y hacer que los médicos orienten al paciente con base en criterios no ligados a marcas comerciales.

En el mercado privado, el médico prescribe el medicamento bajo su nombre genérico o marca y el consumidor toma la decisión de comprar uno u otro motivado por precio, fidelidad, etc. Ambos mercados son regulados por el Estado y existen normas generales y particulares para el mercado institucional. La ilustración 4 muestra la organización del mercado de medicamentos en Colombia.

Figura 4 Esquema del Mercado farmacéutico en Colombia.



Fuente: MinSalud

Orden y regulación en el sector salud.

El MPS determina la política del Sistema de Protección Social en general y del sector salud en particular. El MPS se creó a partir de la fusión de los ministerios de Salud y Trabajo. En 2010 el gobierno nacional solicitó facultades legales al Congreso para separar los ministerios y crear nuevamente el de salud.

A partir de 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha sido reemplazado en su papel como regulador general del sistema de salud a nivel nacional por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), quedando sólo como un órgano asesor y consultor. La nueva Comisión de Regulación en Salud, conformada por cinco expertos de tiempo completo elegidos para un período de tres años, además de dos ministros o viceministros, cumple las funciones de regulación anteriormente atribuidas al CNSSS. Algunas de las funciones de la CRES son la definición del valor de la UPC y del contenido del POS incluyendo el establecimiento de un listado de medicamentos esenciales y genéricos, y la regulación de los copagos y las cuotas moderadoras.

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) está legalmente facultada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control en prácticamente todos los niveles del funcionamiento de los diversos actores que participan en el sector salud a fin de garantizar la operatividad del SGSSS.

Por su parte, los distritos y municipios cuentan con sus propias direcciones locales de salud, son responsables de hacer el diagnóstico de la situación de salud de la población y se encargan de la vigilancia del sistema de salud pública en sus respectivas jurisdicciones.

Entes encargados de la vigilancia de las actividades que impactan la salud.

Además de las funciones de la SNS descritas arriba, el INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen a su cargo la vigilancia, regulación, inspección y el control de alimentos, medicamentos e insumos para la salud, dispositivos médicos, bancos de sangre, tejidos y órganos. Desde 2004, el INVIMA cuenta también con un comité evaluador de pruebas diagnósticas. De cualquier manera, el MPS es quien dicta las políticas al respecto y establece las normas al ejercer la dirección general del sistema.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar también participa en actividades relacionadas con la seguridad alimentaria en torno a la protección al consumidor mediante el control de calidad y la inocuidad de alimentos, la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, la investigación y evaluación en aspectos nutricionales. La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública se encarga de diagnosticar y detectar los factores de riesgo y desde 2006 tiene la

responsabilidad de la vigilancia en salud pública. Por su parte el INS, además de cumplir con funciones como coordinador de investigación científica, laboratorio de referencia nacional y coordinador de la red nacional de laboratorios de salud pública, es el encargado del desarrollo, producción y distribución de productos biológicos, químicos, biotecnológicos y reactivos para el diagnóstico biomédico. Según la ley, corresponde al MPS formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS, las IPS del SGSSS y de las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

En el marco de la iniciativa "La salud pública en las Américas" impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia se han llevado a cabo varias evaluaciones del desempeño de las llamadas "funciones esenciales de salud pública" tanto a nivel nacional como de algunos departamentos y de la capital.

Desde enero de 2007 el MPS tiene la facultad de establecer los mecanismos necesarios para realizar evaluaciones a fin de determinar el nivel de desempeño alcanzado en aspectos relacionados tanto con la gestión del sistema de salud como de los resultados que en términos de bienestar de la población arrojan las actividades de los diferentes actores que intervienen en el mismo. Sin embargo, estos mecanismos aún no establecen una evaluación permanente del sistema en términos de indicadores finales de impacto en la salud de la población, sino más bien del cumplimiento de metas intermedias.

Los usuarios.

La Ley 100 de 1993 establece que el SGSSS debe estimular la participación de los usuarios en la organización y el control de las instituciones que lo constituyen. Los afiliados al SGSSS tienen el derecho de formar asociaciones de usuarios que los representen ante las EPS y las IPS. El gobierno, por su parte, reconoce su obligación de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al SGSSS. Asimismo, los afiliados tienen derecho a ejercer vigilancia y control sobre la calidad y la eficiencia de los servicios de salud mediante veedurías comunitarias elegidas popularmente.

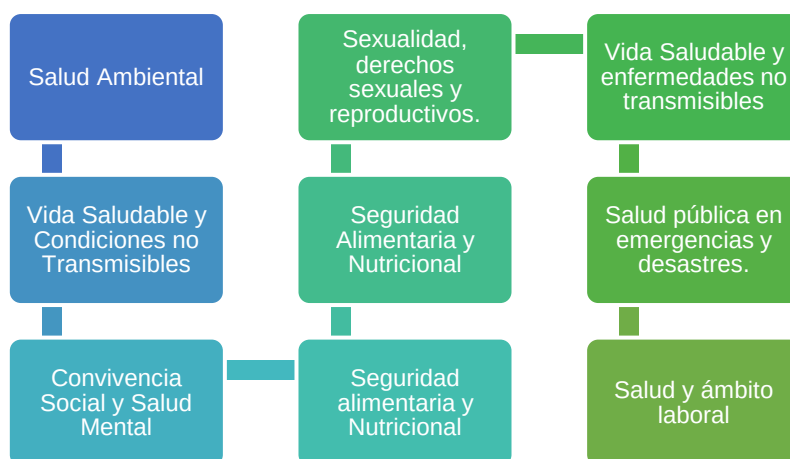
La SNS tiene entre sus funciones promover la participación ciudadana a través de diversos mecanismos. La designación del Defensor del Usuario en Salud (DUS) también es responsabilidad de la SNS. El DUS participa como vocero de los afiliados ante las EPS en los departamentos por lo que se refiere a quejas sobre la prestación de los servicios y es financiado con contribuciones aportadas por las mismas EPS.

Los ciudadanos acuden masivamente a la tutela, una acción judicial sumaria cuyo propósito es proteger los derechos fundamentales, para solicitar servicios de salud. Los jueces suelen fallar a favor del usuario y ordenar la prestación de servicios, con cargo a los recursos del sistema.

Dimensiones prioritarias en salud pública.

Las ocho (8) dimensiones prioritarias que establece el Plan Decenal de Salud Pública representan aspectos fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas y sus comunidades y que por su importancia se deben intervenir, preservar o mejorar. Cuentan con cuatro entradas: Curso de vida, Eventos en salud, Diferenciales desde sujetos y colectivos y Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (MinSalud, 2013). Ver Ilustración 5. Dimensiones Prioritarias.

Figura 5 Dimensiones Prioritarias de la Salud Pública.



Fuente: Informe ABC del Plan Decenal de Salud Pública. MinSalud

A continuación se definirán cada una de las dimensiones prioritarias de salud pública de acuerdo al informe emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

1. Dimensión Salud Ambiental. 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. Los objetivos de la dimensión son (MinSalud, 2012):

- 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.
- b) Promover el desarrollo sostenible a través de la implementación de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable.
- c) Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial.
- 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.

2. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial. Los objetivos de esta dimensión son (MinSalud, 2012):

- a) Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que incluya como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, combatiendo así la pobreza y fortaleciendo el desarrollo socioeconómico.
- b) Disminuir la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.
- c) Fortalecer la capacidad de gestión de los servicios de salud, el acceso y la atención de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.
- d) Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública.

e) Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

3. Dimensión Convivencia social y salud mental. Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos. Los objetivos de esta dimensión son (MinSalud, 2012):

a) Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de las personas para disfrutar de la vida y de sus potencialidades individuales y colectivas.

b) Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, interviniendo los factores de riesgo y mejorando la capacidad de respuesta institucional y comunitaria.

c) Disminuir el impacto que tienen sobre las personas los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, con el fortalecimiento de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental.

4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional. Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

Su objetivo es: Propender por la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población colombiana a través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones transectoriales, con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores (MinSalud, 2012).

5. Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

El objetivo de la dimensión es: Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas (MinSalud, 2012).

6. Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles. Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible. Los objetivos son (MinSalud, 2012):

a) Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, re-emergentes y desatendidas.

b) Reducir la exposición a condiciones y situaciones de riesgo ambiental, sanitario y biológico, en procura del acceso, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las situaciones o daños producidos por las enfermedades transmisibles.

c) Crear condiciones y capacidades en el sector, en el nivel transectorial y la comunidad para gestionar planes, programas y proyectos que reduzcan el riesgo de la población a las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales y a las enfermedades transmisibles.

7. Dimensión Salud pública en emergencias y desastres. Espacio de acción transectorial, sectorial y comunitaria que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo. El objetivo de la dimensión es:

Promover la gestión de riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población (MinSalud, 2012).

8. Dimensión Salud y ámbito laboral. Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. Los objetivos son (MinSalud, 2012):

a) Ampliar cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales.

b) Mejorar las condiciones de salud y medio ambiente de la población trabajadora colombiana a través de la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales.

c) Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social.

Dimensiones transversales.

Las dos (2) dimensiones transversales representan aspectos fundamentales a tener en cuenta en todas las dimensiones prioritarias. La Gestión diferencial de poblaciones vulnerables da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos (en procesos y algunas veces en estructura y recursos), para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades.

El Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud se relaciona con los desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud. Estas dimensiones cuentan cada una con componentes, objetivos, metas y estrategias (MinSalud, 2013). Ver ilustración 6.

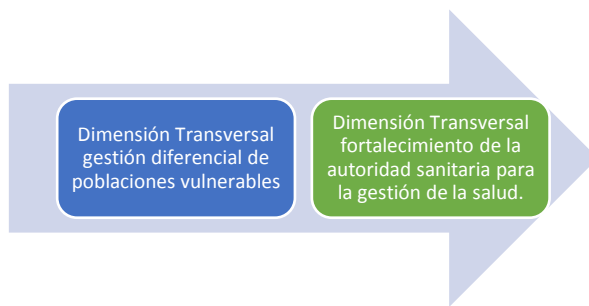


Figura 6 Dimensiones Transversales.

Fuente: Informe ABC del Plan Decenal de Salud Pública. MinSalud

1. Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Esta dimensión consagra el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Los objetivos de la dimensión son (MinSalud, 2013):

- a) Atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y víctimas del conflicto armado.
- b) Fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores, la participación de la sociedad civil y de los grupos organizados en los procesos de planeación y control social a la ejecución de las intervenciones y recursos, controlando los conflictos de intereses.

2. Dimensión transversal Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. La salud en el Plan Decenal de Salud Pública es entendida más allá de la ausencia de enfermedad y con la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida, minimizando y, si es posible, eliminando los comportamientos dañinos e influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales.

El Sistema Sanitario es el encargado de garantizar la gestión en salud de los ciudadanos, para lo cual cuenta con la Autoridad Sanitaria que está organizada en tres niveles (MinSalud, 2013):

- **Nivel nacional:** Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud e Invima; las aseguradoras y el ICA, dependiente del Ministerio de Agricultura.
- **Nivel intermedio:** Direcciones Territoriales de Salud y laboratorios departamentales y distritales de Salud Pública.
- **Nivel local:** Direcciones Locales de Salud y los puntos de entrada al país.

La dimensión busca fortalecer las Autoridades Sanitarias nacionales y locales para que actúen como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud. Para ello, deben recuperar, desarrollar o perfeccionar sus capacidades básicas:

- **Capacidad de medios:** que cuenten con los medios y procesos necesarios.
- **Capacidad de resultados:** cumplimiento óptimo de las funciones de regulación, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social y provisión adecuada de servicios de salud.

Los objetivos de la dimensión son:

- a) Disminuir el riesgo de enfermedad: aparición de nuevos eventos.
- b) Controlar el riesgo técnico: disminuir las fallas en los servicios de salud.
- c) Reducir la discapacidad evitable.

1.5.3 MARCO CONTEXTUAL

Geográficamente y para el trabajo en cuestión es necesario limitar contextualmente de forma macro y micro la localización del proyecto, por lo cual y de forma deductiva la macro-localización será la siguiente:

Figura 7 Símbolos Patrios Estado Colombiano



Fuente: Wikipedia

La macro-localización está dada en Colombia, oficialmente conocida como República de Colombia, que es una república unitaria de América situada en la región noroccidental de América del Sur. Está constituida en un estado social y democrático de derecho cuya forma de gobierno es presidencialista y políticamente organizada en 32 departamentos descentralizados y un Distrito capital que es Bogotá. Cuenta con una población aproximada de 47 846 160 habitantes, donde su ocupa el cuarto puesto en América Latina y el puesto 28 a nivel mundial. El PIB nominal colombiano es el cuarto más grande de América Latina y ocupa el puesto 29 a nivel mundial. Conocida por su producción agrícola, variedad de fauna y flora, especialmente, por su delicioso café, sus preciosas esmeraldas y gran variedad de flores.

En este marco nacional, la ubicación departamental se presenta en el Valle del Cauca.

Figura 8 Símbolos y ubicación departamento del Valle del Cauca

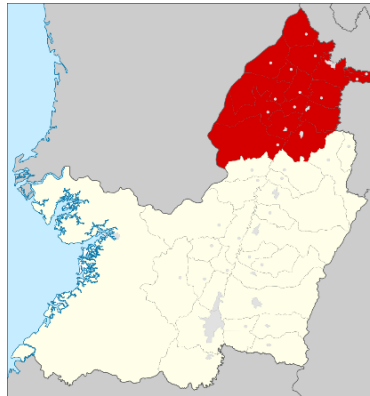


Fuente: Wikipedia

El Valle del Cauca es uno de los 32 departamentos Colombianos, situado en el suroccidente del país, entre la Región Andina y la Región Pacífica. Gran parte del departamento está entre las cordilleras occidental y central, en el valle geográfico del río Cauca de donde proviene su nombre: su capital es Santiago de Cali y es el tercer departamento más poblado de Colombia (4 520 166 habitantes en 2012) y el vigésimo segundo en extensión (22.195km²). Dentro de este departamento se

identifican otras subregiones, contextualizando el proyecto en la subregión Nortevallecaucana.

Figura 9 Región Nortevallecaucana

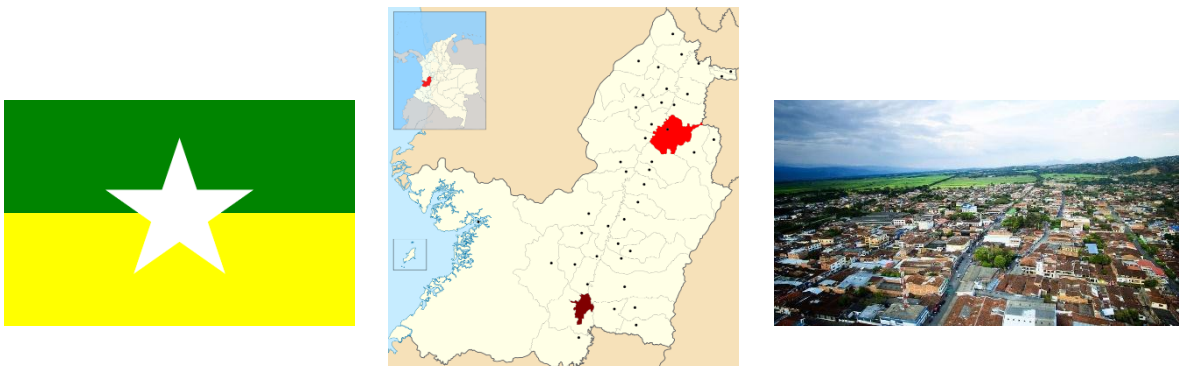


Fuente: Wikipedia

El Norte del Valle del Cauca es una de las cinco sub-regiones en las que está dividido el departamento colombiano del Valle del Cauca. Lo conforman los municipios de Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, Bolívar, Cartago, El Águila, El Cairo, El Dovio, La Unión, La Victoria, Obando, Roldanillo, Toro, Ulloa, Versalles, y Zarzal. La mayor parte del territorio tiene vocación agrícola y pecuaria, con pocas industrias. Se destaca el municipio de La Unión por su producción y procesamiento de uva, y los municipios de Cartago y Zarzal, por su intensa actividad comercial. Las principales industrias de la zona son la fábrica de dulces de Colombina y el Ingenio Riopaila, en el corregimiento de La Paila, municipio de Zarzal. Este corregimiento también presenta una alta actividad económica por ser además el lugar de conexión vial con la ciudad de Armenia y el departamento del Quindío.

A nivel de localización y de forma deductiva, se establece como microlocalización del proyecto el municipio de Zarzal.

Figura 10 Símbolos y ubicación del municipio de Zarzal



Fuente. Wikipedia.

Zarzal es un municipio ubicado en el norte del departamento del Valle del Cauca, al suroccidente Colombiano.³ Tiene una población de 43,035 habitantes (DANE 2010). Su economía está basada en el cultivo extensivo de la caña de azúcar, es de importancia resaltar el desarrollo de pequeñas empresas en los sectores de producción de alimentos y salud

La Población se caracteriza por su gran empuje comercial, ya que existen en el municipio gran cantidad de almacenes de ventas de productos de primera necesidad, tiene una plaza de mercado, la cual sirve de abastecimiento para varios municipios de sus vecinos. El territorio Zarzaleño es plano en su mayoría, Cuenta con el río La paila el cual desemboca en el río Cauca.

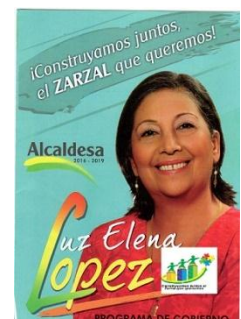
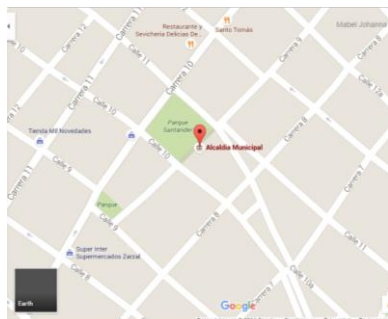
También se cultivan el plátano, la yuca, el algodón, maíz, sorgo, caña panelera, la soya, hortalizas y frutales como: uva, papaya, maracuyá, mango, guayaba, Pitaya, cítricos, aguacate y chontaduro.

Existen 20.000 hectáreas para la producción de ganado y quince hatos lecheros. Para pesca posee 10 hectáreas con variedad de tilapia roja, cachama, tucunaré y bocachico. Se está presentando un considerable incremento en renglones como la avicultura, porsicultura y apicultura.

Zarzal tiene para los aficionados al deporte, El Club de Caza, Pesca y Tiro Los Guacos y El Cartódromo Internacional Zarzal. El Paseo Ecoturístico La Paila Sevilla, El Paseo Vial Zarzal - La Paila. Su lago de Pesca Deportiva El Placer y en su río La Paila agradables balnearios naturales.

Como sitios naturales más importantes estan: Bosque de Caracolíes, Los Chorros, Parque Recreacional Cumba, Río La Paila, El Cerro Caré y El Pan de Azúcar.

Figura 11 Ubicación y fachada exterior de la Alcaldía del municipio de Zarzal.



Fuente. Google Street View y página oficial de la Alcaldía de Zarzal

La alcaldía de zarzal tiene por Misión, promover el Desarrollo integral en todas sus dimensiones Económicas, Social, Político – Institucional y Ambiental; comprometida para hacer cumplir los derechos humanos y la transparencia mediante el fortalecimiento de la Democracia Participativa y Pluralista, asegurando la construcción del futuro de nuestras familias (Alcaldia de Zarzal, s.f.).

A partir de esta misión la nueva administración entra en un proceso de reestructuración, con la finalidad de dar orden al municipio, demostrando que a través del trabajo en equipo con la comunidad y del cumplimiento de las normas y leyes es posible generar el cambio en la región.

1.5.4 MARCO LEGAL

A continuación se presentaran algunas de las principales normas, leyes, decretos y artículos que rigen al sistema de salud de Colombia, las cuales serán de total importancia para la elaboración de la presente investigación.

- **Artículo 2. Resolución 1841 de 2013.** Responsabilidades de las entidades territoriales: Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencia y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este ministerio.

- **LEY 100 DE 1993:** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la calidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan.

El Sistema comprende las Obligaciones del Estado y la sociedad, las Instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

- **LEY 152 DE 1994:** Por la cual se establece 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.
- **LEY 715 DE 2001:** Por la cual se dictan las normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación en salud entre otros.
- **LEY 1122 DE 2007:** dice “La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas de tanto de manera individual como colectiva. Sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Las acciones se realizan bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”. Además de la definición de Salud Pública, la Ley 1122 de 2007 aporta al fortalecimiento de la Salud Pública.
- **RESOLUCION 425 DE 2008:** Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

1.6 DISEÑO METODOLOGICO

Para el desarrollo del proyecto y teniendo en cuenta los temas y leyes que conforman un Plan Territorial de Salud, a continuación se establecen el tipo de investigación, método de análisis, enfoques de la investigación, fuentes de información (primarias y secundarias), técnicas de recolección de información y tratamiento de la misma.

1.6.1 Tipo de investigación.

Dentro del proyecto se manejará un tipo de investigación mixta: Exploratoria y descriptiva.

Por un lado **exploratoria**, toda vez que se conocerán proyectos, documentos, normas e investigaciones que aportaran al desarrollo del trabajo en general, permitiendo abrir un campo de conocimiento para el mejor avance de la investigación.

De igual forma, es un estudio **descriptivo**, con el cual se busca identificar características del universo de investigación, señalar formas de conducta y actitudes del universo investigado, estableciendo comportamientos concretos, descubriendo y comprobando la asociación entre variables de investigación. De esta manera se lograra describir los principales factores que afectan el sector salud en el municipio de zarzal y a partir de estos generar las estrategias y planes pertinentes para mejorar la cobertura y el acceso a la salud por parte de los zarzaleños.

1.6.2 Método de análisis.

Se utilizará el método **deductivo** para el diseño del Plan Territorial de Salud del municipio de Zarzal Valle del Cauca, ya que se parte de lo general hasta encontrar particularidades dentro de las variables que se estudiarán durante el análisis de la información recolectada, definiendo los lineamientos que permitirán el funcionamiento y desarrollo del PTS.

1.6.3 Fuentes de Información

Las fuentes que se utilizarán en la obtención de la información serán de tipo primario y secundario:

1.6.3.1 Fuentes primarias.

Las fuentes de información primarias que se tendrán en el proyecto provendrán, en primera instancia, de la información suministrada por la Administración del municipio de zarzal, EPS, ARS, IPS y la población actora en salud del municipio, quienes conformaran mesas de trabajo y de dialogo entorno al tema salud pública del Municipio de Zarzal Valle.

