



La salud  
es de todos

Minsalud

Plan Decenal de Salud Pública  
2012-2021

Plan Territorial de Salud  
2020-2023

Metodología **PASE** a La Equidad  
En Salud

Departamento de CASANARE



Gobernación de  
**Casanare**





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

## Plan Decenal de Salud Pública **PDSP 2012-2021**

Metodología **PASE** a La Equidad En Salud

**Gobernador**  
**SALOMÓN ANDRÉS SANABRIA CHACÓN**

### **Equipo de Gobierno**

**YENNY FERNANDA DÍAZ BARINAS** Secretaría de Salud

**HUMBERTO ALIRIO MARTÍNEZ PÉREZ** Departamento Administrativo de Planeación

**FABIO ANDRÉS MONROY** Secretaría Privada

**YOHANA VELANDIA SIERRA** Secretaría General

**JOANA MARCELA CHALA TOVAR** Secretaría de Hacienda

**ÓSCAR REINALDO GOMEZ** Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad ciudadana

**ÓSCAR EDUARDO GARCÍA** Secretaría de Infraestructura

**YULIETH CRISTINA PARRA ACOSTA** Secretaría de Integración, desarrollo social y Mujer

**ELISABETH OJEDA RODRÍGUEZ** Secretaría de Educación

**MARÍA ELENA DÍAZ ARIAS** Sec. de Desarrollo Económico, Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente

---

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951



Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### Equipo territorial de planeación integral en salud

**YENNY FERNANDA DIAZ BARINAS**

Secretaria Departamental de Salud

**MARIA CONSTANZA VEGA ORDUZ**

Directora Salud Pública

**CLAUDIA PATRICA OROZCO PINEDA**

Directora Seguridad Social y Garantía de la Calidad

**EDILBERTO ORJUELA ZEA**

Director Administrativo y Financiero

<b>MARIA NIEVES DIAZ BASTIDAS</b>	Vida saludable y enfermedades transmisibles Enfermedades Inmunoprevenibles
<b>NANCY STELLA OLAYA REY</b>	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
<b>JOEL ALBERTO ALMANZA JAIMES</b>	Fortalecimiento Autoridad Sanitaria - Laboratorio Salud Publica
<b>JULIETA PALACIO PINZON</b>	Medicamentos, Tecnologías Biomédicas en Salud/ Fondo Rotatorio Estupefacientes Salud y ámbito Laboral
<b>LILIANA P. ZULETA DUEÑAS</b>	Fortalecimiento Autoridad Sanitaria -Laboratorio salud Publica - Vigilancia Salud Publica
<b>LYDA CONSTANZA RIOS</b>	Vida saludable y enfermedades transmisibles Enfermedades Emergentes – Reemergentes y Desatendidas
<b>PILAR PERILLA COLMENARES</b>	Salud ambiental: Factores de riesgo del ambiente Enfermedades Endemoepidémicas Zoonosis
<b>OLGA LUCIA RAMIREZ</b>	Salud Ambiental sustancias potencial/te toxicas y sanidad portuaria
<b>PEDRO OLEGARIO CRUZ</b>	Vida saludable y condiciones no transmisibles
<b>FERNANDO TORRES</b>	Enfermedades Endemoepidémicas – Enfermedades Transmitidas por Vectores (E.T.V).
<b>JORGE ALBERTO ALVAREZ</b>	Vida saludable y condiciones no transmisibles Emergencias y desastres
<b>BELCY MORENO LOMBANA</b>	Convivencia Social y Salud Mental
<b>LAURA JULIANA TORRES PEREZ</b>	Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

**Nit. 800.228.493 - 1**

**AIDA YADIRA PARRA RODRIGUEZ**

Seguridad alimentaria y Nutricional

**OVIDIO MUÑOZ SUAREZ**

Epidemiología Secretaria Departamental de Salud

**HILDA MERY CAMPOS**

Planeación Secretaria Departamental de Salud

**NICASIO MARIÑO ORTIZ**

Asesor Administrativo y Financiero

**JEANNETTE SUAREZ MONSALVE**

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria – Gestión del Aseguramiento

**GERMAN ZORRO BARRERA**

Asesor Seguridad Social y Garantía de la Calidad

**FRANCIA TAFFUR BERMEO**

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria – Gestión de la Prestación de Servicios de Salud

**CARLOS ALBERTO RIVERA NIÑO**

Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

**NURY MARIÑO INOCENCIO**

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria – Gestión de la Prestación de Servicios de Salud

**OSCAR NEMESIO OSORIO**

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria – Gestión de la Prestación de Servicios de Salud

**LILIANA INOCENCIO BOHORQUEZ**

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria – Participación Social

**JOHN JAIRO BERNAL MANCIPE**

Profesional CPS – Planeación SDS





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### Tabla de contenido

<b>Tabla de contenido</b> .....	5
1. Presentación .....	8
2. Ficha Técnica .....	9
3. Antecedentes .....	10
4. Marco Normativo .....	11
5. Análisis de Situación de Salud (resumen y aspectos generales) .....	12
6. Resultados de la Priorización de la Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB 46	
7. Configuración y Priorización en Salud .....	59
7.1. Configuración deseada .....	59
7.1.1. Metáfora deseada .....	59
7.1.2. Texto de la metáfora deseada .....	59
7.1.3. Ejes estructurantes deseados (desafíos/prioridades) .....	59
7.1.4. <b>Transformaciones y calificación</b> .....	59
7.2. Ventajas y oportunidades .....	59
8. Componente Estratégico de Mediano Plazo del Plan Territorial de Salud .....	59
8.1. Visión .....	59
8.2. Objetivos estratégicos (desafíos/prioridades) .....	59
9. Componente Operativo y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	74
1. MAPAS .....	75
Mapa 1 Físico-espacial (PASE) .....	75
Mapa 2 Espacialización de tensiones .....	80
Mapa 3 Identificación de racimos y ejes estructurantes .....	81
2. TABLAS (ver anexo) .....	82
3. DOCUMENTOS .....	82





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1  
**Índice Tablas**

Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Casanare 2019.....	12
Tabla 2 . Población por área de residencia. Casanare 2019.....	14
Tabla 3 .Distribución de la afiliación al Sistema de seguridad Social en salud según municipio y régimen. Casanare 2019 .....	21
Tabla 4 .Distribución de la Afiliación régimen subsidiado, Casanare 2019 .....	21
Tabla 5 .Distribución de la Afiliación régimen Contributivo, Casanare 2019 .....	22
Tabla 6 . Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA. Casanare 2018.....	24
Tabla 7 . Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA. Casanare 2019.....	25
Tabla 8. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2017.....	38
Tabla 9. Grupos de Riesgo y Eventos específicos. ....	39
Tabla 10. Priorización de los problemas de salud de Casanare 2017 .....	40
Tabla 11. Índice de Necesidades en Salud de Casanare 2019 .....	46
Tabla 12. Priorización de la Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB.....	47
Tabla 13. Descripción de las tensiones cuando hayan sido superadas.....	59





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### Índice de Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional. Casanare 2005, 2019 y 2020.....	15
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del departamento. Casanare 2019.....	16
Figura 3. . Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años. Casanare 2005 a 2017 .....	18
Figura 4. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años. Casanare 2005 a 2017 .....	19
Figura 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Casanare 1885 – 2020 .....	19
Figura 6. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes. Casanare 1985 al 2020 .....	20
Figura 7. Razón de mortalidad materna, Casanare 2005 – 2017 .....	26
Figura 8. Tasa de mortalidad neonatal, Casanare 2005 – 2017 .....	27
Figura 9. Tasa de mortalidad neonatal, Casanare 2005 – 2017 .....	28
Figura 10. Tasa de mortalidad en la niñez, Casanare 2005 – 2017.....	28
Figura 11. Tasa de mortalidad por EDA 2005 – 2017 .....	29
Figura 12. Tasa de mortalidad por IRA 2005 – 2017.....	30
Figura 13. Tasa de mortalidad por Desnutrición 2005 – 2017 .....	31
Figura 14. Tasa bruta de mortalidad según sexo del fallecido. Casanare 2005 a 2017.....	32
Figura 15. Mortalidad por grandes causas. Casanare 2005- 2017 .....	34



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 1. Presentación

En enero de 2020 dimos inicio a la gestión de gobierno “Es el tiempo de Casanare”, en el cual el sector salud se reconoce como uno de los ejes principales de la equidad e inversión social; además la dignidad humana y el respeto a la vida serán principios fundamentales y determinarán nuestro accionar en el cuatrienio.