1.6.3.2 Fuentes secundarias.

Se utilizarán fuentes de información secundarias principalmente basadas en información suministrada por el DANE como son: CENSO 2005, estimaciones del Censo 2005 y otros censos, estadísticas vitales proyecciones de población DANE, registros de certificados de defunción. Para otros efectos registros de base de datos SISBEN; SIVIGILA; PAISOFT; Base de datos Acción Social; Resultados Encuestas Nacionales. Indicadores Básicos de Salud-MPS; DNP; Censo DANE, Instituto Nacional de Salud, la Biblioteca virtual de Salud Pública, Secretarias de Salud Departamentales. Por otro lado se obtendrá la información que se requiera de la página del Ministerio de Salud, informes de gestión de anteriores administraciones y las diferentes guías suministradas por el gobierno para la ejecución de los planes.

1.6.4 Técnicas de recolección de la información.

Para la recolección de la información en primera instancia se realizaran entrevistas a los funcionarios de la secretaria de salud del municipio, la comunidad y demás actores principales en los temas de salud de la región, donde, dicha herramienta permitirá formular preguntas abiertas que conlleven a recibir la cantidad suficiente de información por parte del entrevistado y a enlazar diversos temas que se requieren conocer para el desarrollo del trabajo; como segundo paso, se recolectara información a través de la observación del sector, la cual en conjunto con el análisis documental y estadístico permitirá recabar la información pertinente de las diferentes fuentes bibliográficas que soporten teórica y conceptualmente la investigación.

1.6.5 Tratamiento de la información.

Para el análisis de los resultados y de las técnicas empleadas para la recolección de datos, se procederá a realizar la tabulación de la información suministrada por las diferentes entidades que intervienen en los procesos de salud del municipio, los cuales se ejecutaran a manera de escritos de resumen.

Por otro lado se tendrá en cuenta para el registro de la información recolectada la guía para la construcción del PDST, donde se suministran una serie de herramientas que permiten organizar, identificar y describir cada uno de los aspectos más relevantes para el diseño del Plan Territorial de Salud.

Así mismo, cada uno de los objetivos contara con un tratamiento específico, donde se aplicaran una serie de herramientas que contribuirán a la recolección de la información necesaria para el desarrollo de los mismos, tal y como se observa en el

cuadro	No.	2.
--------	-----	----

Cuadro 2 Herramientas para el desarrollo de los objetivos de la investigación

DISEÑO METODOLÓGICO CUADRO DE RESUMEN			
OBJETIVOS	TIPO	MÉTODO	HERRAMIENTA
1. Diagnosticar la situación actual del Municipio de Zarzal Valle, identificando así las fortalezas y debilidades para el desarrollo del Plan Territorial de Salud de acuerdo al Plan Decenal de Salud.	Descriptivo	Deductivo Cuantitativo	• Estadísticas del DANE. (CENSO 2005, estimaciones del Censo 2005 y otros censos, estadísticas vitales proyecciones de población DANE, registros de certificados de defunción). • Para otros efectos registros de base de datos SISBEN; SIVIGILA; PAISOFT; Base de datos Acción Social; Resultados Encuestas Nacionales. Indicadores Básicos de Salud-MPS; DNP; Censo DANE, Instituto Nacional de Salud, la Biblioteca virtual de Salud Pública, Secretarías de Salud Departamentales. • Mesas de Trabajo con actores comunitarios • Guía para la Construcción de los planes de salud territoriales.
2. Identificar las dimensiones o escenarios que permiten categorizar las situaciones críticas en salud del municipio de Zarzal Valle.	Descriptivo Exploratorio	Deductivo Cualitativo Cuantitativo	• Resolución 1536 de 2015 • ASIS • Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021 del Ministerio de salud y protección social. • Planes de Desarrollo 2016-2019 • PASE Equidad en salud • Mesas de Trabajo con actores comunitarios
3. Definir los ejes de intervención, hacia donde se direccionara el presupuesto de salud para municipio de Zarzal.	Descriptivo	Deductivo Cualitativo Cuantitativo	• ASIS • Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021 del Ministerio de salud y protección social. • PASE Equidad en salud • Mesas de Trabajo con actores comunitarios
4. Elaborar, el plan de acción que permita desarrollar las estrategias planteadas en el Plan Territorial de Salud durante el periodo 2016 - 2019	Descriptivo	Deductivo Cualitativo Cuantitativo	• Secretaria de Salud • Mesas de Trabajo • Guía para la Construcción de los planes de salud territoriales.

2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACION ACTUAL EN SALUD DEL MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE

Como objetivo inicial de este proyecto de investigación se realizó, en primera instancia, el diagnóstico de la situación actual del Municipio de Zarzal Valle, tomando como referencia información del DANE, del Ministerio de Salud y Protección Social, el informe ASIS del municipio de Zarzal y demás documentos e informes, los cuales suministraron información relevante para el desarrollo del objetivo.

2.1 CONTEXTO: CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL

Para la realización de la caracterización territorial del municipio de Zarzal, fue necesario acceder y tomar como referencia el Plan de Ordenamiento Territorial e informes del DANE, con la finalidad de conocer y reconocer aspectos territoriales y estadísticas importantes del municipio que servirán como punto de partida para establecer actividades y planes de acción, los cuales se podrán evidenciar durante el transcurso de la investigación.

2.1.1 Localización

El Municipio de Zarzal está ubicado en la región nororiental del departamento del Valle del Cauca a una distancia de 139.4 Km de la capital, cuenta con una extensión de 355.14 Km² conformada principalmente por terreno plano y colinas (262 Km², con clima cálido) perteneciente al valle geográfico del Río Cauca. La Cabecera Municipal se encuentra situada en los 4°23'34" de latitud norte y 76°04'28" de longitud oeste, a una altura de 916 m.s.n.m. (Alcaldía de Zarzal, s.f.)

2.1.2 Límites geográficos

El Municipio limita al Oriente con el municipio de Sevilla, al occidente con Roldanillo y Bolivar, al norte con La Victoria y al sur con Bugalagrande. Ver figura 12 División Político administrativa municipio de Zarzal

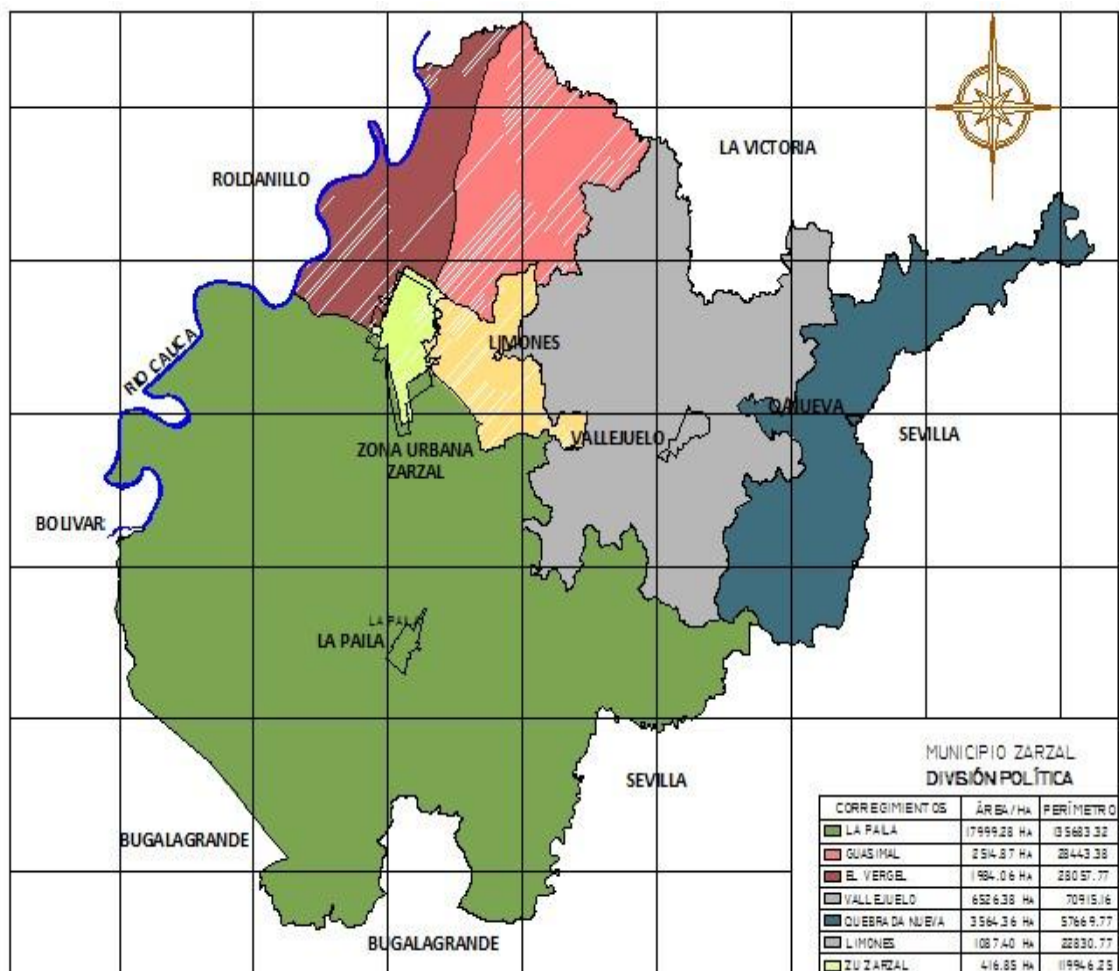


Figura 12 División político administrativa municipio de Zarzal

Fuente: Alcaldía Municipal de Zarzal; 2015

2.1.3 Extensión territorial

El área urbana del municipio está organizada en 23 barrios y fuera de su perímetro urbano, se encuentra conformado por el corregimiento de La Paila y 7 veredas. Estas últimas son el Alizal, El Vergel, Guasimal, La Paila, Limones, Quebrada Nueva y Vallejuelo.

Zarzal cuenta con una extensión total de 45.234 Km², distribuida en Zona urbana y rural tal y como se observa en la tabla 1 Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, municipio de Zarzal, 2015

Tabla 1 Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, municipio de Zarzal, 2015

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Zarzal	31.961	70,66	13.273	29,34	45.234	71

Fuente: DANE; 2015.

2.1.4 Estructuras físicas fundamentales

Altitud

Zarzal tiene una altura de 916 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 28°C, conformada principalmente por terreno plano y colinas perteneciente al valle geográfico del Río Cauca; al Norte y al Oriente se observan algunos accidentes orográficos de poca elevación que hacen parte del piedemonte de la vertiente occidental de la Cordillera Central.

Hidrografía

Desde el punto de vista hidrográfico, el río Cauca marca el límite **occidental** del Municipio conformado por cuatro (4) cuencas: La **Paila** (11970.85 HA, 35.11 %), **Las Cañas** (18132.81 HA, 53.19 %), **Los Micos** (3610.00 HA, 10.59 %) y **La Vieja (379.54)** (379.54 HA, 1.11 %) delimitadas por carreteras y cauces de ríos y quebradas. Con respecto a la UMC **Cartago – Zarzal**, en esta se hayan definidas dos áreas de drenaje: una hacia el río Cauca y otra hacia el río La Vieja. Esta cuenca tiene una extensión de 217.50 Km² y está formada por las subcuencas de la Quebrada Las Cañas y las microcuencas Zanjón Los Limones, Quebrada Las Lajas y La Honda y un sector de la cuenca Río La Vieja.

Limitando en la parte sur con la UMC Cartago-Zarzal se encuentra la UMC **Barragán-La Paila**, en la cual está la subcuenca del río La Paila. Esta subcuenca tiene una extensión de 137.63 Km² con un porcentaje de área de la cuenca en el municipio de Zarzal del 38,7%. Dentro de esta a su vez se encuentra la microcuenca Quebrada Murillo. (ASIS, 2013)

Temperatura

La temperatura promedio es de 24.°C y la precipitación anual de 1,000 mm (Departamento de Planeación , 2014 - 2015)

Zona de riesgo

El municipio de Zarzal Valle cuenta con un plan municipal para la gestión del riesgo de desastres, según ley 1523 del 2012, el cual es el instrumento que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante los cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y de manejo de desastres, en el marco de la planificación del territorio. **(ASIS, 2013)**. Algunos de los riesgos a los que se encuentra expuesto el municipio tiene que ver principalmente con inundaciones, sequias, Vendavales, tormentas eléctricas, Eventos sísmicos, entre otros. Para lo cual y como se comenta anteriormente se tienen establecidas las medidas necesarias para mitigar los impactos de las mismas dentro de la comunidad.

2.2 CONTEXTO: CARACTERIZACIÓN DEMOGRAFICA

2.2.1 Población Total

La población estimada para el municipio de Zarzal para el año 2015 según las proyecciones del DANE es de 45.683 habitantes, de estos el 48,47% son mujeres (22.145 Hb) y el 51,53% hombres (23.538 Hb). Si se compara la población del año 2010 respecto al año 2015 muestra un incremento del 6% y una proyección de aumento del 4% para el año 2020. (DANE, 2010)

Por otro lado, según datos del Departamento Nacional de Planeación en su ficha de caracterización territorial, el municipio de Zarzal cuenta con el 1% del total de la población del departamento del Valle del Cauca, además de tener una población total de 32.292 habitantes en la cabecera municipal y el restante en las zonas rurales. Ver tabla 2 Población por área de residencia Zarzal 2015

Tabla 2 Población por área de residencia Zarzal 2015

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	
Zarzal	32.292	70.68%	13.391	29.32%	45,683

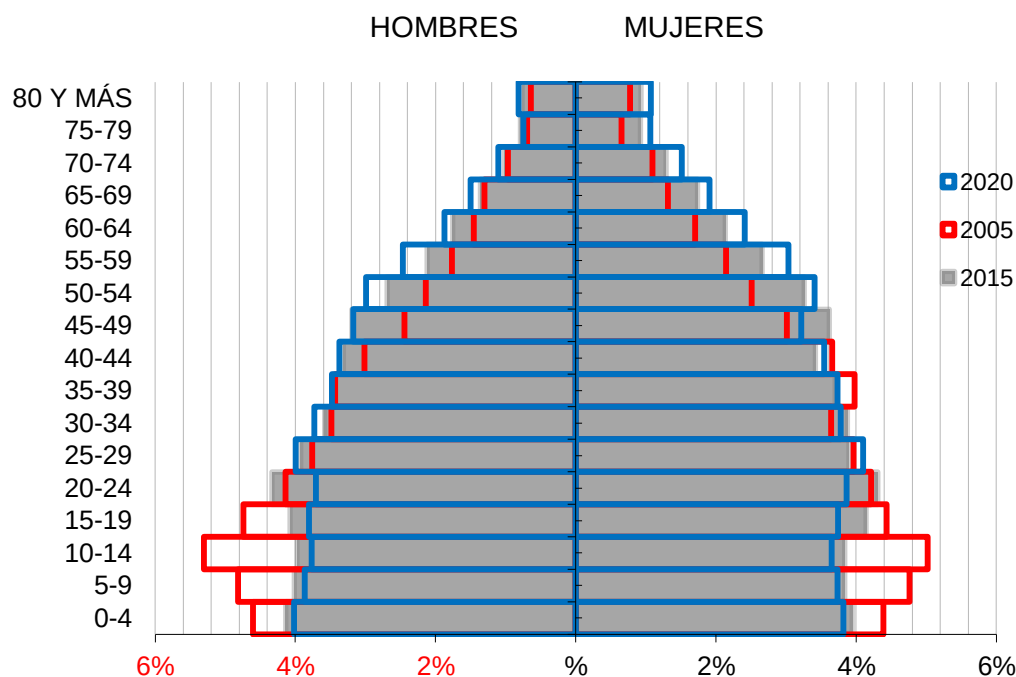
Fuente: DANE; 2015.

2.2.2 Población por grupos de edad y sexo

La pirámide poblacional masculina, femenina y por grupos de quinquenios de edad, resume los cambios respecto a la natalidad y mortalidad. En la figura 13 se muestra una evolución a través de los tiempos 2005, 2015 y una proyección a 2020, con la finalidad de establecer la tendencia de estos grupos poblacionales y la dinámica de los mismos.

La pirámide poblacional del Municipio de Zarzal para el año 2015 es en forma de campana, con una base reducida en comparación con el grupo de población comprendidos entre los 15 a 19 años, decreciendo hacia el vértice de manera lenta, lo cual refleja una población que tiende al envejecimiento. La comparación del año 2005 al 2020, muestra un descenso de la población de 0 a 24 años, lo que podría asociarse a una reducción de la natalidad y la fecundidad. Por otra parte, se observa un aumento en la población mayor de 30 años, principalmente en la población masculina, lo que significaría una reducción de la mortalidad. En la población mayor de 70 años, además, se evidencia un mayor crecimiento de mujeres que de hombres. Para mayor claridad y comprensión ver la gráfica 2 Pirámide poblacional del municipio

Gráfica 2 Pirámide poblacional del municipio de Zarzal. 2005, 2015, 2020



Fuente: DANE; 2015.

En términos generales desde la primera infancia hasta la adolescencia se presenta una disminución entre los años 2005 y 2015 y tiene la misma tendencia para la proyección del 2020; en la juventud se observa un aumento en el año 2015 y una proyección de reducción para el 2020 En la adultez y las personas mayores de 60 años se identifica un disminución en esos mismos periodos de tiempos al igual que la proyección. Ver Tabla 3 Proporción de la población por ciclo vital.

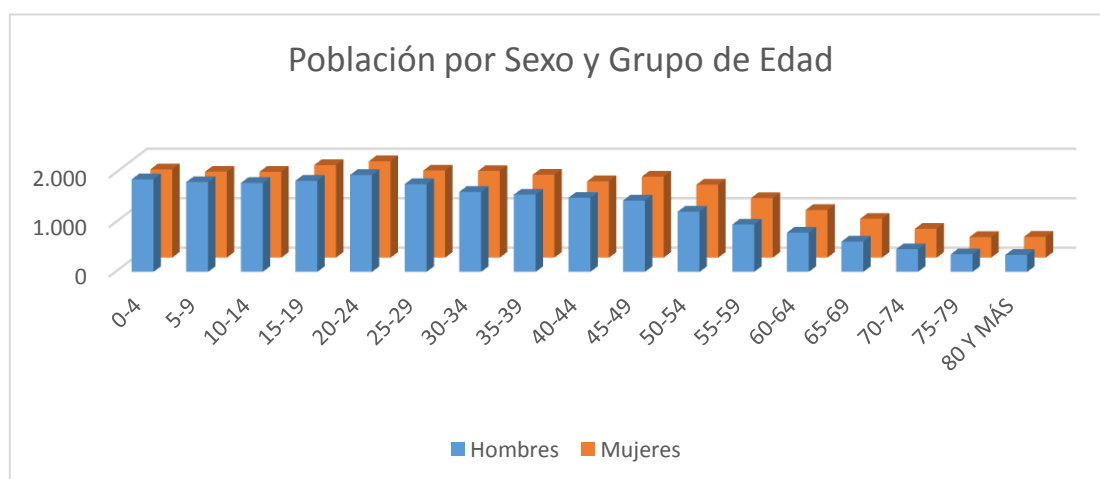
Tabla 3 Proporción de la población por ciclo vital. Zarzal. 2005, 2015 y 2020

	2005		2015		2020	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Primera infancia (0 a 5 años)	3.686	9,89	3.656	9,03	3.722	8,71
Infancia (6 a 11 años)	8.154	10,85	7.088	8,85	7.139	8,4
Adolescencia (12 a 18 años)	3.762	12,44	3.716	10,98	3.589	9,75
Juventud (14 a 26 años)	3.424	20,76	3.909	20,49	3.599	18,45
Adultez (25 a 59 años)	17.601	36,36	21.126	39,41	22.825	41,66
Persona mayor (60 o más)	4.341	9,68	5.739	11,23	6.660	13,03
Total	40.968	100	45.234	100	47.534	100
Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa						

Fuente: DANE; 2015.

En cuanto a los grupos de edad y el sexo en el municipio de Zarzal, se presenta que para el año 2015, hay una mayor proporción de mujeres en los 3 años comparativos, en el grupo de 10 a 14 años para el año 2005 se observa mayor proporción tanto de hombres como mujeres, a partir del cual esta relación cambia mostrando mayor número de mujeres en comparación a los hombres, en especial en los grupos de edad de 20 a 24 años y de 25 a 29 año. Ver gráfica población por grupo de edad y sexo municipio de Zarzal.

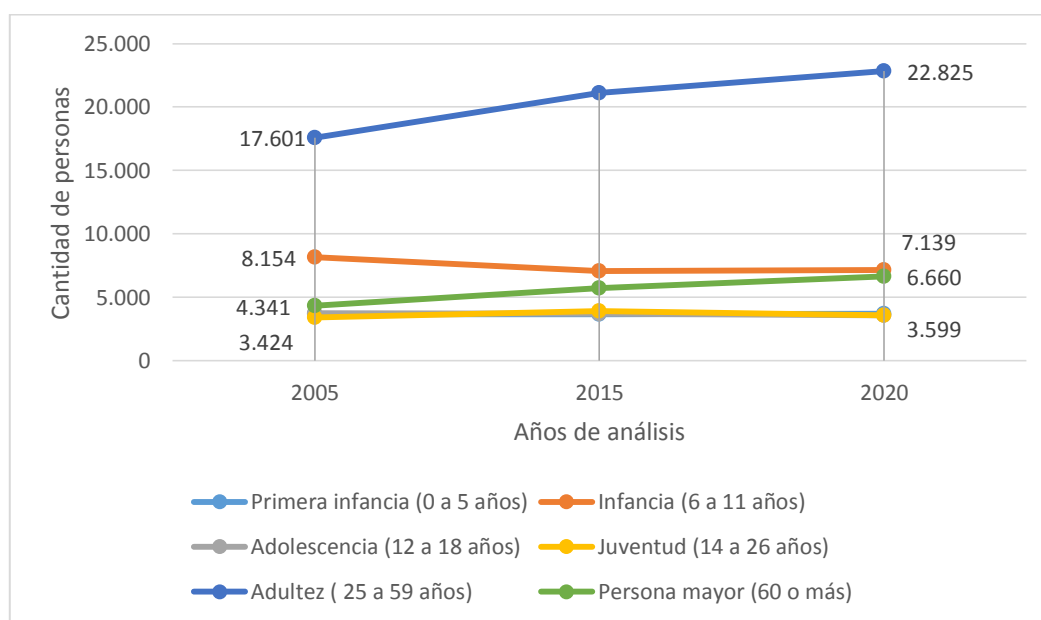
Gráfica 3 Población por sexo y grupo de edad del municipio de Zarzal, 2015



Fuente: DANE; 2015

Los grupos etarios que presentan un aumento en la población durante el periodo 2005 proyectado al 2020, son los de 25, a 59, y de 60 años y más, contrario a lo que se observa en los menores de 5 años, su proyección para el año 2020 el incremento es muy poca y de 25 a 59 años es el de mayor incremento en la proyección y de 12 a 18 se mantiene estables. Ver gráfica 4 Cambio en la proporción de la población por grupos etarios.

Gráfica 4 Cambio en la proporción de la población por grupos etarios, municipio de Zarzal 2005 y 2015



FUENTE: DANE; 2015

2.2.3 Población según pertenencia étnica

En Colombia se diferencian de la sociedad mayoritaria cuatro grupos étnicos reconocidos: la población indígena, la población raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, la población negra o afrocolombiana de la que hacen parte los palenqueros de San Basilio del municipio de Mahates en el departamento de Bolívar-y la población Rom o gitana.

De acuerdo con el Censo General 2005 DANE, la población indígena, es el 3,43% de la población del país que dio información sobre su pertenencia étnica; los afrocolombianos corresponden al 10,62% del total y el pueblo Rom o gitano es el 0,01% de la población. La estructura poblacional

colombiana en general presenta un proceso de transición demográfica al igual que la población afro, de manera similar ocurre con la población afrocolombiana en contraste con la población indígena que siendo joven tiene las mayores tasas de fecundidad y mortalidad que los demás grupos poblacionales y presenta un rezago en la primera transición demográfica. Los mayores diferenciales en la estructura de población se presentan en la población Rom cuya estructura está muy influenciada por la migración, debido a su condición de itinerantes y a sus comportamientos culturales.

Por supuesto todos los departamentos del país tienen indígenas siendo el Valle del Cauca uno de los que tiene menos del 1% de sus habitantes en este grupo poblacional ubicados en 26 resguardos en 14 municipios con una población de 9.903 personas. Los afrocolombianos se encuentran en todos los departamentos del país; al revisar el peso porcentual por departamento, el Valle del Cauca aporta 27,7% de la población perteneciente a esta etnia (Alcaldía de Cali, 2012 - 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior cabe decir que el municipio de Zarzal no es ajeno a este tipo de poblaciones es por ello y de acuerdo a los datos y la información recolectada dentro de la alcaldía municipal, informes del DANE y registros de la DNP, se ha logrado establecer que el 18% de la población de Zarzal es de etnia indígena, donde prevalece principalmente la comunidad Embera – Chamí, ubicada en el sector del norte del municipio en el corregimiento de Quebradanueva. Esta población se encuentra articulada a la Organización Regional Indígena del Valle del Cauca – ORIVAC.

Los Embera son sociedades con economías domésticas de subsistencia en agricultura, caza, pesca y recolección. Cultivan plátano, maíz, frijol, papachina, recogen frutas y elaboran artesanías. Los Embera – Chamí han introducido café, cambiando la economía tradicional por una economía de dependencia. Tienen una estructura familiar nuclear y monogámica, son exógamos, patrilineales, con residencia patrilocal, es decir el patrón residencial es dado por el hombre y la descendencia está dada igualmente por el varón, pues la familia es el componente social más importante dentro de esta etnia.

Así mismo, el municipio ha acogido a población Afrocolombiana la cual ha ido migrando desde la Costa del Pacífico hacia diferentes zonas del país, situación que se presenta por desplazamiento, búsqueda de una mejor calidad de vida, calamidades, entre otros.

En Zarzal La población afrocolombiana ha ido construyendo y tejiendo un nuevo espacio tanto en la apropiación territorial como en la estructura social, pues se tiene conocimiento y de acuerdo a datos de planeación departamental que el 43% de la población total del Municipio de Zarzal es afrodescendiente y su ubicación está dada en los sectores: La Paila, Barrio las Mercedes, El Pama. Ver Tabla 4. Población por pertenencia étnica del municipio de Zarzal.

Tabla 4 Población por pertenencia étnica del municipio de Zarzal

Pertenencia étnica	Total por pertenencia étnica	% de la población pertenencia étnica
Indígena	79	0,20%
Rom (gitana)	0	0,00%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0,007%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	19.088	43,50 %
Ninguno de las anteriores	24.738	56,30%

Fuente: Planeación Departamental 2015.

Consideremos ahora y de acuerdo a información del Departamento Nacional de Planeación la existencia de otras poblaciones que se han surgido a causa del programa de gobierno Todos por un nuevo país del Presidente Juan Manuel Santos. Donde se ha originado la estrategia RED UNIDOS ahora ANSPE, la cual se origina como respuesta integral a la multidimensionalidad de la pobreza extrema. En ella participan las entidades del sector público que cuentan con oferta social, entre las que se encuentra el ministerio de salud y protección social. Su misión es promover acciones coordinadas y focalización prioritaria de recursos y acciones sobre la población más vulnerable. (MinSalud, 2016)

De acuerdo a la investigación y a información recolectada, se pudo establecer que en el municipio de Zarzal se tiene una población de 4.427 personas registradas en la estrategia ANSPE (Departamento de Planeación , 2014 - 2015). Donde, de acuerdo a una serie de visitas y encuestas se establece el nivel de pobreza en la que se encuentran las personas y/o

familias y es a partir de a partir de esta información se buscan mecanismos de promoción y mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Es importante tener en cuenta para el desarrollo del Plan Territorial de Salud a cada una de las comunidades y poblaciones del municipio, esto con la finalidad de establecer las actividades, planes de acción correspondientes y acordes a las necesidades de las colectividades, promoviendo así una mejor calidad de vida y fomentando el desarrollo y competitividad del municipio a través de sus habitantes.

2.2.4 Tasa general de fecundidad

En Colombia los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010 (ENDS) plantean que la fecundidad es de cúspide temprana. El grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad, 122 nacimientos por mil mujeres, es el de 20-24 años, seguido por el de 25-29 y el de 15-19 años de edad. (Profamilia, 2011).

En el país se ha comprobado a través de todas las encuestas de Demografía y Salud que la fecundidad ha venido disminuyendo desde mediados de los años sesenta cuando la tasa total de fecundidad se estimó en 7 hijos por mujer; entre 1985 y 1995 la tendencia al descenso se estabilizó alrededor de 3 hijos por mujer y cinco años más tarde (2000-2005) estaría disminuyendo aunque lentamente pues la tasa total o global de fecundidad para el 2005 fue de 2.4 hijos por mujer, comparada con 2.6 de la encuesta del 2000. En la zona urbana la tasa total de fecundidad baja de 2.3 a 2.1 hijos por mujer y en la zona rural de 3.8 a 3.4. La tasa general pasa de 91 a 83 por mil y la tasa bruta de natalidad de 23 a 20 por mil. (Profamilia, 2011).

La tasa global de fecundidad (TGF) ha descendido pasando de 6,0 hijos por mujer en la década de los 60 a 4,5 en los 70 mientras para el año 1993 estuvo en 1,97 hijos bajando levemente a 1,88 en el año 2009. Este descenso es explicado por cambios en factores sociales y económicos como el aumento de la escolaridad femenina, el ingreso de la mujer a la fuerza de trabajo y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

El promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva (Tasa Global de Fecundidad) ha mostrado una tendencia decreciente durante las últimas décadas. Para el período 2005-2010 este indicador se estima en 2.45, esto es, 0.89 menos que entre 1985-1990.

La Tasa General de Fecundidad se estima en 74.6 nacimientos por cada 1000 mujeres en el período 2005-2010, un nivel muy inferior al registrado durante las dos décadas precedentes. Ver figura 13. Colombia Indicadores de fecundidad.

Figura 13 Colombia indicadores de fecundidad 1985-2020

PERÍODO	EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD (a)	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (b)	TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (c)
1985-1990	27,23	3,34	112,60
1990-1995	27,06	3,14	103,90
1995-2000	26,84	2,86	92,00
2000-2005	26,63	2,60	81,40
2005-2010	27,50	2,45	74,60
2010-2015	27,71	2,35	71,50
2015-2020	27,85	2,29	69,60

Fuente: DANE- Conciliación censal 1985-2020 y proyecciones de población 2005-2020

2.2.5 Tasa bruta de natalidad

En Colombia la Tasa Bruta de Natalidad disminuyó de 28.8 a 19.8 nacidos vivos por cada mil habitantes en el período comprendido entre 1985 y 2010, y se estima continuará disminuyendo aunque a un menor ritmo durante la próxima década. (MinSalud) Ver Figura 14 Tasa Bruta de Natalidad Colombia.

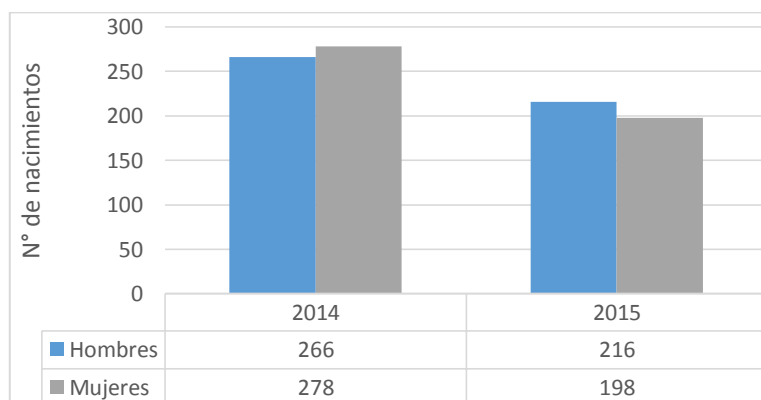
Figura 14 Tasa bruta de natalidad Colombia.

PERÍODO	TASA BRUTA DE NATALIDAD (a)
1985-1990	28,80
1990-1995	26,86
1995-2000	24,20
2000-2005	21,66
2005-2010	19,86
2010-2015	18,88
2015-2020	18,03

Fuente: DANE- Conciliación censal 1985-2020 y proyecciones de población 2005-2020

Así mismo al hacer el comparativo de los nacimientos durante los años 2014 y 2015, se evidencia una disminución en la tasa de natalidad del municipio de Zarzal, teniendo como resultado que para el año 2014 se tuvo un total de 544 nacimientos entre hombres y mujeres, para el 2015 fue de 414 nacimientos, una diferencia de un año a otro de 130 nacimientos. Ver figura 15 nacimientos por tipo de sexo municipio de Zarzal años 2014 y 2015

Figura 15 nacimientos por tipo de sexo municipio de Zarzal años 2014 y 2015



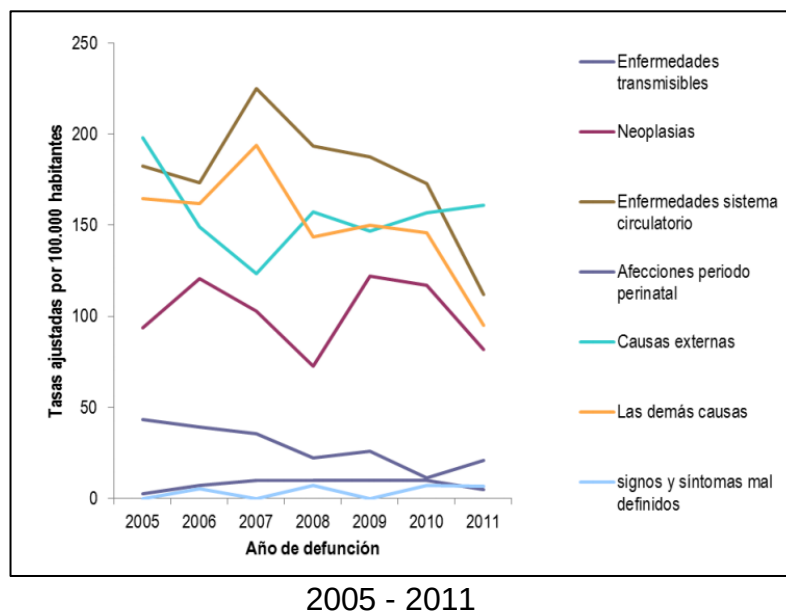
Fuente: DANE; 2015

La disminución en la tasa de natalidad del municipio se ha venido presentando por mayores campañas de prevención anticonceptiva y la independencia de la mujer en cuestiones laborales, entre otros aspectos relevantes.

2.2.6 Mortalidad

En relación con la mortalidad general por grandes causas y de acuerdo a la información suministrada por la base de datos del DANE, es posible observar las siguientes estadísticas en la figura 16 para el municipio de Zarzal.

Figura 16 Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Zarzal,



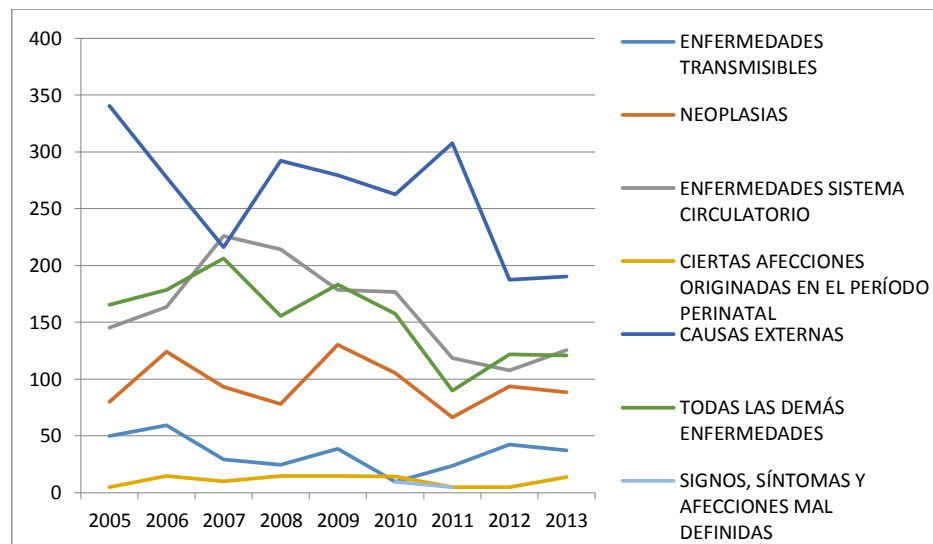
Fuente: DANE; 2015

En relación con la mortalidad general por grandes causas se observa que en la mayor parte de los años analizados las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad en el municipio, presentando la tasa más alta en el año 2007(225,1 por 100.000 Hab.) a partir de ese año se observa una tendencia al descenso, siendo en el año 2011 donde se observa la tasa más baja del periodo (111,9 por 100,000 Hab.). En segundo lugar se encuentran las causas externas con un para el año 2007 (193,7 por 100.000 Hab.) y tendencia al ascenso desde el año 2009 alcanzando en el 2011 una tasa de 95,1 por 100.000 Hab, lo que las ubica en la primera causa de mortalidad en este periodo. Las neoplasias ocupan el tercer lugar con un comportamiento irregular, lográndose identificar que respecto al año 2005 la tasa alcanzada en el año 2011 presenta una leve disminución. Las enfermedades trasmisibles por su parte muestran una tendencia al descenso durante los siete años analizados **(ASIS, 2013)**.

En relación con la mortalidad general por grandes causas se observa que en la mayor parte de los 9 años analizados las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad en el municipio, presentando la tasa más alta en el año 2007 (208,27 por 100.000 Hb) a partir del cual se observa una tendencia al descenso, siendo en el año 2012 donde se observa la tasa más baja del periodo (100,21 por 100,000 Hb). En segundo lugar se encuentran las causas externas con un pico en la tasa

ajustada para el año 2007 (193,7 por 100.000 Hb) y tendencia al ascenso desde el año 2012 alcanzando en el 2013 una tasa de 115,02 por 100.000 Hb, lo que las ubica en la primera causa de mortalidad en este periodo. Las neoplasias ocupan el tercer lugar con un comportamiento irregular, lográndose identificar que respecto al año 2010 la tasa alcanzada en el año 2012 presenta una leve disminución. Las enfermedades transmisibles por su parte muestran una tendencia al sigsag (sube y baja) en los nueve años analizados. (ASIS, 2013) Ver figura 17. Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del municipio de Zarzal, 2005 -2013

Figura 17 Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del municipio de Zarzal, 2005 -2013

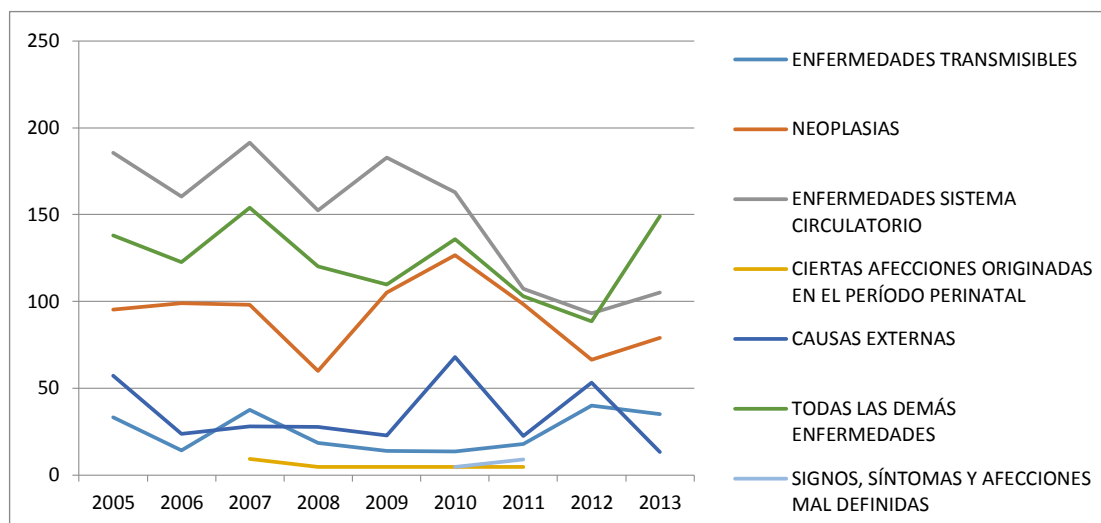


Fuente: SISPRO

Por otra parte, las tasas de mortalidad en mujeres tienen un comportamiento similar al general, ya que las tasas más elevadas corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales tienden a disminuir en el periodo (de 191,43 en 2007 a 93 en 2012). Le siguen todas las enfermedades que tienden a disminuir con picos en los años 2007 y 2012 y

ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, lográndose identificar un leve descenso pasando de 94,9 en 2005 a 92,5 en 2011. A diferencia de los hombres, las tasas de mortalidad por causas externas ocuparon el cuarto lugar con tendencia estable entre los años 2006 a 2009, un pico en el año 2010 y un descenso en el año 2011 con una tasa de 21,6 por 100.000 Hb, siendo menor en comparación a la presentada en el año 2005 (56,5). En cuanto a las afecciones en el periodo perinatal, se observa un descenso que pasó de 33,8 en 2005 a 16,9 en 2011. Ver figura 18 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Zarzal, 2005 – 2013

Figura 18 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Zarzal, 2005 – 2013



Fuente: SISPRO

Es importante realizar una comparación de las tasas de mortalidad del municipio de Zarzal respecto a las tasas a nivel departamental, pues allí se muestra como l a partir del año 2013 la mortalidad por accidentes de transporte terrestre, las neoplasias de mama, cuello uterino y próstata son significativamente más altas que las del departamento. De igual forma se

identifica alerta en la tasa de homicidios y de enfermedades infecciosas. Ver tabla 5 Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas del municipio de Zarzal, 2005-2011

Tabla 5 Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas del municipio de Zarzal, 2005-2011

Causa de muerte	Valle del Cauca	Zarzal	Comportamiento					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	16.71	25.3	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	7.23	22.3 8	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4.122	13.4 3	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	8.196	14.2	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Causa de muerte	Valle del Cauca	Zarzal	Comportamiento					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	12.05	6.9	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	21.88	18.4	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4.373	2.3	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	0.523	0	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	80.48	124. 2	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por malaria	0.07	0	-	↗	↘	-	-	-
Casos de mortalidad por rabia humana	0	0	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por enfermedades infecciosas	1.6	6.9	↘	↘	↘	↘	↘	↗

(A00-A99)									
Tasa de mortalidad por emergencias y desastres	0.18	0		-	-	-	↗	↘	-

Fuente: SISPRO

2.2.7 Morbilidad

De acuerdo a la información suministrada por la secretaria de salud del municipio de Zarzal y al informe ASIS se ha podido establecer la siguiente información acerca de la morbilidad de la población.

Respecto al año 2012, en orden descendente, los grupos de subcausas de Morbilidad en el municipio de Zarzal, se distribuyen de la siguiente forma:

- 36% las Condiciones transmisibles y nutricionales
- 35% las Enfermedades no transmisibles
- 21% Signos y síntomas mal definidos
- 7% las Lesiones
- 1,25% las Condiciones materno perinatales.

Esta relación se mantiene a lo largo del periodo aun cuando se presentan variaciones. A continuación se presentan las principales estadísticas en cada etapa de la vida:

En la infancia, cambian solo las dos primeras causas las enfermedades no trasmisibles ocupan el 46%, seguidas por las Condiciones transmisibles y nutricionales (23 %) y las condiciones materno perinatales ocupan solo 0.23%.

En la adolescencia se aumenta el peso relativo de las enfermedades no trasmisibles al 50%, le siguen los signos y síntomas mal definidos con el 18%, las Condiciones transmisibles y nutricionales con el 15%, las lesiones con el 9,8% y las condiciones materno-perinatales quedan en el último lugar con el 7%.

En la juventud se mantiene la relación anterior, pero con una leve disminución el peso de las enfermedades trasmisibles, las condiciones trasmisibles y las lesiones y aumentando las condiciones materno-perinatales.

En la adultez continúa esa relación aumentando al 50- 59% el porcentaje de las enfermedades no transmisibles y disminuyendo la proporción de las lesiones y las condiciones trasmisibles con respecto al grupo anterior.