En el marco de las competencias la Secretaría Departamental de Salud formulo el Plan Territorial de Salud –PTS conforme las directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 1536 de mayo de 2015, el cual hace parte integral del Plan de Desarrollo "Es el Tiempo de Casanare Productivo, Equitativo y Sostenible" 2020 -2023, en su estructura el PTS incorpora diferentes enfoques: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y curso de vida ; 3) el enfoque diferencial 4) el enfoque de determinantes sociales de salud.

El Plan Territorial de Salud esta articulado con el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP, este instrumento es la carta de navegación y plantea los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención de los determinantes sociales de la salud en los diferentes entornos de vida cotidiana, define las competencias y líneas de acción necesarias para responder a las situaciones de salud y a los grandes desafíos que en materia de salud pública colectiva e individual a establecido el País.

Sin duda, el PTS será la herramienta fundamental para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones individuales y colectivas que en materia de salud se implementarán en el Departamento de Casanare en los próximos cuatro años, con participación y vinculación de diferentes actores sectoriales, comunitarios e institucionales en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la finalidad de garantizar el derecho fundamental a la salud, mejorar las condiciones de vida de la población, con cero tolerancia frente a la morbilidad mortalidad y discapacidad evitables.





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 2. Ficha Técnica

<b>ENTIDAD TERRITORIAL:</b>	GOBERNACION DE CASANARE
<b>NIT:</b>	892099216-6
<b>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CASANARE</b>	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YENNY FERNANDA DIAZ BARINAS
<b>DEPENDENCIA/CARGO:</b>	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
<b>DIRECCIÓN:</b>	CARRERA 21 No. 8-32
<b>TELÉFONO:</b>	6357777 EXT 117
<b>APROBACIÓN</b>	
<b>GOBERNADOR:</b>	SALOMÓN ANDRÉS SANABRIA CHACÓN
<b>APROBADO POR:</b>	ORDENANZA
<b>NÚMERO DE APROBACIÓN:</b>	002
<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>	30-05-2020
<b>VISIÓN</b>	
<p>Casanare a 2023 será reconocido como un Departamento líder en la gestión integral y desarrollo sostenible en salud con rectoría, gobernanza, gobernabilidad, estabilidad y desarrollo institucional, asegurando la garantía del derecho a la salud y calidad de vida mediante la afectación positiva de determinantes sociales, cobertura universal, fortalecimiento de la red pública hospitalaria y acceso de servicios de salud con calidad, eficiencia y humanización.</p>	
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD</b>	
<p>Garantizar el aseguramiento y acceso de las personas a los servicios de salud Integrales, Integrados y continuos con calidad, eficiencia y humanización, mediante la implementación de acciones coordinadas de la autoridad sanitaria y con los diferentes actores del sistema en el marco de sus competencias legales con suficiencia de oferta de servicios, red hospitalaria modernizada y acorde con las necesidades en salud de la población.</p>	
<p>Mejorar las condiciones de salud de la población mediante la gestión articulada de actores sectoriales, transectoriales, institucionales y comunitarios liderados por la Entidad Territorial para la obtención de logros y resultados en la salud de las personas, familias y comunidades reconociendo la diversidad poblacional, demográfica y epidemiológica, el curso de vida, los entornos y el enfoque diferencial y de derechos.</p>	
<p>Fortalecer la gestión de la autoridad sanitaria, la gobernanza y la garantía del derecho a la salud de la población con cero tolerancia frente a la morbilidad mortalidad y discapacidad evitables, generando capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad intervengan y modifiquen los determinantes Sociales de la Salud en el Departamento de Casanare.</p>	
<p>Fortalecer los procesos de planeación integral y de ejecución de planes, programas, estrategias y acciones bajo criterios de calidad, integralidad, continuidad y oportunidad, orientados a lograr la reducción de las inequidades y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.</p>	





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 3. Antecedentes

En cumplimiento del artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 1841 de 2013 mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, siendo esta la política pública que orientara la salud pública del país en los próximos diez (10) años en el País.