En la población mayor de 60 años, las enfermedades no trasmisibles ocupan entre el 65 y 67% de la morbilidad atendida, mientras el resto mantiene una distribución similar a la de los grupos anteriores. Para tener un panorama más amplio se muestra a continuación al tabla 6. Principales causas de morbilidad, municipio de Zarzal 2009 – 2014

Tabla 6 Principales causas de morbilidad, municipio de Zarzal 2009–2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	38,36	36,46	35,81	35,62	33,42	27,90	-5,52
	Condiciones materno perinatales *	0,47	0,43	0,46	1,25	0,28	0,23	-0,05
	Enfermedades no transmisibles	24,70	34,31	29,91	34,86	30,88	32,68	1,79
	Lesiones	8,21	9,11	7,42	7,42	8,99	10,82	1,83
	Signos y síntomas mal definidos	28,26	19,69	26,40	20,84	26,43	28,38	1,95
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,41	18,63	17,37	14,97	14,75	13,72	-1,03
	Condiciones materno perinatales *	13,36	14,47	12,68	15,40	13,39	13,65	0,26
	Enfermedades no transmisibles	19,48	19,03	18,33	19,19	18,73	19,59	0,87
	Lesiones	15,18	10,51	10,39	8,94	10,87	11,37	0,50

	Signos y síntomas mal definidos	24,58	37,36	41,24	41,50	42,27	41,67	-0,60
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,42	17,40	19,69	15,11	16,73	12,53	-4,20
	Condiciones materno perinatales *	5,60	7,27	4,53	6,10	3,36	3,34	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	35,29	46,96	43,85	50,76	44,46	47,55	3,08
	Lesiones	11,82	8,58	10,57	9,73	11,16	12,40	1,24
	Signos y síntomas mal definidos	26,86	19,79	21,35	18,31	24,29	24,18	-0,11
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,73	14,91	17,99	14,13	14,67	13,09	-1,58
	Condiciones materno perinatales *	8,91	13,62	7,53	10,11	6,21	5,86	-0,34
	Enfermedades no transmisibles	38,65	44,30	43,59	48,42	45,56	46,27	0,71
	Lesiones	9,32	9,32	8,74	9,12	10,38	11,50	1,12
	Signos y síntomas mal definidos	24,39	17,85	22,15	18,21	23,17	23,26	0,09
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,00	12,07	15,30	12,04	12,85	11,42	-1,43
	Condiciones materno perinatales *	2,76	3,40	2,02	2,67	1,54	1,44	-0,10

	Enfermedades no transmisibles	49,33	58,95	52,37	58,56	53,55	54,17	0,61
	Lesiones	9,34	9,46	8,99	8,28	9,90	11,31	1,41
	Signos y síntomas mal definidos	24,57	16,12	21,32	18,45	22,15	21,66	-0,49
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,90	8,60	9,94	9,51	10,72	9,51	-1,21
	Enfermedades no transmisibles	65,01	67,11	66,76	65,16	60,61	60,95	0,35
	Lesiones	8,35	9,23	7,29	7,35	8,15	9,52	1,38
	Signos y síntomas mal definidos	16,75	15,07	16,01	17,98	20,53	20,02	-0,51

Fuente: SISPRO MS

Es importante que a través de la información recolectada se logren generar las acciones correspondientes para el cuidado y preservación de la salud de los zarzaleños. Dichas actividades se deben establecer de manera conjunta entre la alcaldía municipal, entes de salud (hospitales, centros de salud, clínicas, entre otros) y demás instituciones prestadoras del servicio, con la finalidad de disminuir los índices mencionados en la tabla anterior en cada una de las etapas de la vida.

Es así como a través del diagnóstico realizado acerca de la situación actual en salud del municipio, fue posible identificar varias de las necesidades prioritarias que aquejan a los habitantes del municipio, convirtiéndose esta información en la principal herramienta para la elaboración de las actividades y planes para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Donde, el compromiso de los entes e instituciones que intervienen son fundamentales para el buen manejo tanto de los recursos asignados, como del seguimiento y cumplimiento de los diferentes proyectos.

2.3 CONTEXTO: CARACTERIZACIÓN SOCIOECONOMICA

2.3.1 Estratificación socioeconómica

El municipio desde el año 1997 divide a la ciudad en seis estratos a saber: estrato 1; bajo-bajo; estrato 2 bajo; estrato 3 medio-bajo; estrato 4, medio; estrato 5 medio-alto y estrato 6 alto. Ver tabla 7.

Tabla 7 Estratificación Socioeconómica Municipio de Zarzal

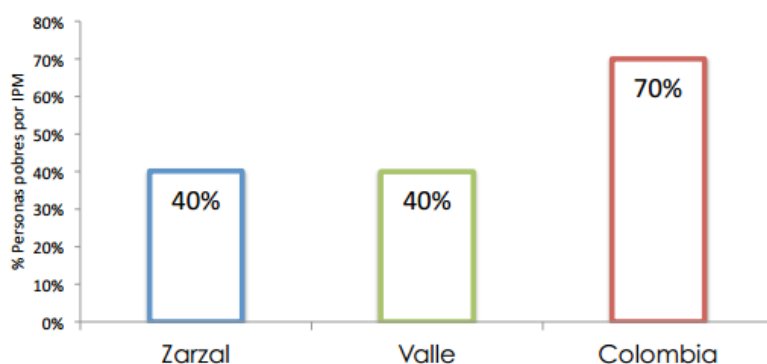
Estrato	Bajo-bajo	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto
%	13.8	27.1	59.1	0.0	0.0	0.0

Fuente: Planeación Municipal – Zarzal; 2015

2.3.2 Pobreza

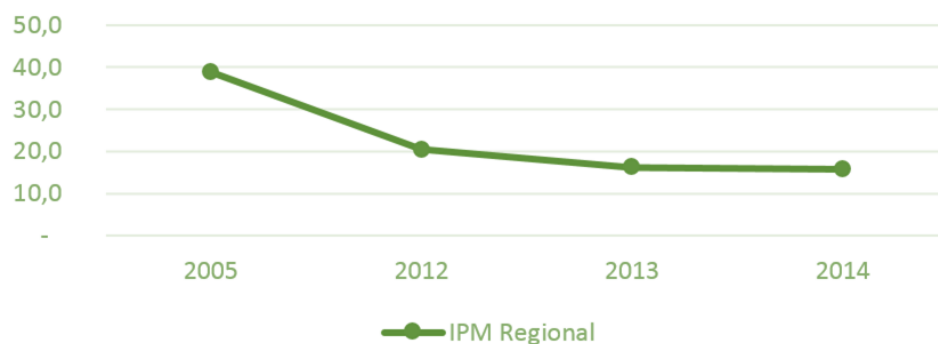
En cuanto a factores socioeconómicos como el índice de pobreza se puede evidenciar en las figuras 19 y 20 como se encuentra la situación del municipio.

Figura 19 Índice de pobreza multidimensional 2005



Fuente: DNP; 2005

Figura 20 Tendencia índice de pobreza multidimensional (IPM) 2005-2014

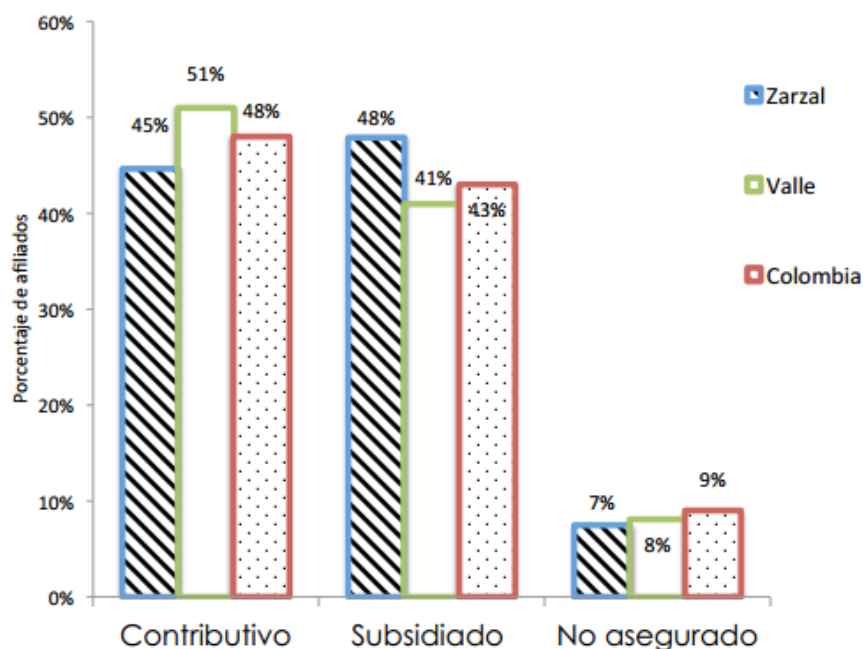


Fuente: DANE; 2014

2.3.3 Salud

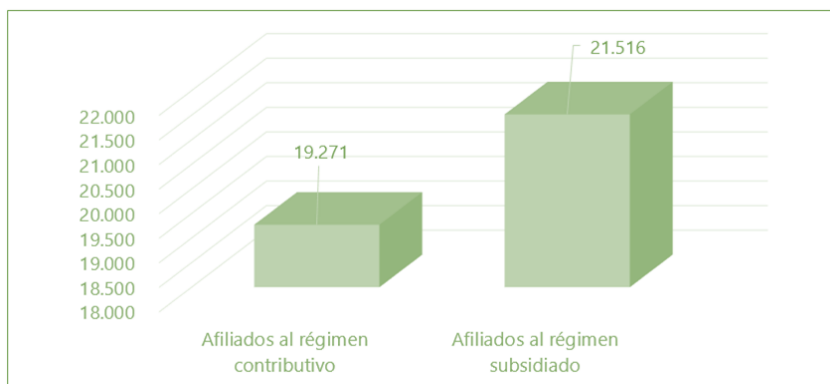
En cuanto a salud, el grado de cobertura que tiene registrado el Ministerio de Salud para el municipio data en 2012 de un 92,5%. Desde el Ministerio de Salud se tienen un total de afiliados al régimen contributivo de 19.271 y 21.516 afiliados al régimen subsidiado (*ver figura 21 y 22*). A continuación se evidencia la cobertura desde los diferentes tipos de afiliaciones a nivel general y en una gráfica posterior la particularización del municipio de Zarzal a octubre de 2015:

Figura 21 Cobertura de salud 2012



Fuente: Base de datos única de afiliados 2012

Figura 22 Afiliados al sistema por tipo de régimen (Octubre 2015)

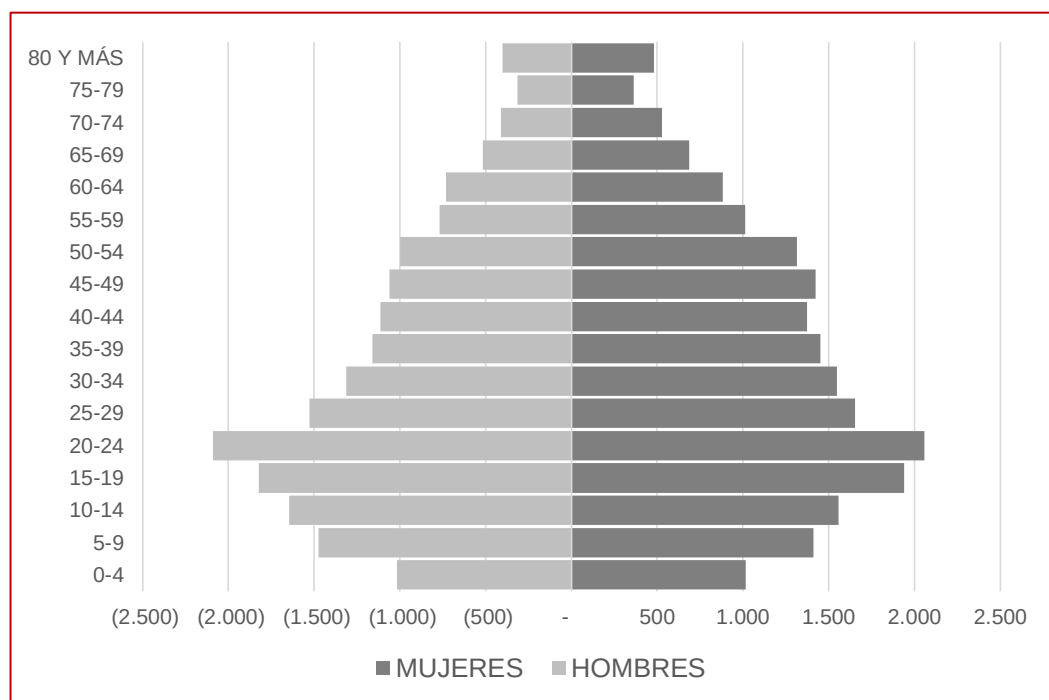


Fuente: Ministerio de salud, Octubre 2015.

- **Población con SISBEN.**

De acuerdo a datos del Departamento Nacional de Planeación (DNP) en el municipio de Zarzal la pirámide poblacional de registrados en el SISBEN presenta los datos que se muestran en la figura 23. Donde se puede evidenciar que la mayor participación esta entre los hombre y mujeres de edades de los 20 a los 24, seguido de los 15 a los 19 años.

Figura 23 Pirámide poblacional registrados SISBÉN; 2016



Fuente: DNP; 2016

En cuanto al puntaje del SISBÉN por zona se tiene que en la cabecera municipal se cuenta con 28.380 registros validados, en el centro poblado 10.053 registros, en la zona rural 626, para un total de 39.059 registros validados de acuerdo al puntaje obtenido. En la figura 24 se podrá observar el comportamiento de los datos y en la tabla 8 se hará claridad sobre el número de registros validados y los puntajes máximos y mínimos.

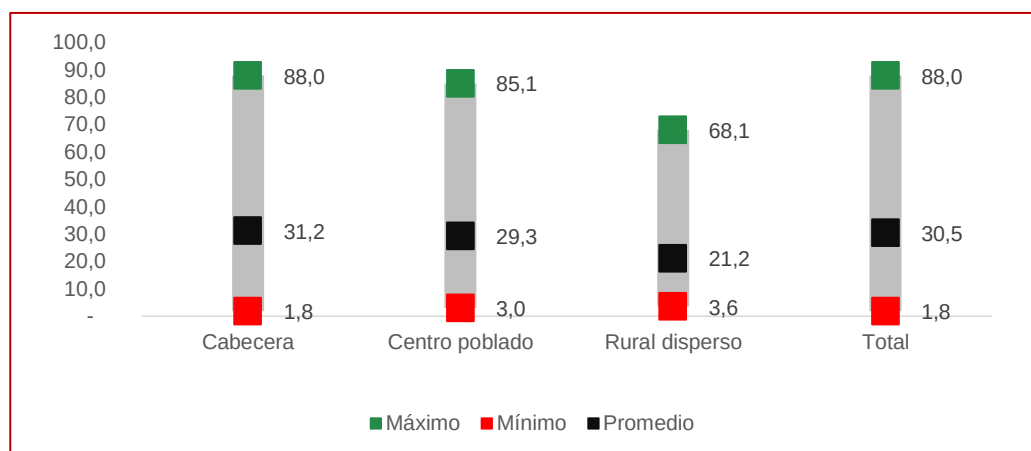


Figura 24 Comportamiento puntaje SISBEN por zona.

Fuente: DNP; 2016

Tabla 8 Registros validados y puntaje SISBÉN.

Zona	Registros validados	Puntaje SISBÉN		
		Promedio	Mínimo	Máximo
Cabecera	28.380	31,2	1,8	88,0
Centro poblado	10.053	29,3	3,0	85,1
Rural disperso	626	21,2	3,6	68,1
Total	39.059	30,5	1,8	88,0

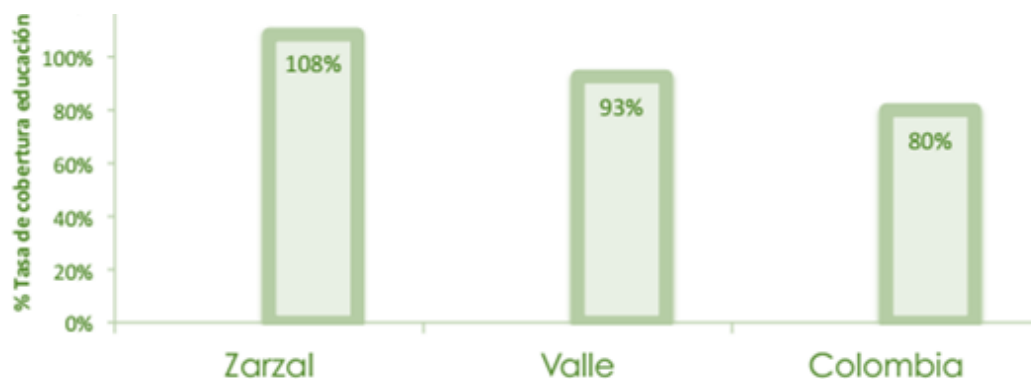
Fuente: DNP; 2016

De acuerdo a la información anterior y a los puntajes obtenidos por cada uno de los habitantes o familias del municipio, se ha logrado beneficiar a los más vulnerables a través de la inscripción a programas sociales tales como: Colombia mayor, jóvenes rurales, UNIDOS, vivienda rural, entre otros. Los cuales brindan herramientas educativas, formación, asesoría y en algunos casos ayudas materiales y económicas para mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Zarzal.

2.3.4 Educación

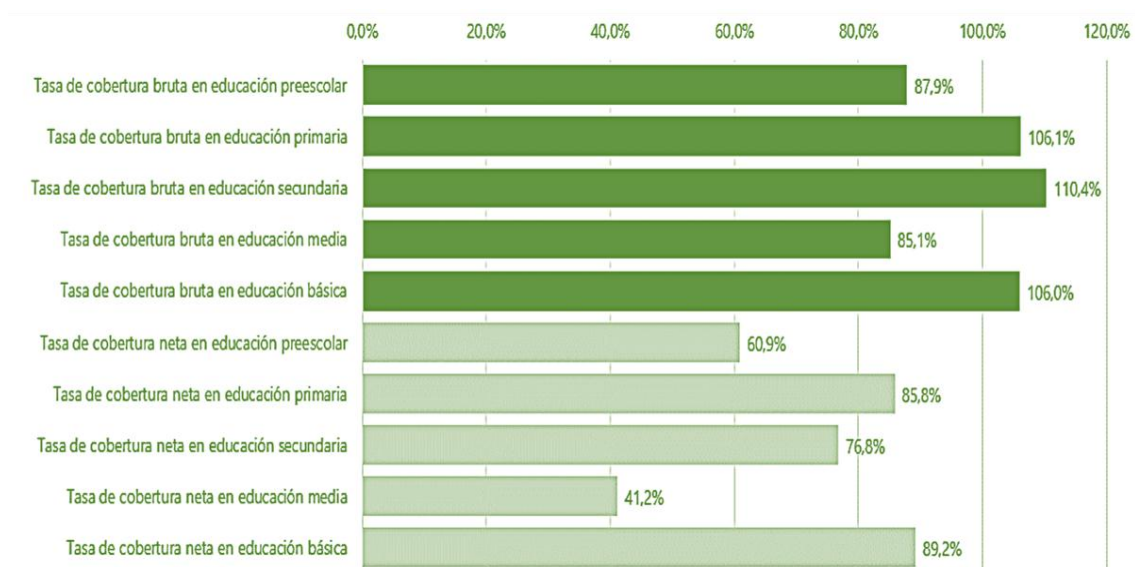
Se tienen 10 establecimientos educativos (educación básica y media) de los cuales 5 son locales y los 5 restantes son no oficiales. La tasa de cobertura está dada por las *figuras 25 y 26*, las cuales muestran las tasa de cobertura de educación neta y la desagregación de las coberturas en educación a 2014:

Figura 25 Tasa de cobertura de educación neta 2014



Fuente: Ministerio de Educación, 2014

Figura 26 Desagregación coberturas en educación 2014



Fuente: Ministerio de Educación, 2014

Con base en este último gráfico se puede observar que se encuentra sometida al postulado que toda, o por lo menos la mayoría, de la población base para el cálculo de estos indicadores se encuentra cubierta por el sistema educativo y, adicionalmente existe matrícula de estudiantes de otra índole (extra-edad que están fuera de la población establecida), lo que genera que haya indicadores cuya medición relativa es superior al 100% (ver gráfico 10 tasa de cobertura bruta en educación primaria y secundaria)

Así mismo se mostraran en la tabla 9 algunos datos importantes en el tema de educación del municipio, información que ha sido obtenida de la ficha municipal de caracterización territorial desarrollada por el DNP.

Tabla 9 Comparativo niveles educativos municipales Vrs. Departamentales.

	Municipio	Departamento	Región
Cobertura neta educación media (%2015)	43,1%	40,0%	35,7%
Pruebas saber 11 matemáticas (2014)	46,6	48,9	48,2
Tasa analfabetismo mayores a 15 años (2005)	7,1%	5,3%	8,8%

Fuente: DNP; 2016

2.3.5 Cobertura de servicios públicos

Desde el 2013 se encuentra certificado en agua. Cuenta con un promedio de índice de riesgo de calidad de agua de 2% con una tendencia a la alza (2012 era 0%). A continuación se evidencia los hogares en cuanto a déficit cuantitativo y cualitativo en 1993 y 2005 y posteriormente la cobertura de servicios públicos generales:

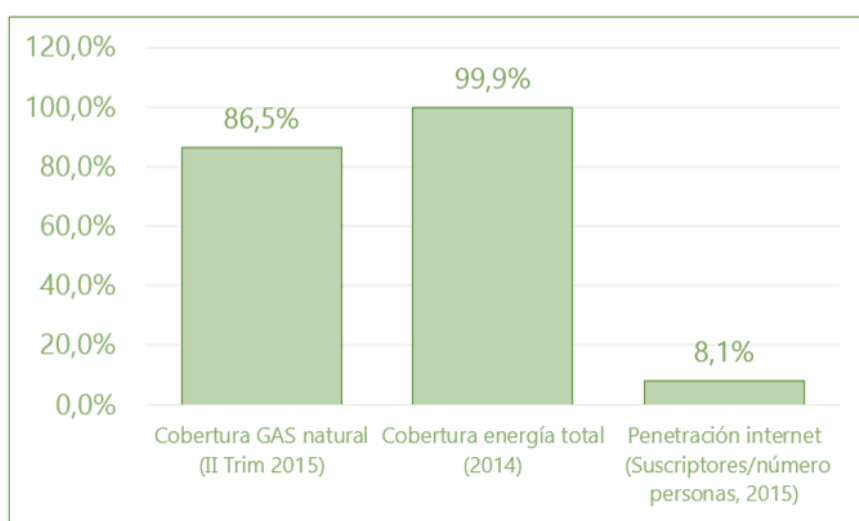
Tabla 10 Hogares déficit cuantitativo y cualitativos.

Déficit cuantitativo	1993		2005	
	#	%	#	%
Zarzal	1516	20%	1328	12%
Valle	160417	21%	130754	12%
Colombia	804400	17%	1025080	12%

Déficit cualitativo	1993		2005	
	#	%	#	%
Zarzal	1480	19%	630	6%
Valle	184642	24%	111622	10%
Colombia	2481400	37%	2433108	24%

Fuente: DANE, 2005

Figura 27 Cobertura de servicios públicos 2014-2015



Fuente: DANE, Ministerio de Minas y Energía 2014-2015

Redondeando esta información y como fuente esencial para conocer la situación de la población en general, se presentan los principales programas municipales que se tiene y la cantidad de habitantes que participan o hacen parte de los mismos Ver tabla 11

Tabla 11 Número de beneficiarios por programas municipales 2015

BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	
Más familias en acción (familias beneficiadas, 2015)	2276
Jóvenes en acción (jóvenes con incentivo, 2015)	0
Programa 0 a siempre (beneficiarios, 2015)	666
Colombia Mayor (cupos asignados, Julio 2014)	1539
Kioscos vive digital en el departamento	4

Fuente: ICBF, DPS, MinTic, MinTrabajo, 2015

2.3.6 Conflicto armado y seguridad

Las características de este aspecto se comparan a nivel regional y departamental con fechas del cierre del año 2014. Se presentan indicadores relacionados con: Homicidios, hurtos, cultivos ilícitos, secuestros, desplazamiento forzado y víctimas de minas antipersonal.

Tabla 12 Cifras del conflicto armado y la seguridad en el Municipio de Zarzal 2014

	Municipio	Promedio	Promedio regional
Homicidios por 100 mil habitantes	46,43	56,72	46,97
Hurto a comercio por 100 mil habitantes	48,64	29,99	38,43
Hurto a personas por 100 mil habitantes	101,69	209,33	265,88
Hurto a residencias por 100 mil habitantes	37,58	34,36	36,15
Hurto a vehículos por 100 mil habitantes	44,21	107,21	126,84
Secuestros por 100 mil habitantes	0	0,46	0,58
Hectáreas sembradas de coca	0	13,36	100,26
Número de celulares robados	31	170,45	91,73
Desplazamiento forzado	78	964,38	503,62
Víctimas minas antipersonal	0	0,12	0,34

Fuente: SIJIN, SIMCI, Ministerio de Defensa, Policía Nacional, DAICMA, UARIV, 2014

2.3.7 Cierre de brechas²

En términos del alcance de mayores niveles de equidad en sectores como educación, salud, agua potable y saneamiento básico, vivienda y capacidad institucional, se especifican a continuación las calificaciones de priorización de esfuerzos, por sectores, a nivel socio-económico y de georreferenciación. Esto último, implica la comparación con los indicadores de igual orden a nivel departamental y regional, teniendo como fecha más reciente para ello el cierre del año 2015 respecto al promedio municipal ponderado por la población. Por último, debe aclararse que los cálculos proyectados al 2018, fueron hechos en el 2013 luego, pueden existir casos en donde los niveles actuales los hayan superado. Con base en la tabla anterior puede observarse el buen comportamiento del municipio respecto al cierre de brechas. Este se entiende en términos de los esfuerzos por realizar para cerrar las distancias con los resultados esperados respecto a cada indicador sectorial. Así, la distancia en puntos porcentuales o absolutos, según sea el caso del indicador, establece el nivel de esfuerzo en el que hay que incurrir para cerrar la brecha. Entre menor sea la distancia, menor será el esfuerzo, atendiendo a la siguiente categoría de calificación: Alto, Medio Alto, Medio Bajo, Bajo.

² Todo este apartado es referenciado desde el Plan de Desarrollo Territorial (PDT) del municipio de Zarzal para el periodo 2016.2019.

Tabla 13 Comparativo de cierre de brechas al 2015: Municipio, Departamento y Región.

Cierre de Brechas	Municipio	Departamento	Región	Resultado Esperado 2018	Esfuerzo en cierre de brechas
Cobertura neta educación media (%2015)	43,10%	40,00%	35,70%	43,42%	bajo
Pruebas saber 11 matemáticas (2014)	46,6	48,9	48,2	46,63%	medio bajo
Tasa analfabetismo mayores a 15 años (2005)	7,10%	5,30%	8,80%	6,33%	bajo
Tasa de mortalidad infantil-Fallecidos por mil nacidos vivos (2013)	12,7	11,3	16,1	10,30%	medio bajo
Cobertura vacunación DTP (2015)	95,80%	93,80%	91,50%	98,20%	medio bajo
Cobertura total acueducto (2005)	96,90%	94,00%	78,80%	100%	bajo
Déficit cualitativo de vivienda (2005)	5,90%	10,40%	28,90%	1,63%	bajo
Déficit cuantitativo de vivienda (2005)	12,40%	12,20%	13,00%	7,51%	medio bajo

Fuente: DPN, Ministerio de educación y Salud, GET, DDTS, 2015

Finalmente y a partir del diagnóstico realizado en el presente capítulo se ha logrado establecer que el municipio de Zarzal es polo de intercambio regional con el Norte del Valle y el llamado Eje Cafetero, además de ser la puerta de entrada al Valle del Cauca, aspecto relevante para la gestión del desarrollo económico del municipio, implícitamente relacionado con la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de su población.

Por otro lado, su extensión territorial es esencialmente rural y dado el alto grado de urbanización, se plantea la necesidad de fortalecer la cobertura de los servicios de salud en la población dispersa, pues son ellos quienes están más expuestos a presentar barreras de acceso a dichos servicios de salud. En cuanto a la pirámide poblacional del municipio se puede decir que esta refleja una población principalmente adulta, siendo la proporción de mujeres mayor, para lo cual se tendrán que formular estrategias que minimicen la migración de los jóvenes.

Así mismo, se logró identificar un porcentaje importante de grupos étnicos afrodescendientes e indígenas así como de población en situación de desplazamiento siendo necesario el fortalecimiento de políticas para proporcionar una oferta de programas sociales con enfoque diferencial que permita superar las barreras culturales, sociales y las inequidades a las que históricamente han sido sometidos estos grupos.

Es así como a partir de dichos análisis se dará inicio a la formulación de estrategias, actividades y planes que contribuirán a fortalecer a la comunidad en general a través del desarrollo de prácticas y hábitos que mitiguen las condiciones de vulnerabilidad.

Con la realización de esta investigación se pretende que sea desde la experiencia, vivencia y realidades de la comunidad que se generen las estrategias correspondientes, utilizando como herramientas las mesas de trabajo, charlas con líderes comunales y con los representantes de las diferentes instituciones de salud, quienes a su vez serán los encargados de complementar la información ya registrada en el capítulo en mención y así elaborar el PTS del municipio. Siendo estos mismos actores los responsables de verificar el cumplimiento de las actividades y de ser necesario replantearlas, esto con el fin de buscar siempre el bienestar de la población Zarzaleña y el fortalecimiento de la región.

Finalmente en el cuadro 3 se podrán observar de forma resumida las fortalezas y debilidades identificadas en el municipio de Zarzal, a través del diagnóstico realizado, las cuales son punto de partida para el diseño, del Plan Territorial de Salud.

Cuadro 3 Fortalezas y debilidades identificadas a través del diagnóstico realizado al municipio de Zarzal Valle.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Interconexión vial con ciudades intermedias y con la capital del Departamento.	Municipio con una tasa alta de homicidios y hurtos.
Numerosas fuentes de empleo formal	
Presencia de Empresas Industriales y agroindustriales	Desempleo y desplazados
Presencia académica universitaria (Universidad del Valle)	Desorganización socio espacial y falta de planeación.
Un hospital con Nivel I y II	Embotellamiento vial y congestión vehicular.
Transporte Terrestre	Riesgos de inundaciones, deslizamientos, incendios forestales (quemadas de caña) y vendavales.

Alto nivel de modernización y desarrollo productivo e industrial	Ambiente de inseguridad, violencia e intolerancia
Ofertas de programas e inversiones sociales, para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.	Falta de conciencia cívica y ciudadana.
Cuenta con servicios de energía eléctrica y gas suficientes para abastecer a la comunidad.	Acceso a servicios de Internet insuficiente e ineficiente.
La población se encuentra censada por parte del SISBEN y cada ciudadano cuenta con su respectivo puntaje.	Falta de inversión y presupuesto para el hospital, por lo cual sus servicios son limitados.
El 48% de la población está afiliado al régimen subsidiado de salud.	Las enfermedades de mayor incidencia en la infancia y la adolescencia en el municipio son las enfermedades no transmisibles, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales.
Disminución en la tasa de natalidad, debido a mayores campañas de prevención.	En la población mayor de 60 años, las enfermedades no trasmisibles ocupan entre el 65 y 67% de la morbilidad atendida
Diferentes culturas convergen en el territorio	
Riqueza hídrica conformada por ríos, quebradas, humedales lenticos, humedales loticos, y aguas subterráneas.	
Demanda regional y nacional de los productos que se producen en el Municipio.	
Vía del corredor férreo.	

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que el municipio cuenta con diversas fortalezas que permitirán el desarrollo de actividades y la toma de

acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos en cada una de las dimensiones básicas; pero de igual manera tiene debilidades de gran impacto para la población, por lo cual se hace necesario fortalecer las ventajas y apuntar al mejoramiento o minimización de las mismas. Para ello es importante continuar con la realización de las mesas de trabajo, el aporte de la comunidad e instituciones, con la finalidad de establecer las estrategias pertinentes para avanzar en los futuros planes y proyectos que se puedan generar en el municipio.

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS Y TRANSVERSALES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE

Para la comprensión integral del estado de salud de la población en un territorio particular, es necesario identificar y comprender las tensiones que se presentan entre las dinámicas territoriales y entre estas y las condiciones de salud de la población. (PDSP, 2013) La identificación de tensiones es la actividad más importante en el proceso de formulación del Plan Territorial en Salud PTS pues de esta dependerán la construcción de configuraciones territoriales, la visión y el componente estratégico del mismo.

La identificación de tensiones exige el reconocimiento de los factores que las originaron (generadores), de los factores que las refuerzan (reforzadores) así como de aquellos que las contrarrestan y de las implicaciones que tienen en distintas áreas del desarrollo local. La identificación de tensiones facilita y ordena la actividad para la identificación de los determinantes de la salud.

Una “tensión en salud” se define como “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias y transversales para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población”. Expresa la forma en que se materializan las condiciones y situaciones presentes en el territorio y los determinantes de la salud en el estado de salud de la población. (PDSP, 2013).

Las tensiones en salud surgen cuando la relación entre cualquier par de dimensiones del desarrollo no fluye de manera armónica, es decir, cuando el intercambio de bienes, servicios, información, poder, tecnología, entre otros., resulta desigual y genera presiones indeseables o dañinas en alguno de los aspectos de la salud del colectivo poblacional.

Según la perspectiva adoptada en el PDSP, la salud se entiende como el resultado del juego de interacciones que se da entre las dimensiones del desarrollo en un territorio y un tiempo determinados. Por ello, no basta con identificar los eventos de salud y los indicadores que los describen.

Para abordar la planeación integral de la salud y responder a los determinantes de la misma, es necesario comprender de qué manera las condiciones y situaciones presentes en el territorio interactúan con la salud y la determinan, de esta manera podrá hacerse claridad sobre la configuración específica de salud propia de cada territorio. En ese sentido, el análisis de tensiones facilita esta tarea.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la salud pública está organizada en ocho dimensiones prioritarias que “representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial” (PDSP, 2013).

Así mismo, y de acuerdo a la metodología PASE, es necesario identificar las condiciones básicas de Salud, la cual debe ser realizada por los entes territoriales acotando la descripción con base en las ocho dimensiones prioritarias de salud propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública y desde las competencias territoriales en salud pública, se hace necesario tener en cuenta que los elementos transversales de las dimensiones gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria se analizan en cada dimensión prioritaria.

Las ocho dimensiones prioritarias³, del PDSP se pueden observar en el cuadro 4 Cada una con sus correspondientes componentes.

Cuadro 4 Dimensiones prioritarias Plan Decenal de Salud Pública.

Dimensión	Componentes
Salud Ambiental	• Calidad del agua, aire y saneamiento básico. • Situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales. • Hábitat saludable.
Vida saludable y condiciones no transmisibles	• Modos, condiciones y estilos de vida saludable. • Condiciones crónicas prevalentes.
Convivencia social y salud mental	• Convivencia Ciudadana • Promoción de la salud mental y la convivencia. • Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.
Seguridad alimentaria y nutricional	• Disponibilidad y acceso a los alimentos. • Consumo y aprovechamiento biológico.
Sexualidad y derechos sexuales y	• Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.

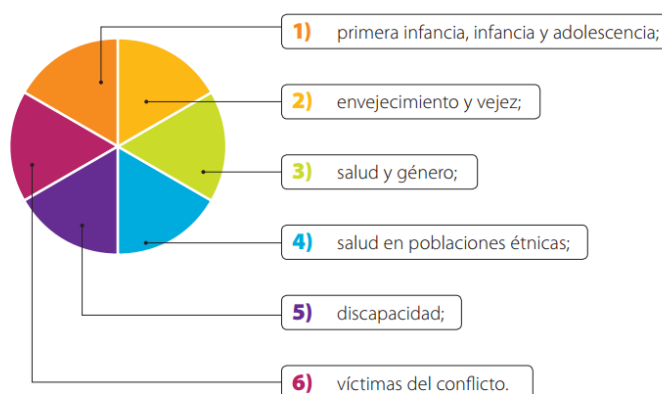
³ Las ocho dimensiones prioritarias se encuentran descritas en el apartado 1.5.2 MARCO TEORICO.

reproductivos.	• Prevención y atención integral en salud sexual reproductiva desde un enfoque de derechos.
Vida saludable y enfermedades transmisibles	• Enfermedades emergentes, re-mergentes y desatendidas. • Enfermedades inmunoprevenibles. • Condiciones y situaciones endemo-epidémicas.
Salud pública en emergencias y desastres	• Gestión integral de Riesgos en emergencias y desastres. • Respuesta en salud antes situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres.
Salud y ámbito laboral	• Seguridad y salud en el trabajo. • Situaciones prevalentes de origen laboral.

Fuente: PDSP, 2012-2021

Adicionalmente, en el PDSP se plantean dos dimensiones transversales que se refieren a las competencias del Estado y buscan promover la acción transectorial para impulsar la corresponsabilidad de todos los sectores y actores para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud. Las dos dimensiones transversales⁴ se pueden observar con sus correspondientes componentes en las figura 28 y 29.

Figura 28 Componentes de la dimensión Gestión Diferencial de poblaciones vulnerables.



Fuente: PDSP; 2012-2021

⁴ Las dos dimensiones transversales se encuentran descritas en el apartado 1.5.2 MARCO TEORICO.

Figura 29 Componente de la dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.



Fuente: PDSP 2012-2021

Para la identificación de las dimensiones fue necesario hacer uso del aplicativo 3. De la estrategia PASE, la cual consiste en el reconocimiento de condiciones básicas de Salud, la cual permite, de forma sintética, evidenciar los indicadores más representativos de cada dimensión. En este aplicativo se realiza la descripción de la situación actual de la entidad territorial -en este caso el municipio de Zarzal,- en cada una de las áreas de observación definidas, con base en los objetivos sanitarios por dimensiones y componentes del Plan Decenal de Salud Pública e incluyeron los indicadores de referencia de la entidad departamental, distrital y municipal.

Para lograr recolectar la información suficiente y requerida para la elaboración del aplicativo fue necesario hacer uso de una ruta lógica desarrollada para abordar la elaboración e identificación de las dimensiones, (Ver figura 33). La ruta consiste en realizar una serie de preguntas a los actores directamente involucrados en los temas de salud del territorio y a partir de dicha información, depurar e iniciar la descripción en la matriz.

Las preguntas que se realizaron a los actores involucrados en lo concerniente a la salud del municipio fueron las siguientes:

- Quién o qué? ¿Hace qué? ¿A qué o a quién? ¿Qué pasó?
- ¿Qué lo generó? ¿Qué generadores actúan como determinantes?
- ¿Qué poblaciones están involucradas en la tensión en salud? (En este caso, es importante tener la referencia de las poblaciones diferenciales contempladas en la dimensión transversal “Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables”, es decir, si la tensión afecta

de manera particular a algún grupo específico, como infancia y adolescencia, primera infancia, envejecimiento, poblaciones étnicas, discapacidad, víctimas del conflicto o poblaciones según condición de género).

- ¿Cuáles son los eventos o situaciones problemáticas en salud derivados de la tensión? ¿Desde cuándo se está presentando esa tensión?
- ¿Qué implicaciones está produciendo la tensión en cualquiera de las dimensiones PASE? ¿Existen implicaciones específicas en el sector salud?
- ¿Qué, a quién o a qué?

A continuación se presenta de manera gráfica la metodología a abordar para la elaboración de la matriz del aplicativo PASE.

Figura 30 Componentes para la identificación de tensiones y preguntas orientadoras.



Fuente: Gobernación del Valle del Cauca

Es importante aclarar que la identificación de tensiones se hace por “DETERMINANTES DE LA SALUD”, considerados por la estrategia PASE a la equidad como: “aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población.

Cabe recordar que, operativamente, se ha considerado la identificación de los determinantes en territorios específicos mediante el reconocimiento de aquellas situaciones o condiciones que impactan positiva o negativamente la salud de la población y que tienen su origen en cualquiera de las dimensiones del desarrollo, de manera que un evento o una cadena de eventos en salud pueden estar determinados por alguna de las dinámicas demográficas, ambientales, sociales o económicas, o por un conjunto de ellas cuando actúan de manera simultánea.

Una vez realizadas las preguntas se depuro la información y se dio inicio a la realización de la matriz correspondiente *Aplicativo 3 Reconocimiento de condiciones básicas de salud*; donde se describen cada una de las dimensiones y el estado actual del municipio; de igual se realizó el análisis documental pertinente y con la información ya registrada en el diagnóstico se logró cumplir el objetivo que era definir las dimensiones e identificar las principales tensiones dentro de cada una de ellas, dentro de la matriz también se muestran los indicadores de referencia a nivel nacional, departamental y municipal para cada una de las dimensiones.

Dicha Matriz se podrá observar en el documento Excel (Anexo A) adjunto a la investigación ya que por la cantidad de información allí registrada y por su tamaño no se encontró prudente incluirlo dentro de este documento.

Es por lo anterior que se muestra en el cuadro 5 de manera resumida las descripciones, observaciones y situaciones más representativas que se hallaron durante la construcción de la matriz.

Cuadro 5 Identificación de las dimensiones prioritarias y transversales del municipio de Zarzal

Dimensiones	Descripción de la situación presente en la entidad Territorial
Salud Ambiental	Programas de tazas sanitarias, adelantados por la U.E.S. Zarzal, siendo la cobertura de disposición de desechos individuales del 90%. El Municipio de Zarzal aunque dispone de redes de alcantarillado en sus principales núcleos urbanos, presenta déficit en algunas veredas; igualmente es necesario solucionar los problemas de potabilización de aguas y construcción de algunos acueductos veredales.

El sistema de acueducto de la cabecera municipal al igual que el manejo y administración del alcantarillado sanitario son realizados por ACUAVALLE.

El Río La Paila y la Quebrada Cañas, son las principales fuentes de abastecimiento para los acueductos existentes, con el gran inconveniente que éstas aguas entran contaminadas al municipio, por desechos líquidos domésticos y por aguas mieles del beneficio de café que se generan en la parte alta de la Cuenca por el municipio de Sevilla.

En el área rural, el corregimiento de La Paila cuenta con un Sistema de Alcantarillado que tiene una cobertura del 95% y es administrado por Asepaila; no se cuenta con Planta de Tratamiento para las aguas residuales (PTAR).

En el corregimiento de Limones existe red de alcantarillado, con una cobertura del 80%. Los corregimientos de Vallejuelo y Quebrada nueva cuentan con red de alcantarillado con coberturas de 60% y 65% respectivamente y no poseen PTAR. La recolección, transporte y disposición de desechos sólidos domésticos, comerciales y especiales en la cabecera municipal, Corregimiento de La Paila, Quebrada nueva, Vallejuelo y Limones es realizada por la Alcaldía Municipal a través de Proactiva de Servicios S.A. E.S.P.; las demás localidades disponen sus basuras a nivel individual.

El sistema de acueducto de la cabecera municipal al igual que el manejo y administración del alcantarillado sanitario son realizados por ACUAVALLE. El Municipio de Zarzal dispone los residuos sólidos urbanos (RSU) en el relleno sanitario de Presidente en el municipio de San Pedro, El municipio cuenta con una PTAR para el casco urbano.

La base militar tesorito, causa fuerte impacto de sonidos por las descargas de arma de corto y largo alcance en polígono de prácticas.

La zona de bares, cantinas y discoteca causa contaminación por el alto desnivelase en fines de semana y festivos. Así

como también el ruido generado por el perifoneo y las ventas ambulantes.

En el PBOT de 2001, el área determinada por el perímetro urbano, para el Municipio de Zarzal es de 366 Hectáreas. El sistema de comunicación vial urbano está determinado así:

La doble calzada Cali – Cartago, prácticamente delimita la zona oriental urbana y sobre su sector derecho actualmente se encuentran el barrio Los nevados. La vía que se desprende de la doble calzada para viajar a Roldanillo, delimita el sector sur y sobre su margen izquierda se encuentra la urbanización Los Lagos. La vía férrea cruza de sur a norte la zona urbana, se destacan las conexiones Armenia y Cartago. El primer tramo delimita la parte occidental y el segundo tramo, es decir la conexión hacia Armenia delimita la zona norte.

tiene un sistema con las siguientes características:

Alta accesibilidad del sistema urbano municipal con centros urbanos de orden subregional y nacional;

Buena conectividad entre los principales centros del sistema municipal;

Presencia de infraestructura férrea;

Proximidad a un medio de comunicación fluvial

En la actualidad se cuenta la doble calzada La Paila – Pereira que cruza por el sector nororiental del municipio.

Se deberá crear un sistema de desarrollo integral de transporte y tránsito, de igual manera concesionar los servicios de foto multas o foto detecciones.

Se deberá adelantar la intervención en la ocupación del espacio público con amueblamiento urbano.

Cuidado y procedimientos para mascotas, servicios fúnebres y preparación de cadáveres, cementerios, farmacias con prácticas en procedimientos invasivos, estos sitios sean su mayoría no poseen plan de gestión de residuos hospitalarios y similares lo cual no garantiza una disposición final adecuada visible y según la norma. En el caso de circulación de virus y bacterias letales el municipio tiene una situación favorable, el riesgo visible con agente no presente tiene que ver con las mordeduras por animales potencialmente transmisores del virus de la rabia como evento de interés en salud pública de más incidencia, las coberturas de vacunación canina y felina están por encima del 80% según autoridad sanitaria UES valle.

Uso irracional de agrotóxicos con afectación de personas, animales y otros cultivos. Almacenamiento y manejo inadecuado de materiales químicos peligrosos (MATPEL).

Explosión de calderas en la zona industrial.