El Artículo 2 de la resolución 1841 de 2013 establece. "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..."

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: 1) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) Mejorar las condiciones de vida y salud de la población; 3) Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables; se despliega mediante estrategias que se configuran como un conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (transversales) se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas: 1) promoción de la salud, 2) gestión del riesgo en salud y 3) gestión de la salud pública, que serán reglamentadas para su desarrollo en los territorios.

Mediante la resolución 1536 de 2015 del MSPS, se establecieron las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, concretando los lineamientos que permiten a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad para el logro de metas y objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública.

De este modo el proceso de planificación en salud se concreta en los Planes Territoriales de Salud - PTS, siendo el instrumento de política pública donde se define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios, para que durante el período de gobierno se avance hacia el logro de la visión en salud, y, por lo tanto, hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la mejora de condiciones de vida y salud. la disminución de la carga de enfermedad y la discapacidad evitables, con el fin de aportar hacia la paz y alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable.





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 4. Marco Normativo

El marco de política del PTS es el Plan Decenal de Salud Pública que, en correspondencia con la Ley 152 artículo 45, dispone que los departamentos, distritos y municipios deberán articular y ajustar los planes de desarrollo con las políticas, estrategias y programas del nivel Nacional que son de interés mutuo y que guarden relación con las acciones gubernamentales.

Por su parte, la Resolución 1536 de 2015, en su artículo 27 señala "Aprobación del PTS. El PTS por ser parte integral del Plan de Desarrollo, se aprobará de manera simultánea con éste en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales y se cargará a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrado a dicho sistema(...)".

De igual forma dentro del marco normativo se resaltan:

- **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**
- **Ley 152 de 1994:** Ley orgánica del Plan de Desarrollo
- **Ley 715 de 2001:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- **Ley 1438 de 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones'
- **Decreto 859 de 2014:** Por el cual se reglamenta el parágrafo 1° del artículo 7° de la Ley 1438 de 2011
- **Ley 1751 de 2015:** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1523 de 2012:** Por la cual se adopta la política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- **Resolución MSPS 1841 de 2013:** Por el cual se adopta el plan Decenal de salud pública 2012-2021.
- **Resolución 1536 de 2015:** Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral de salud para la Salud.
- **Resolución 518 de 2015:** Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC
- **Resolución 3280 de 2018:** Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.
- **Resolución 2626 de 2019:** Por la cual se modifica la política de atención integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE
- **Ley 1955 de 2019:** Por el cual se expide el plan de desarrollo 2018-2022. "pacto por Colombia, pacto por la equidad"



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 5. Análisis de Situación de Salud (resumen y aspectos generales)

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) estudia la interacción entre las condiciones de vida, las causas y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, como consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en los que se producen relaciones de determinación y de condicionamiento.

El Departamento de Casanare está localizado en la región de la Orinoquía al nororiente de Bogotá, a una distancia aproximada de 350 kilómetros por vía carretable. Tiene una superficie de 44.640 km<sup>2</sup> la cual corresponde al 3.91% del total del área nacional y un poco menos de 1/5 de la región de la Orinoquía (17.55%). Limita al norte y oriente con Arauca, al sur oriente y sur con Vichada y Meta y al occidente con Boyacá. Salvo una angosta e interrumpida faja occidental correspondiente a las estribaciones de la cordillera oriental, en el resto del territorio. (Mapa 1)

Los municipios de mayor extensión territorial son Paz de Ariporo con 12.114 kilómetros cuadrados que corresponden al 27,14% del departamento, Hato Corozal (5.581 Km<sup>2</sup>; 12,5%) y Orocué (4.789 Km<sup>2</sup>; 10,73%); estos 3 municipios ocupan el 50% de territorio Departamental. Tiene 19 Municipios (Mapa 1): Yopal su capital; Aguazul, Villanueva, Paz de Ariporo, Monterrey, Sabanalarga, Chámeza, Recetor, Tauramena, Maní, Orocué, Trinidad, San Luis de Palenque, Pore, Támara, Nunchía, Hato Corozal, Sácama y La Salina.

**Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Casanare 2019**

Municipio	Extensión total		Municipio	Extensión total	
	Extensión	Porcentaje		Extensión	Porcentaje
YOPAL	2532	5,67	PORE	786	1,76
AGUAZUL	1455	3,26	RECETOR	179	0,40
CHAMEZA	289	0,65	SABANALARGA	408	0,91
HATO COROZAL	5581	12,50	SACAMA	291	0,65
LA SALINA	194	0,43	SAN LUIS DE PALENQUE	3057	6,85
MANI	3784	8,48	TAMARA	1136	2,54
MONTERREY	759	1,70	TAURAMENA	2391	5,36





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

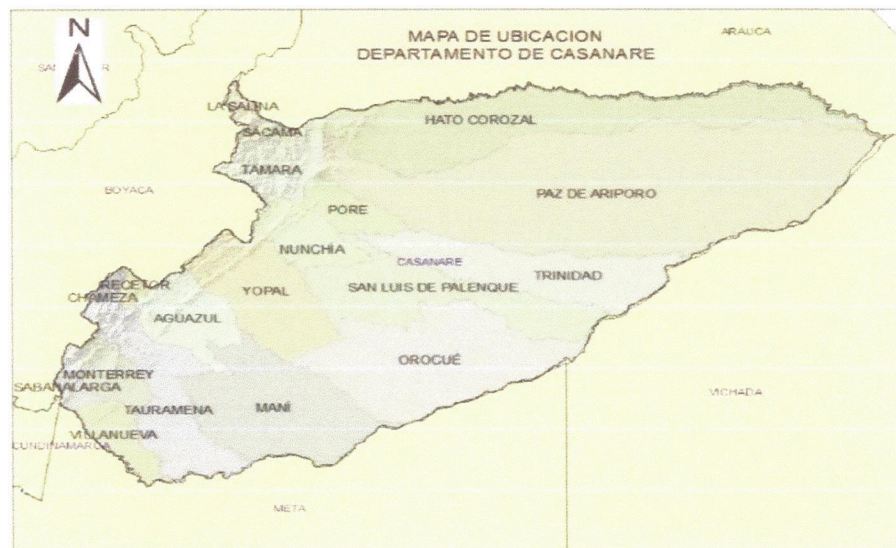
Nit. 800.228.493 - 1  
Municipio

Municipio	Extensión total		Municipio	Extensión total	
	Extensión	Porcentaje		Extensión	Porcentaje
NUNCHIA	1101	2,47	TRINIDAD	2991	6,70
OROCUE	4789	10,73	VILLANUEVA	803	1,80
PAZ DE ARIPORO	12114	27,14	Total Casanare	44640	100

Fuente: Asís, Departamento de Casanare 2019

El departamento de Casanare está dividido administrativamente en 19 municipios, y su municipio capital es Yopal (Mapa1)

Mapa 1. División política administrativa y límites.



Fuente: Asís, Departamento de Casanare 2019

El departamento presenta varias clases de paisajes, que le permiten contar con abundante oferta ambiental, rica en biodiversidad, que aún está pendiente de reconocer y valorar; posee además una amplia red hídrica, que ha estado asociada a la movilidad de sus gentes y al desarrollo económico del departamento.