Importante en cuanto al manejo de diferentes tecnologías tales como instalaciones eléctricas artesanales, expendio y almacenamiento de hidrocarburos, expendio de gas propano en viviendas, disposición final de elementos como baterías de celular postconsumo, pilas comunes de radio, luminarias, medicamentos vencidos.

Es importante en cuanto al manejo de diferentes tecnologías tales como instalaciones eléctricas artesanales, expendio y almacenamiento de hidrocarburos, expendio de gas propano en viviendas, disposición final de elementos como baterías de celular postconsumo, pilas comunes de radio, luminarias, medicamentos vencidos.

Como unidad municipal agropecuaria de asistencia técnica UMATTA, contamos con diversos programas y proyectos que desarrollan en tres municipios como: Sevilla, bugalagrande y zarzal. Acuerdos recíprocos por el agua (ARA) impulsan la gran importancia de la cuenca del río la paila, participación juvenil en torno a la sostenibilidad del medio ambiente en

	beneficio de regiones rurales y urbanas. Los programas se desarrollan con el apoyo de Instituciones Gubernamentales, Empresas Socialmente Responsables e Instituciones Académicas y Sociales, las cuales impulsan el desarrollo social, ambiental y económico de las diversas regiones donde la organización tiene presencia. El municipio de zarzal busca incidir positivamente sobre las condiciones sanitarias y ambientales que determinan la calidad de vida y salud de la población, con la participación institucional, intersectorial y comunitaria necesaria para el proceso. En la adopción del RSI, es de gran importancia para nuestra comunidad, donde aplica para toda la parte medio ambiental, agrícola y pecuaria. Teniendo como objetivo ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública, de igual forma previniendo la propagación de enfermedades susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. Por ejemplo por fugas o vertidos de productos químicos y desechos tóxicos. El municipio de zarzal cuenta con la Adquisición de Áreas de Interés para Acueductos Municipales, donde según la ley 99/93 las áreas de importancia estratégica para la conservación de recursos hídricos que surten de agua los acueductos municipales y distritales. En el municipio no existen estudios que permitan identificar la carga de enfermedad en salud ambiental. En el municipio se identifican las molestias causadas por la ceniza o pavesa de la quema de caña de azúcar y algunos olores no deseables.
--	---

Vida Saludable y condiciones no transmisibles

EL Municipio a través de ESE Hospital San Rafael, desarrolla actividades contratadas en el programa PIC donde se lleva a cabo intervenciones en las diferentes instituciones educativas del Municipio, realizando un trabajo de promoción y prevención en los jóvenes y adolescentes. Se realizaron actividades lúdicas y recreativas con el propósito de crear espacios de esparcimientos y aprovechamiento del tiempo libre de la población joven, así mismo a través de la estrategia de servicios amigables se fomenta los estilos saludables y se trabaja las temáticas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas.

El Municipio cuenta con diferentes espacios recreativos, donde los jóvenes pueden aprovechar estos y ocupar el tiempo libre. Pero pese a ello una de las problemáticas de alto riesgo conduce a que muchos adolescentes utilizan esta infraestructura para abusar del consumo de SPA, dado que en horas de la noche estos espacios son poco frecuentados. Sin embargo la policía realiza rondas en el día y la noche para prevenir este flagelo.

El Municipio en conjunto con la ESE Hospital San Rafael promueven los estilos de vida saludable con la población en general, donde se realizan ciclo paseos y actividades físicas con pacientes sanos o con patologías de base (hipertensos, diabéticos, obesos y enfermedad crónica de la vía respiratoria) etc. También se lleva a cabo la sensibilización sobre los hábitos alimenticios en las tiendas escolares en el municipio en pro de mejorar los estilos de vida saludables en la población

El municipio cuenta con un grupo de veedores que son los encargados de vigilar los procesos en el sector salud del municipio. Estos a través de la junta de asociación de usuarios, se encargan de realizar un seguimiento a los procesos de atención en el hospital y que a los usuarios se les brinde atención con calidad, calidez y se les garanticen los derechos en salud. Por otra parte se hace vigilancia a las quejas y sugerencias instauradas por los usuarios y se llevan a comité con la gerencia de la E.S.E para que se haga el

respectivo trámite y se dé solución al incidente presentado.

La E.S.E Hospital Departamental San Rafael, es un hospital de mediana complejidad que presta sus servicios a la población de la zonas urbana, rural y municipios aledaños. Ofrece servicios a las eps subsidiadas del municipio, donde se les presta los servicios de salud en atención primaria y especializada. Las EPS Contributivas prestan los servicios a sus usuarios y al mismo tiempo autorizan algunos servicios a la E.S.E para que sus usuarios sean atendidos. El departamento viene desarrollando proyectos encaminados a promocionar la salud y estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades no transmisibles, orientadas a atender la población en general, las cuales se ejecutan a través del plan de intervenciones colectivas, logrando mayor cobertura en la atención a la comunidad.

El municipio cuenta con el CBA centro de bienestar al anciano, donde se albergan los adultos mayores vulnerables en condición de abandono, donde se les presta servicios y se suplen sus necesidades básicas.

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS. Esto permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

Convivencia social y salud mental

La morbilidad en salud mental y los indicadores de violencia intrafamiliar, sexual y violencia contra la mujer permiten identificar que en el municipio no existe una cultura de autocuidado y de convivencia. Entidades tales como comisaria de familia, inspección de policía y policía judicial cuentan con una estadística muy amplia en riñas y querellas, lo anterior como evidencia de una necesidad del municipio en mejorar el componente de salud mental.

El entorno de la salud mental desde la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad como un ejercicio conjunto desde las diferentes disciplinas que interactúan por alrededor de la temática y con el propósito de mejorar una mejor calidad de vida del individuo dentro de la comunidad, abordar los problemas de la violencia intrafamiliar que está latente y por referencia de docentes, vecinos y familiares se conocen muchos casos de los cuales solo unos pocos son denunciados, como así también se presenta la falta de afecto hacia los infantes que ocasionan en ellos mucha inestabilidad emocional, conduciéndolo a situaciones de alto riesgo social y personal como el consumo de drogas alcohol, intento de suicidio, inicio inadecuado de la vida sexual activa, la prostitución, la depresión.

El municipio de zarzal tiene conformado el comité municipal de convivencia escolar el cual se encarga de coordinar, capacitar y realizar seguimientos a los comités de convivencia escolar de cada una de las instituciones educativas del municipio. Se realiza capacitación al personal médico y paramédico en la morbilidad y seguimiento a las alteraciones en salud mental. Actualización del Plan de salud mental y socialización. Seguimiento al comité de salud mental y grupos de trabajo.

La comisaria de familia se realiza seguimientos y acompañamiento con un equipo interdisciplinario de un trabajador social y un psicólogo, por medio de los cuales se realiza consejería psicológica. Educación y sensibilización a cuidadores de pacientes con alguna morbilidad en salud mental. Investigación y seguimiento a casos de intentos

	suicidas (apoyo psicológico). Taller educativo psicosocial en convivencia y manejo de conflictos. Talleres de prevención y seguimiento a VIFAM. El municipio funciona la mesa técnica de primer infancia, infancia y juventud donde se abordan las diferentes problemáticas de la población para en conjunto se buscan soluciones y se planea intervenciones, Estrategia IEC prevención sobre consumo de SPA. El municipio a través del programa papsivi (ministerio de protección social) se encarga de brindar atención a población víctima del conflicto armado, donde se atienden sus necesidades y se ofrece una atención integral a esta población bajo tres modalidades atención familiar, atención individual y atención comunitaria. Por otra parte el programa papsivi se encarga de realizar talleres participativos a la población víctima del conflicto armado, donde estos tienen la oportunidad de interactuar con los demás miembros del grupo. Sumado a esto el programa se encarga de hacer seguimiento a pacientes con patología de enfermedad mental y problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas.
Sexualidad derechos sexuales y reproductivos	El municipio tiene implementada la estrategia de los servicios amigables donde en trabajo articulado con la ESE Hospital San Rafael, brinda talleres participativos a los jóvenes y adolescentes de las diferentes instituciones educativas tanto de la zona urbana y rural, haciendo promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, capacitando sobre el tema de los métodos anticonceptivos, sexualidad responsable y proyecto de vida. La ESE del municipio está habilitada y capacitada para garantizar una atención idónea en lo referente a la salud sexual y reproductiva, mediante la estrategia IAMI, se ha realizado un trabajo significativo a la población teniendo en cuenta las acciones de promoción y prevención que realizan las demás IPS del municipio.

	La ESE bajo lineamientos de la DLS brinda educación a mujeres en edad fértil sobre el embarazo planeado y la importancia del ingreso temprano al control prenatal, con la finalidad de que madre e hijo gocen de buena salud y mitigar los riesgos. Teniendo en cuenta las acciones de promoción y prevención que realizan las demás IPS del municipio. La estrategia de servicios amigables prestando sus servicios a la población joven y adolescente en la ESE Hospital San Rafael. A través de talleres de sensibilización sobre la sexualidad sana y responsable (prevención de embarazo en adolescentes). En caso de violencia de género y sexual se activa la ruta de atención a población víctima y la ESE, junto con comisaria, fiscalía y demás entes encargados en tal situación se encargan de que la atención para estas personas sea idónea a través de recursos profesionales especializados en dicho flagelo. El municipio anualmente realiza acciones de información, educación y comunicación en promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual y conmemora el día mundial de VIH con el propósito de sensibilizar y concientizar a la comunidad sobre esta patología.
Vida saludable y enfermedades transmisibles	En el municipio se han venido presentando casos de TBC con una tendencia a aumentar en este año es por ello que se realizan acciones con el fin de educar e informar sobre la prevención de esta patología. El evento de mayor incidencia fueron las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA), con una tasa de incidencia acumulada de 81.9 por 1000 habitantes, principalmente en grupo de edad de 5 a 19 años, seguidos por aquellos entre 20 a 39 años y tercer lugar el grupo de edad 40 y los 59 años de edad. Como se puede observar en el canal endémico estuvimos la gran mayoría de los periodos en zona de epidemia solo con un descenso en los periodos 5 y 6. En

segundo lugar se encontraron las Enfermedades Diarreicas agudas, con una tasa de incidencia acumulada de 44.5 por 1000 habitantes, las cuales afectaron significativamente al grupo entre 1 a 4 años de edad, seguidos por aquellos entre 20 a 24 años y tercer grupo entre 5 a 9 años de edad, aunque en los demás grupos se vieron igualmente afectados, la frecuencia no resultó ser tan como en el grupo de inicial de comparación. . Como se puede observar en el canal endémico se tuvo un comportamiento de inicio en la zona de epidemia ya en el segundo hasta el noveno periodo estuvo dentro los límites normales y a partir del décimo periodo estamos en zona de epidemia.

Las coberturas administrativas del Municipio se encuentran de 98% optimas en los en los niños en menores de 1 año, esto se debe al trabajo que presentan los prestadores del municipio para tener esta población cubierta, en cuanto a las embarazadas la población a vacunar es muy alta de acuerdo al buen funcionamiento de los programas de planificación familiar hombres y mujeres con una tendencia a la bajas y en las mujeres de edad fértil es baja ya que esta población es renuente a la aplicación a la vacuna y no crea costumbre de realizar su esquema completo para lograr unas coberturas óptimas.

El Municipio de Zarzal solo presenta incidencia en casos de varicela de 1,7 casos por cada 1000 habitantes, afectando principalmente al grupo de edad de 5 a 14 años y en un segundo lugar el grupo de edad de 15 a 44 años y un tercer lugar el grupo de 1 a 4 años.

Durante el año 2014 se presentaron 51 casos de dengue clásico 1 caso de dengue grave con una incidencia de 0.9 casos por 1000 habitantes, y 6 casos reportados de chikungunya en el 2014, en el año 2015 aumentaron los casos por la epidemia pero en el segundo trimestre descendieron los casos.

	Se hace seguimiento al paciente y se realiza investigación al caso en la vivienda y el entorno del paciente, se imparte educación sanitaria por parte de la UES, esto en cuanto a las acciones en salud pública. En relación a la recuperación de la salud el paciente es atendido en el servicio de urgencias de la ESE municipal nivel II donde se define su condición clínica. El evento más prevalente en el 2014 se dio por agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia, a los cuales la UES realiza la visita domiciliaria y el seguimiento al comportamiento del animal.
Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	El municipio beneficia a 1550 niños y niñas de la zona rural de las instituciones educativas, bajo el programa de alimentación escolar. El municipio brinda a los niños y niñas de la zona rural el desayuno y almuerzo con porciones suficientes y de calidad. El municipio a través de la Unidad Ejecutora de Saneamiento, oficina dependiente de la secretaria local de salud, realiza inspección, vigilancia y un exhausto control a los alimentos y bebidas que se ofrecen en las instituciones educativas del municipio.

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera y gracias a la participación de los actores activos en los temas de salud del territorio se han logrado identificar las tensiones más importantes que aquejan a la comunidad; es a partir de esta que se abren las brechas para lograr la construcción de las configuraciones territoriales, la visión de hacia dónde se quiere llegar con el sector salud del municipio de Zarzal y cuáles serán los componentes estratégicos que impulsaran cada una de las actividades propuestas para mejorar los servicios y atacar o mejorar las falencias halladas en cada dimensión mencionada en la tabla anterior.

Con la realización de estos dos primeros capítulos se ha logrado desarrollar la primera fase del plan que es la identificación del territorio, su dinámica demográfica, el reconocimiento de las condiciones básicas de salud, de las tensiones presentes en el territorio y se da una proyección de las tensiones si no se intervienen. Dicha información dará paso a la siguiente fase que es la comprensión de lo que pasa actualmente en el territorio y a partir de esta

direccionar los recursos de la nación a través de la realización del presupuesto de salud para el municipio de Zarzal.

4. DEFINICIÓN DE LOS EJES DE INTERVENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE

A través del desarrollo de los dos primeros objetivos se ha logrado recolectar e identificar la información necesaria y suficiente, para dar paso a la comprensión integral del territorio, es decir, que se pasa del análisis de la información (indicadores) a la toma de decisiones de manera aislada y desarticulada, formulando así marcos estratégicos y de inversión sustentados en la definición de cada una de las dimensiones y las respectivas tensiones dentro del territorio, las cuales se han desarrollado en el capítulo anterior.

Cabe señalar, que a pesar de tener una identificación global de las tensiones en el municipio es importante que estas sean priorizadas, de esta manera la administración y los entes territoriales responsables de la salud en el territorio tendrán un panorama más claro para abordar las problemáticas de la comunidad y de esta manera realizar la asignación de los recursos.

Para realizar la priorización de las tensiones es importante tener en cuenta: Primero, que se deben realizar teniendo en cuenta las dimensiones establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública y segundo, dentro de cada una de las tensiones prioritarias identificadas se deben definir los factores reforzadores y liberadores; entendiéndose como Factor Reforzador, todas las condiciones o circunstancias presentes en el municipio, localidad o fuera de ella, provenientes de cualquiera de las dinámicas (demográficas, sociales, económicas o ambientales), que contribuyen a agravar la tensión, bien sea porque la hacen crónica, aumentan su intensidad o desbordan la capacidad de respuesta de las instituciones y organizaciones que normalmente se ocupan de ese tipo de problemas. Se consideran como insumos negativos que le restan vitalidad y energía al sistema, contribuyendo al desorden o al debilitamiento del equilibrio o a la degradación de uno o varios de los elementos comprometidos en la interacción (MAVDT, 2004)

Así mismo se entenderá por Factores Liberadores, todas las condiciones o circunstancias presentes en el municipio, localidad o fuera de ella, provenientes de cualquiera de las dinámicas (demográficas, sociales, económicas o ambientales), que contribuyen a disminuir o a superar la tensión, bien sea porque disminuyen su intensidad, cronicidad e impactos o porque mejoran la capacidad de respuesta de las instituciones y organizaciones a cargo de ese tipo de problemas. Se les considera como insumos positivos que introducen vitalidad y armonía en el sistema,

impidiendo la degradación del conjunto o de uno de sus elementos. (MAVDT, 2004).

Para la priorización de las tensiones fue necesario hacer uso del Aplicativo 5 y 6 de la estrategia PASE a la Equidad Matriz de identificación y valoración de tensiones en salud (anexo B). En dicha matriz se encuentra de manera explícita cuáles fueron las tensiones halladas, dentro de cada una de las dimensiones y cuáles son las proyecciones de las mismas. Dicha matriz fue desarrollada en conjunto con los entes territoriales y las personas directamente involucradas en los temas de salud del municipio, además se tenía como referente e insumo la información de los anteriores capítulos de la presente investigación.

A continuación en el cuadro 6 se presentan de manera resumida la priorización de las del municipio de Zarzal Valle, con la identificación de sus factores reforzadores y liberadores. Para tener una información más detallada es necesario remitirse al Anexo B.

Cuadro 6 Tensiones localizadas en el municipio de Zarzal Valle

Dimensiones PDSP	Factores Reforzadores	Factores Liberadores
	<i>Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión</i>	<i>Elementos presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión</i>
Dimensión Salud Ambiental	La falta de gestión de programas de vivienda de interés social y los niveles de pobreza agravan las condiciones de estos hogares.	Municipio tiene la posibilidad hasta el 2016 de incorporar terrenos para la construcción de vivienda de interés social y prioritario, además, actualmente el Gobierno Nacional está ejecutando el programa de viviendas gratis en todo el territorio.

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Falta articulación entre la Administración Municipal y el Hospital San Rafael para potenciar los entornos saludables con los cuales el Municipio cuenta para llevar a cabo actividades recreativas y deportivas.	Políticas Municipales y departamentales encaminadas a la prevención de este tipo de enfermedades y concientización por parte de la población de la importancia de adoptar estilos de vida saludable para conservar la salud.
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	Violencia en la región. Presencia de grupos armados ilegales en el Municipio. Aumento en el número de población víctima que llega de otro Municipio.	Articulación entre la Administración Municipal y la Administración de Justicia para evitar la victimización y Re victimización de las personas. Programas Departamentales y Nacionales que focalizan la población víctima del conflicto armado para ayuda psicosocial
Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Aumento en el número de personas que son reconocidas como víctimas del Conflicto armado. Desigualdad social.	Políticas estatales para la atención de las víctimas del conflicto armado. Voluntad política para brindar protección a las personas con esta condición.
Dimensión transversal fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud	Demoras en los giros de recursos económicos de las EPS para el Hospital Departamental San Rafael.	Estrategias Institucionales para la gestión de cartera del Hospital. Vigilancia a los servicios de salud que autorizan las EPS del Municipio.

Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	Crecimiento poblacional del Municipio. Falta de terrenos urbanizables	Políticas institucionales para la gestión del riesgo. Programas de servicios amigables y de salud sexual y reproductivo implementados por el Hospital San Rafael
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Mal ejercicio de los derechos sexuales. Cultura machista. Desconocimiento de métodos de planificación. Inicio temprano de la vida sexual de los adolescentes y jóvenes.	Implementación de estrategias para la prevención de embarazos en adolescentes por parte de la Administración Municipal.
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	Vocación Municipal hacia la siembra de la Caña de azúcar. Falta de organización del sector hortofrutícola del Municipio.	Programas de seguridad alimentaria Departamentales y Municipales.
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Falta de saneamiento básico en la zona rural. Malos hábitos de higiene para la preparación y consumo de alimentos.	Políticas para la ampliación de cobertura de los programas de saneamiento básico en la zona rural. Programas de promoción y prevención y estilos de vida saludable coordinados desde el Hospital Departamental San Rafael
Dimensión Salud y Ámbito Laboral	Falta de más empresas privadas en el Municipio. Falta de educación para el trabajo en los trabajadores informales.	Políticas para la generación y formalización de empleos.

Fuente: Elaboración propia.

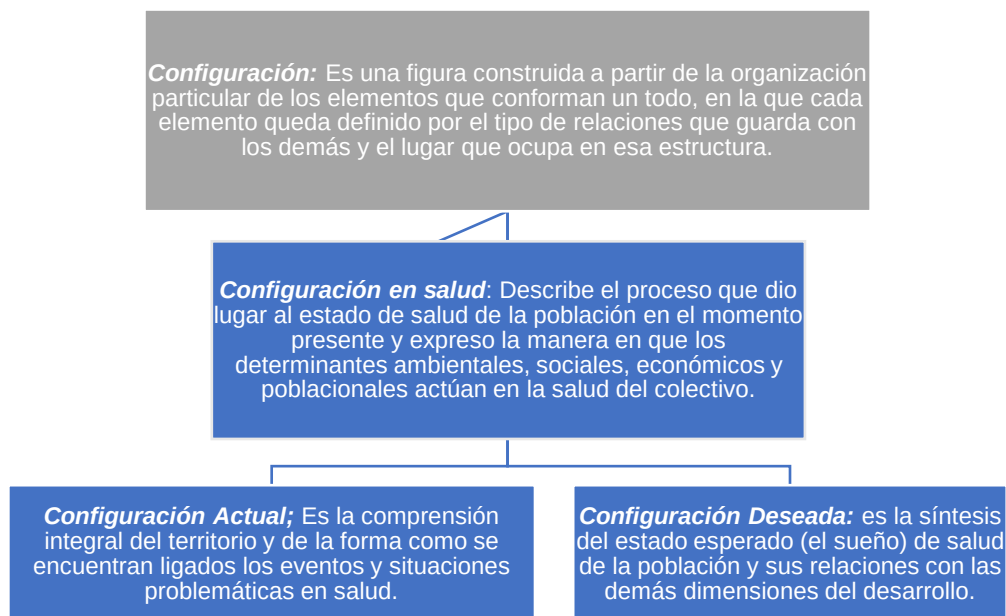
De esta manera se han logrado focalizar las problemáticas de mayor incidencia dentro del municipio (factores reforzadores), pero por otra parte se han identificado también actividades que permitirán contrarrestar el impacto de las mismas (Factores liberadores). Observando de esta manera que el municipio de Zarzal aún posee una gran deficiencia en cuanto a servicios de salud, empleo, manejo de la violencia, entre otros. Para lo cual se hace

necesario que las instituciones, comunidad y demás entes encargados planteen planes de acción, en este caso correctivos, que permitan abordar desde la raíz la problemática e identificar o establecer responsables para la ejecución de las diferentes actividades que se dispondrán dentro del plan de acción. Por otra parte se deben adjudicar los recursos necesarios para la ejecución de las tareas, de tal manera que el desarrollo de las mismas permita la minimización o el mejoramiento de las condiciones vulnerables de la comunidad.

Continuando con la orientación de la guía metodológica para el desarrollo de PTS y una vez se han priorizado las tensiones del municipio es necesario establecer la configuración actual y la configuración deseada en salud del territorio y a partir de estas identificar los ejes estructurantes hacia los cuales deberán estar dirigidos los mayores esfuerzos. De este modo se logrará una transformación en dichas tensiones y se atenuará o fortalecerá el impacto de los ejes en el corto, mediano y largo plazo, según la capacidad de respuesta institucional de la localidad.

A continuación en la figura 31 se definirá ¿Qué es una configuración?, ¿Qué es configuración en salud? y ¿Qué es la configuración actual y deseada?

Figura 31 Definiciones de configuración, configuración en salud y configuración actual y deseada.



Fuente: Elaboración propia.

4.1 CONFIGURACIÓN ACTUAL.

Para la realización de la configuración actual es necesario llevar a cabo los pasos establecidos por la guía metodológica para la construcción del Plan Territorial de Salud los cuales consisten en lo siguiente:

- 1.** Espacializar las tensiones, cada una de las tensiones presentes en el territorio tiene una expresión que se hace evidente en el municipio.
- 2.** Identificar los racimos y ejes que articulan las situaciones actuales en salud.
- 3.** Construir la metáfora que identifica la situación en salud. A partir de las tensiones y ejes surge la metáfora como una figura retórica que permite describir o calificar algo a través de su semejanza o analogía con otra.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los pasos mencionados anteriormente.

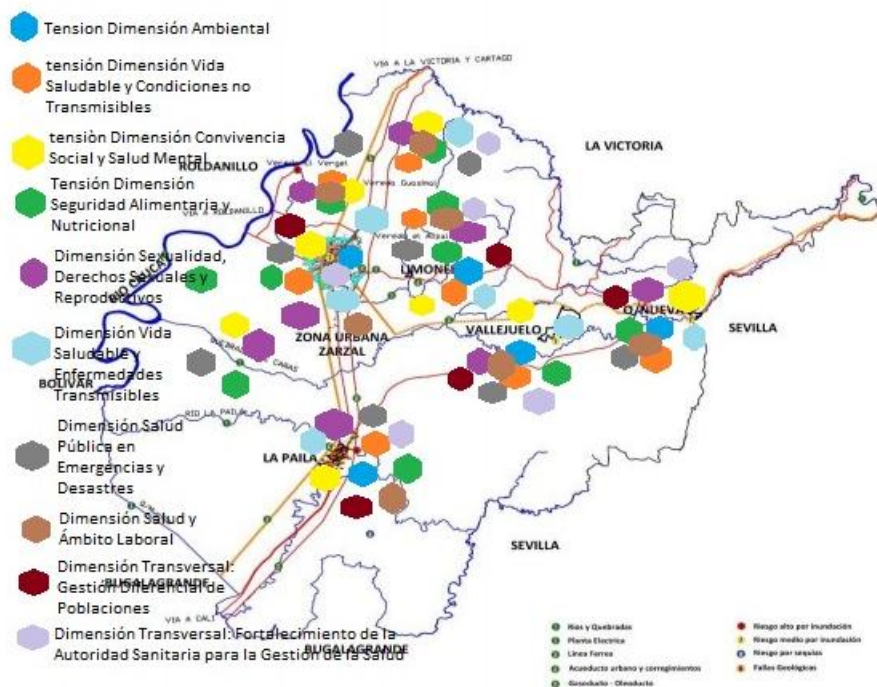
4.1.1 Espacialización de las tensiones en el Territorio.

Para la espacialización de las tensiones, se ha utilizado un mapa, en el cual se han localizado las tensiones a lo largo del territorio, dicha información ha sido obtenida gracias a la participación de representantes de la comunidad, las instituciones y demás personas encargadas de velar por la salud de los habitantes del municipio.

La realización de esta actividad permitirá avanzar hacia la comprensión integral de los elementos que determinaran las condiciones de salud del municipio, además de ofrecer una visión de aquellas zonas en que confluyen grupos de tensiones asociadas entre sí.

En la figura 32 se podrá observar los resultados obtenidos una vez identificadas las tensiones a lo largo del territorio.

Figura 32 Mapa del territorio con la espacialización de las tensiones identificadas.



Fuente: Alcaldía Municipal de Zarzal Valle.

Como se puede observar, se han logrado identificar las tensiones a lo largo del municipio, resaltando que es la tensión dimensión seguridad alimentaria y nutricional (Verde) es la que más aqueja a la comunidad, pues se han identificado 10 puntos de incidencia dentro del territorio, seguida a esta se encuentra la tensión vida saludable y condiciones transmisibles (anaranjada), Convivencia social y mental (Amarilla), sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (Morado) y salud pública en emergencias y desastres (Gris), cada una de las anteriores con 8 puntos identificados.

Gracias a la identificación y espacialización de las tensiones será posible dirigir los esfuerzos y anticipar la forma de trabajo, de tal manera que se logre erradicar o minimizar el impacto de las mismas dentro de la población. Por otro lado con esta información se podrá conocer cuál es la capacidad de respuesta que tiene la autoridad sanitaria frente a dichas tensiones, a partir de los recursos y la especialización que se tenga en los temas.

4.1.2 Identificación de los ejes estructurantes actuales que articulan la situación en salud.

Para la identificación de los ejes es indispensable tener en cuenta la espacialización de las tensiones en el territorio y a partir de esta identificar

los vínculos entre ellas, de esta manera se lograra caracterizar los ejes articuladores o nexos existentes entre tensiones.

En el cuadro 7 se podrán observar los ejes actuales identificados y con base en estos se deberá desarrollar el plan de acción

Cuadro 7 Ejes estructurantes actuales identificados en el municipio de Zarzal

Deficiencias en la autoridad sanitaria para armonizar el Ambiente Natural con el Ambiente Construido, los recursos naturales se están deteriorando y acabando por la alta demanda de los mismos y la no conservación de estos	En el Municipio se presentan debilidades para la provisión de vivienda a las personas de escasos recursos que están en asentamientos subnormales sin las mínimas condiciones ambientales
La falta de saneamiento básico en la zona rural genera presiones en el recurso hídrico del Municipio; los habitantes del Municipio han adoptado estilos de vida que generan a futuro problemas graves en su salud y que colapsaran los servicios de salud del Municipio.	El alto número de adolescentes y jóvenes desborda la oferta de los programas de servicios amigables y de salud sexual y reproductiva por lo que muchos jóvenes están ejerciendo de forma inadecuada sus derechos sexuales y reproductivos con las consecuencias de embarazos en adolescentes y la aparición de las enfermedades de transmisión sexual.
Los altos índices de violencia están afectando la salud mental del Municipio de Zarzal	Los altos porcentajes de pobreza limitan el acceso de los ciudadanos a servicios como la educación superior, estas limitantes de igual forma afectan el acceso a trabajos en los cuales puedan gozar de todas las garantías en materia de salud, pensión y riesgos laborales.
El bajo nivel de compromiso e identidad de la población frente a la mayoría de eventos en salud y la gestión del riesgo del Municipio incrementan la morbilidad,	La falta de empoderamiento de la autoridad sanitaria para gestionar acciones transversales que permitan la protección de la salud y la vida de los habitantes de Zarzal han

mortalidad y aumentan la demanda de servicios del sistema de salud.	generado la proliferación de escenarios de riesgos por eventos naturales y antrópicos que pueden generar eventos calamitosos y con pérdida de vidas humanas.
Falta de dinamización de los espacios en los cuales las personas puedan llevar a cabo eventos de recreación, cultura y deporte para el aprovechamiento del tiempo libre, para alejar a los jóvenes de los flagelos de la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas que deterioran el tejido social del Municipio.	

Fuente: Elaboración propia.

La identificación de los ejes se convierte en una herramienta de fácil manejo para la socialización masiva del estado de salud de la población, además de ayudar al mejoramiento de los servicios de salud pública de la localidad o municipio y marcar una ruta de hacia dónde se debe dirigir el presupuesto.

4.1.3 Construcción de la metáfora que identifica la situación actual de salud.

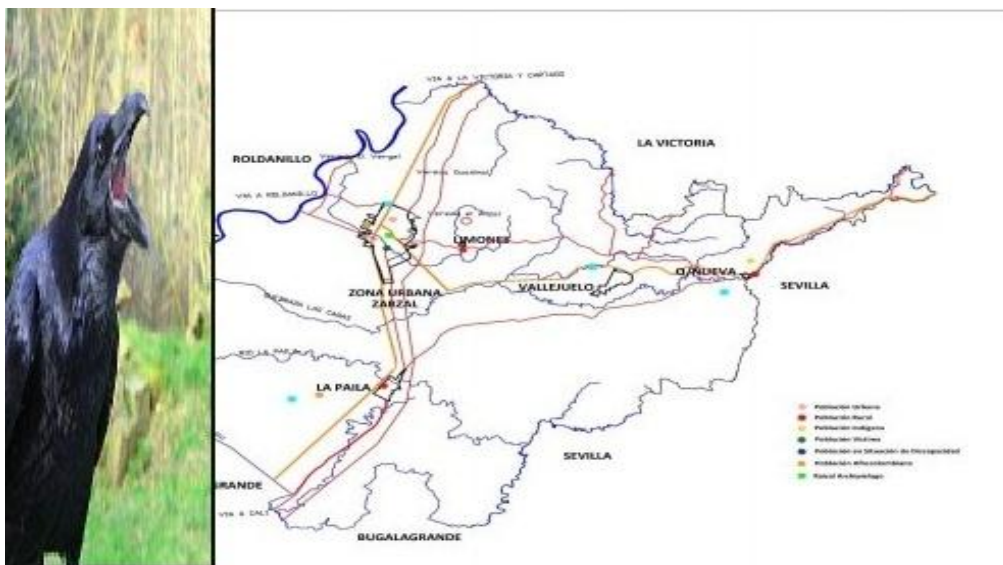
Una vez que se han espacializado las tensiones y se han encontrado los elementos que los conectan unos y otros (ejes) se construirá la metáfora, ésta identifica la situación actual en salud y se elabora mediante una narrativa que describe la comprensión que se ha logrado de la situación actual de salud en el territorio; la metáfora es una figura retórica que permite describir o calificar algo a través de su semejanza o analogía con otro elemento.

Así mismo, el uso de esta figura literaria ofrece una imagen y un texto resumen de la configuración y es a través de esta que se lograra generar el compromiso de los sectores y las comunidades permitiendo que estos se apropien de la situación de salud. Es decir que se convierte en una herramienta de fácil manejo para la socialización del estado de salud de la población y facilita a los lectores la comprensión de la configuración.

Dicha metáfora fue construida en conjunto con el equipo encargado de la ejecución del PTS, concluyendo así la configuración territorial en salud.

A continuación se presenta en la figura 33 con su respectivo texto la metáfora construida a partir de la configuración actual identificada en el municipio de Zarzal.

Figura 33 Metáfora gráfica y narrativa que identifica la situación actual de salud.



Fuente: Alcaldía Municipal de Zarzal Valle.

La metáfora construida con el equipo encargado del PTS tiene que ver con **el Cuervo**, la cual ha sido un ave que tradicionalmente se ha identificado por augurar malas noticias y por prever enfermedades.

Es así como se hace con esta ave una analogía acerca del municipio, pues puede decirse que el cuervo se ha posado sobre el Municipio de Zarzal prediciendo que de no tomarse las acciones correctas, los habitantes del municipio podrían verse afectados en su salud y calidad de vida. El cuervo ha observado con especial atención a los adolescentes y jóvenes del municipio sobre los cuales se ciernen amenazas como la drogadicción, la violencia, la falta de educación y la pobreza.

4.2 CONFIGURACIÓN DESEADA

Hasta este punto se dispone de una descripción detallada de la situación de salud presente en el territorio y se inicia la construcción de propuestas para su transformación. Para ello fue necesario el trabajo en equipo entre la comunidad y los representantes del sector salud del municipio, quienes

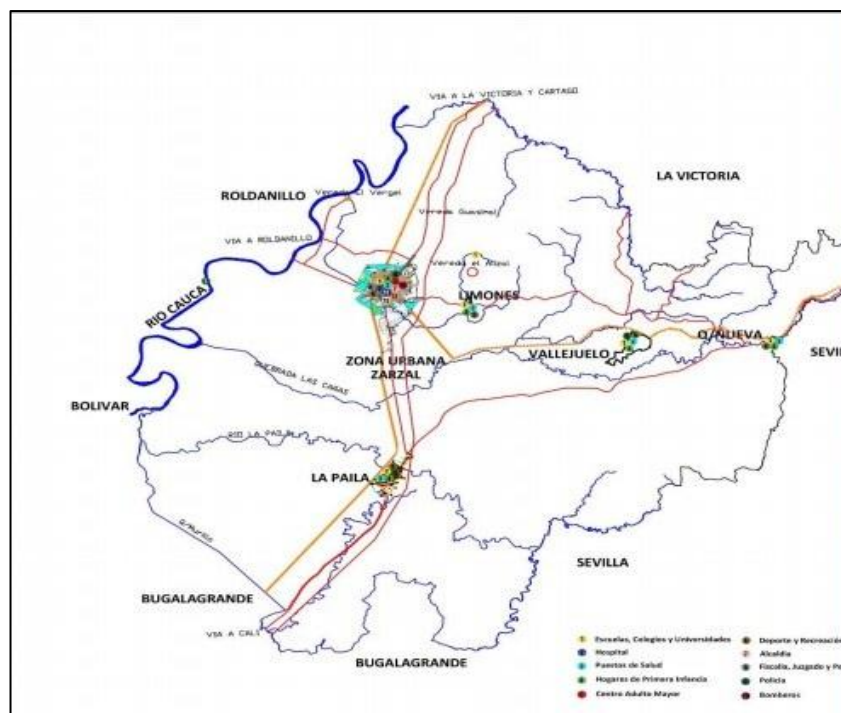
fueron los encargados de identificar y decir que desearían alcanzar en el largo plazo cuando los desequilibrios definidos anteriormente hayan sido superados.

La configuración final que se obtendrá ofrece una comprensión integral y resumida de la situación de salud del territorio cuando se haya logrado la transformación de las tensiones descritas anteriormente. La información que se observara en este capítulo incluye la identificación de la imagen transformada del territorio, la identificación de los ejes estructurantes del escenario deseado y la construcción de la metáfora que identifica la situación deseada en salud, puntos que han sido definidos en la guía metodológica para la construcción de PTS.

4.2.1 Espacialización del territorio o configuración deseada.

Teniendo el conocimiento previo de la situación actual de salud del municipio y la espacialización de las tensiones, es importante establecer en conjunto con la comunidad el mapa territorial con la configuración deseada, construyendo así una nueva imagen y a partir de esta describir la metáfora. A continuación se muestra en la figura 34 el mapa del territorio con la transformación o configuración deseada.

Figura 34 Mapa del territorio con la configuración deseada para el municipio de Zarzal.



Fuente: Alcaldía Municipal de Zarzal Valle.

En el mapa de la configuración deseada del territorio se puede observar como las tensiones han de ser reducidas a lo largo del municipio y como se han concentrado en las diferentes veredas, pues al ir cerrando la brecha y que estas no se encuentren dispersas, se podrán tomar medidas efectivas que permitan contrarrestar los daños y minimizar el impacto, con el fin de mejorar las condiciones de vida de los habitantes y con el tiempo erradicar tensiones que no permiten que las personas y el municipio puedan crecer.

4.2.2 Identificación de los ejes estructurantes de la situación deseada.

Los resultados obtenidos del trabajo con la comunidad y los representantes del sector salud del municipio se muestran a continuación en el cuadro 8 donde a través de charlas se han descrito los ejes deseados o soñados por parte de todos en los tema de salud y calidad de vida.

Cuadro 8 Ejes estructurantes deseados para el municipio de Zarzal

La autoridad sanitaria armonizara el Ambiente Natural con el Ambiente Construido, con esto se lograra la conservación y la recuperación de los recursos naturales del Municipio.	El Municipio implementara programas de vivienda para personas de escasos recursos mediante programas VIS y viviendas de interés prioritario VIPA para personas de clase media.
Se lograra cobertura universal en los programas de saneamiento básico en la zona rural con lo cual se disminuirá la carga contaminante de las fuentes hídricas del Municipio	Los habitantes del Municipio han ido adoptando estilos de vida saludables, por lo cual se realizaran campañas que permitan ampliar este estilo de vida.
los servicios amigables y los programas de salud sexual y reproductiva del Hospital San Rafael tendrán cobertura universal en los adolescentes y jóvenes del municipio, de esta forma se reducirán los embarazos en adolescentes y la carga de la enfermedad por enfermedades de	La salud Mental de los habitantes del Municipio mejorara gracias a la disminución de los índices de pobreza y a la generación de empleos formales, así mismo obtendrán una mejor calidad de vida.

transmisión sexual en adolescentes y jóvenes del Municipio;	
La violencia es erradicada del Municipio.	La autoridad sanitaria gestiona acciones transversales que permiten la protección de la salud y la vida de los habitantes de Zarzal
Se disminuyen y mitigan los escenarios de riesgos por eventos naturales y antrópicos que podían causar eventos calamitosos en los cuales se perdieran vidas humanas.	La Administración Municipal logró dinamizar los entornos saludables y construyó nuevos en los cuales las personas desarrollan actividades deportivas, culturales y recreativas con las que evitan el sedentarismo y enfermedades como la obesidad, Por otro lado estos entornos protectores fortalecerán las relaciones sociales entre los jóvenes y evitan el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, además estos entornos alejaran igualmente a los jóvenes de las trampas de la violencia.

Fuente: Elaboración propia.

Con la identificación de los ejes deseados, la administración y los encargados del desarrollo del Plan Territorial de Salud podrán establecer opciones de transformación, construcción de la visión y de los componentes estratégicos del PTS. Ya que gracias a esta caracterización de los ejes deseados se desprenderán los grandes desafíos, se adjudicaran las responsabilidades de los equipos técnicos y la comunidad en la transformación de las condiciones de salud, y a partir de estos ejes se establecerán los objetivos estratégicos del PTS, los cuales se convierten en el puente entre las expectativas y los logros futuros.

4.2.2 Construcción de la metáfora que identifica la situación deseada de salud.

Se decidió realizar la metáfora con el ave Coclí, por ser esta un símbolo zarzaleño ya que según la historia esta era la encargada de augurar la llegada del tiempo de cosecha y es a través de esta analogía, que se quiere mostrar como gracias al diseño, desarrollo y futura ejecución del PTS llegara

la abundancia y los cambios al municipio de Zarzal. Ver en la Figura 35. La imagen del Coclí.

Figura 35 El Coclí, el ave que anuncia la llegada del tiempo de cosecha.



Fuente: Wiki aves de Colombia, Universidad Icesi Cali, Valle del Cauca.

La relación que se quiere mostrar es como el Coclí ha llegado al Municipio de Zarzal a eliminar las larvas y los parásitos que afectan a la comunidad tanto en la zona urbana como rural, su llegada simboliza la prosperidad de un Municipio que ha dinamizado estrategias en salud para garantizar la vida de todos sus habitantes en especial de los adolescentes y jóvenes lo cuales han logrado su crecimiento personal y han contribuido con el desarrollo de sus Comunidades.

De esta manera se finaliza la construcción del capítulo y a partir de los ejes identificados se procederá a realizar el plan de acción y a direccionar el presupuesto para la ejecución de las actividades. Información que se observar en el siguiente capítulo de la presente investigación.

5. PLAN DE ACCIÓN

Una vez hecho el diagnóstico del municipio, identificadas las dimensiones prioritarias y transversales y definidos los ejes de intervención es trascendental desarrollar la estrategia, o sea implementar acciones para lograr los objetivos estratégicos y darle coherencia a todo este proceso correspondiente al cuarto objetivo del proyecto. A continuación se presenta el plan de acción que permite guiar, apoyar y comunicar el cómo se va a implementar la estrategia.

A continuación en el cuadro 9 se presentara la vinculación del PTS con las metas y estrategias del PDSP

Cuadro 9 Objetivos, metas y estrategias para el PTS del municipio de Zarzal Valle.

PRODUCTO			Metas del PDSP	Estrategias del PDSP
Objetivo Sanitario de Componente (Producto)	Meta Sanitaria de Componente (Producto)	Sector responsable del cumplimiento de la meta		
Disminuir las condiciones de hacinamiento en las cuales viven algunas familias del Municipio de Zarzal	Incrementar el número de viviendas en el municipio	Ambiente/Salud	A 2021 disminuir la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, medidos según el índice de necesidades básicas insatisfechas NBI	Estrategia de Entornos Saludables: busca contribuir a la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados

				alrededor de entornos específicos, como la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, ecosistemas estratégicos sostenibles, y bajo enfoques que privilegian a la familia y la comunidad.
Aumentar el número de personas que llevan a cabo la práctica de estilos de vida saludable en el Municipio	Aumentar el número de personas que llevan a cabo la práctica de estilos de vida saludable en el Municipio	Salud	A 2021, se incrementa en un 20% prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2015	Alianzas trans - sectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable: implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se

				generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas
Proveer servicios sociales a las víctimas del conflicto armado	Incrementar el número de personas que crean conciencia acerca del uso de las sustancias psicoactivas	Salud	A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares

				comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia, así como el desarrollo de la estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad
Incrementar el número de Has. con cultivos transitorios y semipermanentes en la zona rural del Municipio	Aumentar el número de programas de seguridad alimentaria en el municipio	Salud	A 2019, aumentar a 3.374.525, las hectáreas agrícolas sembradas de cultivos permanentes y transitorios de la canasta SAN.	Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN: promoción de la participación social y comunitaria en los temas de SAN, que genere un mayor sentido de pertenencia y responsabilidad en las acciones que se emprendan para lograr los objetivos propuestos. Debe fomentarse una mayor obligatoriedad por parte del Estado en el compromiso de crear y apoyar la participación comunitaria presente en la formulación, ejecución,

				seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de SAN.
Garantizar los Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes, jóvenes y mujeres del Municipio de Zarzal	Garantizar los Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes, jóvenes y mujeres del Municipio	Salud	A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas	Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.
Disminuir la Morbilidad por EDA en el Municipio	Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles en el municipio	Salud	A 2021, se logra un avance progresivo y sostenido en la implementación de planes regionales o locales para la prevención y la contención de los patógenos emergentes y re-emergentes de alta transmisibilidad y potencial	Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (Enfermedad Diarreica Aguda EDA y Enfermedades Transmitidas por Alimentos

			epidémico en el 100% de las entidades territoriales.	ETA)
Reducir el Riesgo de Desastres en el Municipio	Reducir el Riesgo de Desastres en el Municipio	Salud/Gestión del riesgo	A 2021, se logra la formulación y socialización del Plan Nacional Sectorial de Gestión Integral del Riesgo de Desastres articulado intersectorialmente a los demás sectores estatales.	Planificación de la Gestión Integral del Riesgo de Desastres: comprende la formulación de los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres, con actores intersectoriales, que incluyan identificación de las amenazas, panorama de riesgo, construcción de escenarios de afectación y de riesgo, inventario de recursos y capacitación, diseño de intervenciones y mecanismo de seguimiento y evaluación

Mejorar el entorno y la salud laboral de los trabajadores del Municipio	Mejorar el entorno y la salud laboral de los trabajadores del Municipio	Salud	a 2021, se logra asegurar las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.	A 2021, se logra que el 100% de las entidades territoriales gestionen la inclusión del componente de salud y ámbito laboral en los Planes de Desarrollo Territorial y en los de Ordenamiento Territorial, en coordinación con las autoridades territoriales, departamentales, distritales y municipales.
Mejorar la seguridad y convivencia del Municipio	Avanzar en la igualdad de oportunidades para la población vulnerable del municipio	Salud/Desarrollo Social	Prevenir la discapacidad en la población general del país y contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación, mediante el establecimiento de políticas públicas y estrategias en materia de información, promoción de la salud, prevención, detección temprana atención médica, habilitación y rehabilitación, desarrolladas en corresponsabilidad por el	A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en

			sector salud, la sociedad y otros sectores, con la finalidad de mejorar el estado de salud para su bienestar y desarrollo integral y sostenible.	las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades.
Establecer estrategias que permitan a la Autoridad Sanitaria ejercer control efectivo sobre el Sector de la Salud en el Municipio	Realizar seguimiento al aseguramiento en salud del municipio	Salud	A 2021, Colombia ha implementado el Sistema de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud individuales y colectivos	Plan Decenal de Salud Pública PDSP: definición de dimensiones prioritarias para la vida desarrolladas en objetivos, metas y estrategias, con especificidad territorial y enfoque diferencial, acotadas para ser alcanzables y circunscritas a las competencias de los diferentes actores dentro del Sistema. Las metas e indicadores no están

				suscritos
--	--	--	--	-----------

Fuente: Elaboración propia.