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

### Nit. 800.228.493 - 1

Durante el año se presentan un periodo de lluvias o de invierno con abundantes precipitaciones entre los meses de abril y noviembre y un periodo seco o de verano entre los meses diciembre y marzo, lo que determina unos riesgos de tipo natural así: en verano incendios forestales extensos y en invierno inundaciones en gran parte de la llanura

El Departamento se comunica con el interior del país por tres vías nacionales: La marginal de la Selva que recorre el piedemonte llanero y comunica por el sur con la ciudad de Villavicencio (Meta) y por el norte con Arauca, la vía alterna al llano que comunica el sur del departamento con San Luis de Gaceno en el departamento de Boyacá y la Vía del Cusiana que comunica al Departamento con el municipio de Sogamoso (Boyacá).

La población estimada (DANE 2019) es de 381.554 habitantes. El 75,26% (287.160) se encuentra ubicada en las cabeceras municipales y el 24,74% (94.394) en el área rural. Entre los municipios con mayor población podemos mencionar Yopal como ciudad capital que concentra población por ser el centro funcional con mayor oferta de servicios, le siguen: Aguazul, Paz de Ariporo, Villanueva y Tauramena. Los municipios de Hato Corozal, Nunchía, Pore, Recetor, Sabanalarga, San Luis de Palenque y Támara, tienen la mayoría de su población ubicada en el área rural.

La densidad poblacional del departamento es de 8,55 habitantes por Km<sup>2</sup>. El municipio con mayor densidad poblacional es Yopal mientras que el que el que presenta la densidad más baja es San Luis de Palenque.

**Tabla 2 . Población por área de residencia. Casanare 2019**

Municipio	Población Total	Área urbana	Porcentaje	Área rural	Porcentaje
Yopal	152.655	137.174	89,86%	15.481	10,14%
Aguazul	43.183	32.930	76,26%	10.253	23,74%
Chámeza	2.646	1.782	67,35%	864	32,65%
Hato Corozal	13.020	5.939	45,61%	7.081	54,39%
La Salina	1.480	658	44,46%	822	55,54%
Maní	11.121	7.558	67,96%	3.563	32,04%
Monterrey	15.585	13.213	84,78%	2.372	15,22%
Nunchía	8.972	2.205	24,58%	6.767	75,42%
Orocué	8.460	5.475	64,72%	2.985	35,28%
Paz de Ariporo	26.237	19.294	73,54%	6.943	26,46%
Pore	7.917	4.007	50,61%	3.910	49,39%
Recetor	4.683	1.762	37,63%	2.921	62,37%
Sabalarga	2.806	1.453	51,78%	1.353	48,22%





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

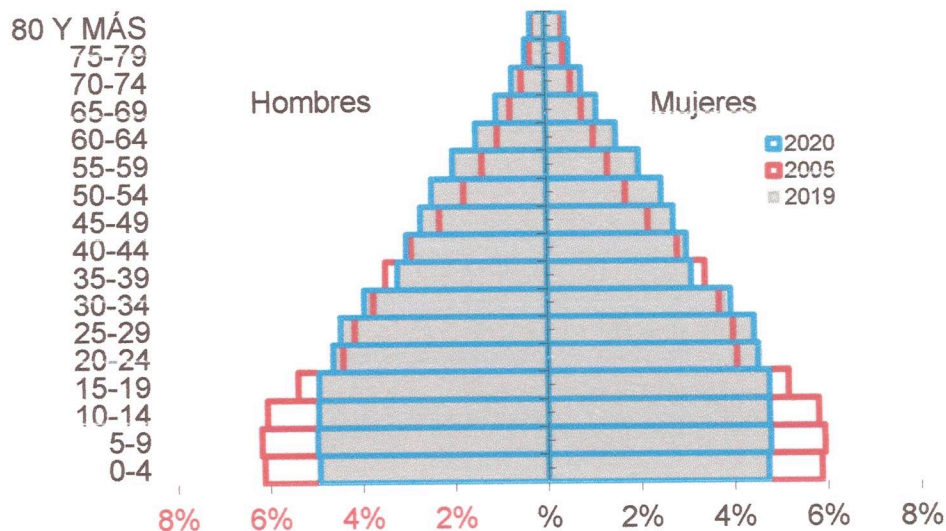
Sácama	2.107	1.530	72,62%	577	27,38%
San Luis de Palenque	7.951	2.433	30,60%	5.518	69,40%
Támara	7.031	2.331	33,15%	4.700	66,85%
Tauramena	24.747	16.646	67,26%	8.101	32,74%
Trinidad	16.213	9.346	57,65%	6.867	42,35%
Villanueva	24.740	21.424	86,60%	3.316	13,40%
Casanare	381.554	287.160	75,26%	94.394	24,74%

Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. ASIS Casanare 2019

Según los listados censales 2019, la población indígena del departamento era de 5.853 habitantes: localizados en los resguardos de Chaparral- Barro Negro (524 habitantes; 9,26%), Caño Mochuelo (3.322 habitantes; 56,76%), y Orocué (1.989 habitantes; 33,978%)

La pirámide poblacional de Casanare es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2019, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas. (Figura 5)

Figura 1. Pirámide poblacional. Casanare 2005, 2019 y 2020



Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

CALLE 23 No. 20-16 Barrio Provienda - Teléfono 6326507 - 6346951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
 E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)

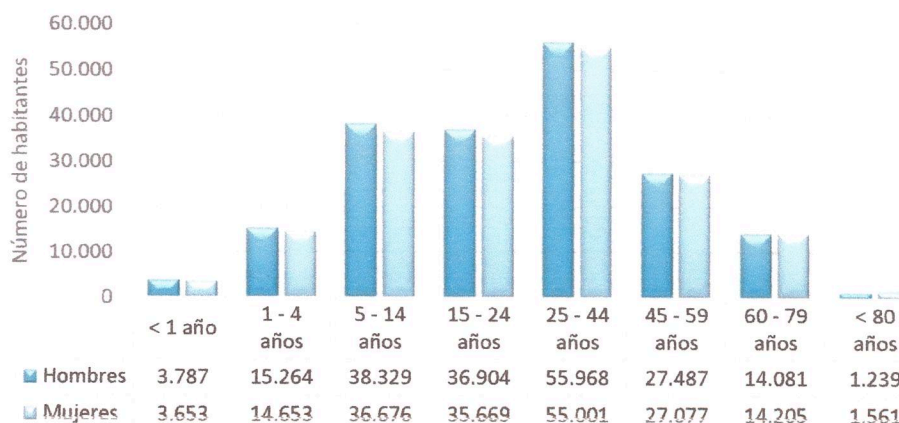


## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

En la figura 2, se muestra la Población por sexo y grupo de edad del departamento de Casanare año 2019. En esta se puede observar que el género masculino es mayor en todos los grupos de edad, sin embargo, esta diferencia va disminuyendo a medida que aumenta la edad y es así como para el grupo de mayores de 80 años, el número de mujeres es mayor que el de hombres.

**Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del departamento. Casanare 2019**



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 (y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad)

**Razón de niños por mujer:** Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En Casanare para el año 2019 por cada 28 niños y niñas (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49 años) que recibieron atenciones en salud, en contraste el Colombia para el año 2018 por cada 28 niños y niñas (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud

**Índice de infancia:** Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2019 por cada 100 personas residentes en el departamento, 29 correspondían a población menor de 15 años.

**Tasa de Crecimiento natural:** El crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general, muestran que el departamento en el periodo 2005 a 2017, la tasa de crecimiento vegetativo fue en promedio 1,60% y una tasa de crecimiento total de 1,87%. En 2017, la tasa de crecimiento natural fue de 1,35% y la tasa neta fue de 1,70%. Lo anterior, indica que la velocidad de crecimiento poblacional ha disminuido pasando de 2,15% en 2005 a 1,7 en 2017





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

**Nit. 800.228.493 - 1**

**Tasa Bruta de Natalidad:** La tasa de natalidad ha venido en descenso: en el quinquenio de 1985-1990 era de 8,5 por mil habitantes y para el quinquenio de 2010-2015 es de 5 por mil habitantes. en 2017 (número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1.000 habitantes) fue de 16,80 nacimientos por cada mil habitantes y la tasa bruta de mortalidad de 3,28 defunciones por cada mil habitantes. Esto puede estar relacionado con los cambios en el estilo de vida de las personas con capacidad para reproducirse ya que no se preocupan tanto por tener hijos, porque mantenerlos representa un alto costo