Una vez definidos los objetivos, metas y estrategias se presenta a continuación el plan de acción estratégico en salud para el municipio. Ver cuadro 10. De igual manera se podrá ver el cuadro de manera más detallada y clara en el Anexo C.

Cuadro 10 Plan de acción en salud.

Dimensión	Programa	Componente	Subprograma	Proyecto	Meta de producto (Intervención)	Línea Operativa	Actividades	Cantidad	Recursos			Responsables del cumplimiento
									Fuente	Total de recursos programados	Total de recursos ejecutados	
Salud Ambiental	SALUD PUBLICA	Habitat saludable	Ambiente saludable	Entornos saludables	Apoyar el desarrollo ambietal integral que incluya la actualización del EOT del municipio	Gestion de la salud publica	Construccion de viviendas	25	RECURSOS PROPIOS/SGP-SP	\$ 464.305.000	0	AMBIENTE/SALUD
							Acompañar el diseño de la politica integral de salud ambiental PISA	1	RECURSOS PROPIOS/SGP	\$ 9.000.000	0	AMBIENTE/SALUD
							Talleres de consumo responsable	30	RECURSOS PROPIOS/SGP	\$ 4.500.000	0	AMBIENTE/SALUD
							Talleres de Educación ambiental	30	RECURSOS PROPIOS/SGP	\$ 4.500.000	0	AMBIENTE/SALUD
							Desarrollar la estrategia de entornos saludables	1	RECURSOS PROPIOS/SGP	\$ 12.000.000	0	AMBIENTE/SALUD

Dimensión	Programa	Componente	Subprograma	Proyecto	Meta de producto (Intervención)	Línea Operativa	Actividades	Cantidad	Recursos			Responsables del cumplimiento
									Fuente	Total de recursos programados	Total de recursos ejecutados	
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	SALUD PUBLICA	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Hacia una vida saludable	Estilos de vida saludables	Aumentar el número de personas que llevan a cabo la práctica de estilos de vida saludable en el Municipio	Promoción de la salud	Desarrollar programas de prevención del tabaquismo	60	SGP-SP	\$ 9.000.000	0	SALUD
							Talleres de consumo de frutas y verduras	60	SGP-SP	\$ 9.000.000	0	SALUD
							Jornadas de actividad física con comunidad	60	SGP-SP	\$ 9.000.000	0	SALUD
							Jornadas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva	90	SGP-SP	\$ 13.500.000	0	SALUD
							Talleres que promueva la reducción de sustancias altas en grasa, azúcar, alimentos procesados y sodio.	60	SGP-SP	\$ 9.000.000	0	SALUD
							Talleres sobre uso responsable de medicamentos	36	SGP-SP	\$ 5.500.000	0	SALUD
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	SALUD PUBLICA	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	Convivencia social armónica	Salud mental y SPA	Incrementar el número de personas que crean conciencia acerca del uso de las sustancias psicoactivas	Promoción de la salud	Diseñar política de salud mental local	1	SGP-SP	\$ 10.750.000	0	SALUD
							Talleres de entornos favorables para la convivencia	120	SGP-SP	\$ 18.000.000	0	SALUD
							Talleres de información educación y comunicación social en convivencia y SPA	120	SGP-SP	\$ 18.000.000	0	SALUD
							Desarrollo de rehabilitación en salud mental basada en comunidad	55	SGP-SP	\$ 8.250.000	0	SALUD
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	SALUD PUBLICA	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Consumo responsable y nutrición	Comunidad y nutrición	Aumentar el número de programas de seguridad alimentaria en el municipio	Promoción de la salud	Programa 1 "Política SAN": Realizar seguimiento al desarrollo de la política de SAN (Seguridad alimentaria y nutricional)	1	SGP-SP	\$ 7.500.000	0	SALUD
							Programa 1 "Política SAN": Estrategias I.E. C y de gestión del conocimiento en SAN	115	SGP-SP	\$ 17.250.000	0	SALUD
							Programa 2 "Talleres de Lactancia materna": Promoción de la lactancia materna	80	SGP-SP	\$ 12.000.000	0	SALUD
							Programa 3 "Intoxicaciones": Talleres sobre prácticas de autocontrol sobre los peligros de intoxicaciones.	50	SGP-SP	\$ 7.500.000	0	SALUD
							Programa 3 "Intoxicaciones": Apoyo interinstitucional con la UES sobre control de alimentos	5	SGP-SP	\$ 750.000	0	SALUD

Dimensión	Programa	Componente	Subprograma	Proyecto	Meta de producto (Intervención)	Línea Operativa	Actividades	Cantidad	Recursos			Responsables del cumplimiento
									Fuente	Total de recursos programados	Total de recursos ejecutados	
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	SALUD PUBLICA	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos	Salud sexual y reproductiva	En desarrollo de derechos sexuales y reproductivos	Garantizar los Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes, jóvenes y mujeres del Municipio	Promoción de la salud	Gestión de la política nacional de salud sexual y reproductiva	1	SGP-SP	\$ 6.500.000	0	SALUD
							Estrategias I.E.C y movilización social para el ejercicio de la sexualidad plena, libre y autónoma.	80	SGP-SP	\$ 12.000.000	0	SALUD
							Talleres acerca de sistemas de información en sexualidad para jóvenes y adolescentes	80	SGP-SP	\$ 12.000.000	0	SALUD
							Jornadas de prevención integral en ITS, VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad	80	SGP-SP	\$ 12.000.000	0	SALUD
							Capacitaciones en Promoción de derechos sexuales y reproductivos	50	SGP-SP	\$ 7.500.000	0	SALUD
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	SALUD PUBLICA	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	Prevención de enfermedades transmisibles	Salud y protección ante enfermedades transmisibles	Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles en el municipio	Promoción de la salud	Capacitaciones en control de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo: ERA, IRA, Hansen y TB	120	SGP-SP	\$ 18.000.000	0	SALUD
							Talleres de prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria EDA, ETA.	100	SGP-SP	\$ 15.000.000	0	SALUD
							Apoyo en el programa del Plan Ampliado de Inmunizaciones	6	SGP-SP	\$ 40.000.000	0	SALUD
							Talleres de prevención en ETV y Zoonosis.	45	SGP-SP	\$ 7.000.000	0	SALUD
Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	SALUD PUBLICA	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	Emergencias y desastres	Comunidad preparada ante emergencias y desastres	Reducir el Riesgo de Desastres en el Municipio	Gestión del riesgo	Capacitaciones en eventos de interés en salud pública como respuesta ante situaciones de emergencias y desastres	33	SGP-SP	\$ 5.000.000	0	SALUD/GESTION DEL RIESGO
Dimensión Salud y Ambiente Laboral	SALUD PUBLICA	Seguridad y salud en el trabajo	La salud en el trabajo	Ambito laboral saludable	Mejorar el entorno y la salud laboral de los trabajadores del Municipio	Gestión del riesgo	Caracterizar la población trabajadora informal del municipio	1	SGP-SP	\$ 4.748.989	0	SALUD
							Capacitar los trabajadores formales e informales del municipio en salud laboral	65	SGP-SP	\$ 9.750.000	0	SALUD
Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	POBLACION VULNERABLE	Discapacidad	Equidad a la población con discapacidad	Enfoque diferencial	Avanzar en la igualdad de oportunidades para la población vulnerable del municipio	Gestión de la salud pública	Apoyar el desarrollo del programa de Infancia y Adolescencia	1	OTROS SECTORES	\$ 310.001.000	0	SALUD/DESARROLLO SOCIAL
							Apoyar el desarrollo del programa de Envejecimiento y vejez	1	OTROS SECTORES	\$ 120.000.000	0	SALUD/DESARROLLO SOCIAL
							Apoyar el desarrollo del programa de Discapacidad	1	OTROS SECTORES	\$ 50.000.000	0	SALUD/DESARROLLO SOCIAL
							Apoyar el desarrollo del programa de Víctimas del Conflicto Armado	1	OTROS SECTORES	\$ 44.580.833	0	SALUD/DESARROLLO SOCIAL

Dimensión	Programa	Componente	Subprograma	Proyecto	Meta de producto (Intervención)	Línea Operativa	Actividades	Cantidad	Recursos			Responsables del cumplimiento
									Fuente	Total de recursos programados	Total de recursos ejecutados	
Dimensión transversal fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud	AUTORIDAD SANITARIA	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Dirección Loca del Salud en movimiento	Gerenciando el sistema local de salud	Realizar seguimiento al aseguramiento en salud del municipio	Gestión de la salud pública	Garantía del aseguramiento universal en salud	137	SGP, FOSYGA, DEPARTAMENTO, COLJUEGOS CON Y SIN FONDOS	\$ 12.217.352.009	0	SALUD
							Actualización del ASIS	1	COLJUEGOS		0	SALUD
							Desarrollo de planeación integral en salud	1	COLJUEGOS		0	SALUD
							Levantar línea de base de calidad de los servicios de la ESE local	1	COLJUEGOS		0	SALUD
							Fortalecer el programa del SIMGILA, emisión de informe	1	COLJUEGOS		0	SALUD
							Ejecución del programa de participación en salud	1	COLJUEGOS		0	SALUD

Fuente: Equipo Técnico de Trabajo plan territorial de salud, municipio de Zarzal Valle.

Es importante que la administración y el equipo de trabajo encargado de la elaboración del plan territorial de salud revisen las fechas propuestas para la ejecución de las actividades e inicie de inmediato con el desarrollo de las mismas, cumpliendo a cabalidad con cada uno de los programas y administrando de manera efectiva el presupuesto adjudicado a cada tarea.

Finalmente cabe señalar que la presente investigación ha permitido indagar un poco más acerca de la situación de la población Zarzaleña en cada una de las dimensiones propuestas por el PDSP, donde desafortunadamente aún falta mucho trabajo para lograr un equilibrio en la comunidad. Pero son estas investigaciones y la elaboración de este tipo de proyectos los que permiten dar un primer paso a mejorar las condiciones del municipio y la comunidad.

6. CONCLUSIONES

A través de la investigación realizada para el diseño del plan territorial de salud del municipio de Zarzal se puede concluir lo siguiente:

- El municipio de Zarzal actualmente tiene una gran problemática en los temas de salud, seguridad, vivienda y empleo, pues en lo que atención médica y hospitalaria se refiere, se encuentra la alarmante situación por la que pasa el hospital San Rafael, donde la falta de insumos, el no pago de los salarios a enfermeras, médicos y demás empleados a desencadenado protestas y el paro de las actividades, generando esto caos dentro de la población, sobre todo a la vinculada al régimen subsidiado ya que en su totalidad son atendidos en dicho hospital.

En cuanto a la cobertura en salud del municipio, se tienen que el 48% de la población está afiliada al régimen contributivo, una cifra considerable que se debe a las gestiones que se han realizado en las diferentes administraciones y que están direccionadas a mejorar el acceso a la salud, aunque es necesario tomar decisiones inmediatas en la mejora de la atención, pues como se mencionó anteriormente el hospital es el encargado de prestar el servicio y actualmente no es suficiente, debido a la crítica situación económica por la que atraviesa.

Ahora bien, dentro del tema salud se encuentra temas tales como la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, problemática que desafortunadamente tiene su origen en los jóvenes, pues el desconocimiento en métodos de planificación familiar y el temprano inicio de la vida sexual ha llevado a tener un incremento en la tasa de natalidad y de enfermedades por Transmisión sexual, es por ello que para minimizar dichas tasa las instituciones encargadas de estos temas han iniciado el desarrollo de actividades de educación sexual y concientización a los jóvenes, con la finalidad de forjar en ellos mayor responsabilidad en este tipo de temas.

- Por otro lado, se necesitan generar actividades y planes que mitiguen la violencia y la inseguridad del municipio, ya que de acuerdo a datos de la policía nacional de Zarzal, por cada 100 mil habitantes hay 46 homicidios, 102 hurtos a personas, 37 hurtos a residencias, 49 hurtos al comercio, cifra que tiende a incrementar. Algunos de los factores que desencadenan esta violencia son las pocas oportunidades de empleo que existen en el municipio, siendo este otro de los temas importantes y que requiere de atención dentro del PTS, pues la informalidad del empleo y la escasa oferta

que existe del mismo conllevan a la generación de bandas delictivas que afectan el desarrollo de la región y que se minimice la inversión por temor. Es por ello que se hace necesario realizar campañas entre la administración municipal, cámara y comercio para que aquellos comerciantes pasen de la figura informal a la formal, pero siempre y cuando se les garantice su trabajo y oportunidades para crecer y sostenerse en el tiempo con sus negocios, de esta manera al generar empleo y garantizar las condiciones mínimas en calidad de vida, los índices de violencia deberán reducirse.

- En cuanto al tema de vivienda, el municipio tiene la oportunidad de incorporar terrenos para la construcción de vivienda de interés social y prioritario, además, actualmente el Gobierno Nacional está ejecutando el programa de viviendas gratis en todo el territorio, siendo este el mecanismo por medio del cual se podrán ver favorecidas las familias vulnerables y en condición de pobreza de la región, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de la comunidad y promoviendo el desarrollo y crecimiento del municipio.
- La falta de organización del sector hortifrutícola del municipio puede acarrear problemas en la seguridad alimentaria y nutricional de la región. Esto se debe a que la vocación de siembra es hacia la producción de caña de azúcar y cada día se observan mayores hectáreas sembradas en este producto, situación que obedece a los altos costos de insumos para otro tipo de cultivos, la falta de capacitación y de subsidios al agro y en ocasiones al desplazamiento forzado de los campesinos.
- La Falta de dinamización de los espacios en los cuales las personas puedan llevar a cabo eventos de recreación, cultura y deporte para el aprovechamiento del tiempo libre, ha generado que los jóvenes se refugien y sean víctimas de la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas, trayendo como resultado el deterioro del tejido social del Municipio. Además el no disponer de zona recreativas para ejercitarse también trae como resultado mayores enfermedades cardiovasculares, obesidad y demás. Por lo cual es importante que parte del presupuesto sea destinado a mejorar o construir dichos escenarios para mejorar la calidad y las condiciones de vida de la población zarzaleña.
- Finalmente en el diseño del plan territorial de salud del municipio de zarzal para el periodo 2016 – 2019, se han investigado, diagnosticado y planteado alternativas de mejora siempre pensando en el bienestar de la

comunidad, es de resaltar el compromiso y la disposición de la administración municipal, del equipo de trabajo del PTS, de la comunidad y de los entes e instituciones involucradas en los temas de salud para la elaboración del presente documento, pues a pesar de lo extenso de la información y la cantidad de problemas identificados se ha logrado plantear un documento que aborda las principales necesidades y carencias del municipio y que paso a paso propone estrategias, actividades y metas que permitirán un mejor desarrollo de la región, se espera que cada una de las propuestas sean perfeccionadas, puestas en práctica y se tomen las correcciones necesarios o ajustes en los puntos que se requiera.

Es muy importante que las administraciones municipales aprovechen los recursos que la nación genera y que estos sean destinados para los fines que han sido propuestos, pues una comunidad educada, con salud, empleo, vivienda, alimentación y demás es una región que está destinada a progresar.

7. RECOMENDACIONES

- Es importante que la administración del municipio a través del plan territorial de salud establezca responsabilidades y encargados del desarrollo de las estrategias y del cumplimiento de las mismas, además de realizar seguimiento al uso de los recursos, de esta manera se evitara fugas en el presupuesto y se atenderá las necesidades de la comunidad, siendo este proyecto el primer peldaño para iniciar el cambio en temas de salud de la región.
- El gobierno nacional actualmente ha generado plataformas de bancos de proyectos, donde se destinan recursos que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables. Pero ha sido el desconocimiento de dichas plataformas y de la elaboración de proyectos lo que ha conllevado a que esos recursos no sean entregados. Es por ello que se requiere de una mayor capacitación en temas de elaboración de proyectos y manejo de las plataformas del gobierno nacional, pues a través de estas herramientas es posible incrementar los presupuestos para temas de interés de la región como son la educación, la salud, la vivienda, proyectos productivos, entre otros. Es importante que el municipio aproveche la oferta educativa que ofrece la Universidad del Valle y sea a través de esta institución que se generen alianzas que permitan capacitar a la comunidad en dichos temas y continuar fortaleciendo a la región como centro industrial del norte del Valle.
- Es importante generar espacios de recreación y debate con los jóvenes de la región, para que sea a través de la educación y el deporte que las tasas de alcoholismo, accidentalidad, drogadicción, y embarazos se reduzcan en el municipio. Para ello es necesario que los departamentos de salud y deporte de la administración municipal trabajen en conjunto con las instituciones de salud y sean ellos quienes creen programas y actividades que atraigan la atención de la población en pro de mejorar la calidad de vida: Pero para que sean efectivos se deben hacer los seguimientos respectivos y ser continuos, para que así la comunidad cree una cultura saludable, de cuidado y prevención de la salud.
- Apoyar las campañas realizadas por parte de la cámara y comercio para la formalización de los negocios hace parte de mejorar las condiciones y garantías de vida de la comunidad zarzaleña, es por ello que se hace necesario realizar actividades de concientización y capacitación a los

comerciantes de tal manera que comprendan los beneficios de tener bajo la legalidad sus negocios y los beneficios que esto les concede al momento de querer acceder a servicios de la banca o a subsidios.

8. BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

Agudelo, C. A. (2010). *Sistema de Salud en Colombia 20 años de logros y problemas*.

Alcaldía de Cali. (2012 - 2015). *Plan Territorial de Salud*. Santiago de Cali.

Alcaldía de Zarzal. (s.f.). zarzal-valle.gov.co.

Arango, X. G. (2007). Pasantía de investigación en el centro de estudios sobre seguridad social y desarrollo de la confederación de pensionados de Colombia. Bogotá.

ASIS. (2013). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los determinantes sociales de Salud Zarzal Valle*. Zarzal.

Cespedes, J. (1999). *Lo que todos debemos saber de seguridad social. Guía laboral y de la seguridad social*.

Cespedes, J. E. (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Salud pública*, 145-164.

Constitución Política. (1991).

DANE. (1997). *Encuesta Nacional de calidad de vida*.

DANE. (2010). *Colombia proyecciones de población municipales por área*. Bogotá.

Departamento de Planeación. (2014 - 2015). Zarzal Valle.

Freedoms, C. f. (1950). *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*.

Instituto de seguros sociales. (1998). *Valuación Actuarial de los regímenes de seguridad social contenidos en la ley 100 de 1993*.

MAVDT. (2004). Guía metodológica 3. Metodología para el análisis de tensiones, interacciones y balances en dinámicas y desarrollos poblacionales, ambientales, sociales y económicos. Bogotá: Panamericana formas e impresos.

Ministerio de protección Social. (2008). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y control del sistema de salud*.

- Ministerio de salud y protección Social. (2015). *Historico de cobertura en afiliación salud*.
- MinSalud. (2012). *Dimensión Salud Ambiental*. Bogotá.
- MinSalud. (2012). *Dimensiones prioritarias en salud Pública*. Bogotá: Gobierno Nacional de Colombia.
- MinSalud. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021*. Bogotá.
- MinSalud. (2013). *ABC del plan decenal de salud pública*. Bogotá DC: Imprenta Nacional de Colombia.
- MinSalud. (2014). *Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado*.
- MinSalud. (2014). *Informe 2014 Estado del a salud en Colombia*.
- MinSalud. (Jueves de Agosto de 2016). *Ministerio de salud y protección social*. Obtenido de www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/red-unidos.aspx
- MinSalud. (s.f.). *Población y principales indicadores demográficos de Colombia*. Obtenido de <file:///C:/Users/Principal/Downloads/3POBLACIONYPRINCIPALESINDICADORESDEMOGRAFICOSDECOLOMBIA.pdf>
- Nullvalue. (17 de Septiembre de 2001). La salud, parte de la reforma a la ley 60. *EL TIEMPO*.
- OMS. (2014). *Informe sobre la salud en el mundo*.
- Orozco, J. M. (s.f.). *eumed.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006a/jmo/1a.htm>
- PDSP. (2013). *Plan Decenal de Salud Publica 2012 - 2021*. Bogotá: Imprenta nacional de Colombia.
- Profamilia. (2011). *Encuesta nacional de demogafia y sallud*. Bogotá.
- Restrepo, H. (2002). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*.
- Revista Semana. (2015). La salud en el Valle está en cuidados intensivos. *Semana*.
- Sojo, A. (2013). *Oficial de Asuntos Sociales, División de Desarrollo Social (CEPAL)*.
- Wikipedía. (26 de Mayo de 2016). Seguridad social de Colombia.

9. ANEXOS

Los Anexos se podrán observar en los siguientes hipervínculos:

[Anexo A](#)

[Anexo B](#)

[Anexo C](#)