**Tasa Bruta de Mortalidad:** Cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento. Las condiciones de mortalidad de una población están asociadas a diversos factores de carácter demográfico, biológico, social, cultural e incluso político que influyen en el desarrollo y crecimiento de los diferentes grupos poblacionales en un periodo determinado y mide el riesgo de morir a que está expuesta la población de un lugar. La tasa de mortalidad para el departamento de Casanare presentó notorio incremento en los quinquenios 1985- 1990 y 1995- 2000, pasando de 5 defunciones por mil habitantes a 12,4 defunciones por mil habitantes. A partir de este quinquenio, se presenta una clara tendencia a disminuir.

Durante el periodo 2005 a 2017, la tasa de mortalidad en el departamento osciló entre 3,24 y 3,81 defunciones por cada mil habitantes. Para todos los años del periodo, la tasa específica de mortalidad en hombres fue superior a la tasa de mortalidad de las mujeres (2017 Masculino 4,09 y femenino 2,94)

**Fecundidad:** La fecundidad representa la posibilidad de reproducción biológica y cultural de la población humana. Para las comunidades indígenas, los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza. Una fecundidad alta está asociada con el tamaño ideal del hogar, el rol económico de la familia en la sociedad, la supervivencia del grupo y el bienestar en general. Sin embargo, las condiciones adversas de sobrevivencia, los cambios generacionales y las diferencias individuales en las probabilidades de éxito precedidas por los determinantes sociales de la salud, han influido sobre la capacidad de alcanzar el ideal de hijos y han hecho que se considere reducir el número deseado.

En Casanare, la tasa global de fecundidad muestra una caída importante entre 1985 y 2015 pasando de 6,62 a 2,68 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo a 2,54 hijos por cada mil mujeres en edad fértil. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 1,18 hijos, lo que representa una disminución del 72,88% con respecto al quinquenio 1985-1990 (2,04).

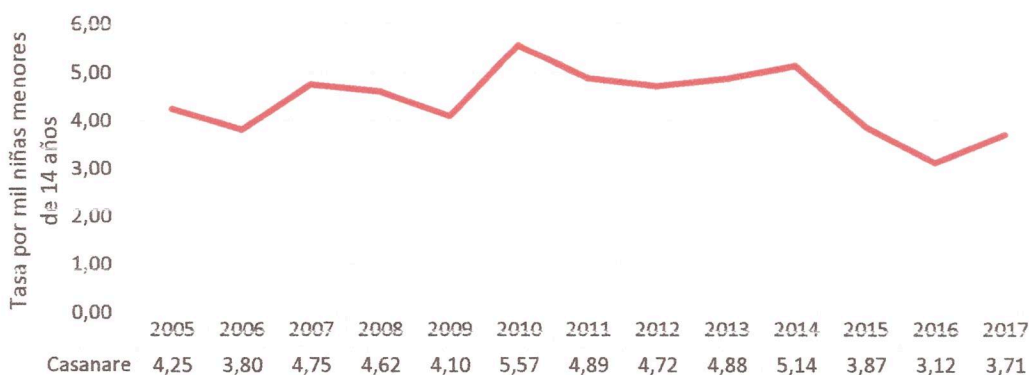


## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

**Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años:** Este indicador corresponde al número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años de edad en ese mismo período, en un determinado país, territorio o área geográfica. Periodo 2005 a 2010 la tasa específica muestra una tendencia al aumento, pasando de 4,25 a 5,57. A partir de 2010 la tasa específica de fecundidad en este grupo de edad, muestra una tendencia al descenso, siendo el 2016, el año con la menor tasa (3,12) y 2017 con 3,71 nacimientos por cada mil niñas menores de 14 años, En promedio, en el periodo 2005 a 2016, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años fue de 4,60. Los municipios con las con las mayores tasas promedio de fecundidad en el grupo de edad de 10 a 14 años fueron en su orden Paz de Ariporo, Hato Corozal y los que presentaron las menores tasas de fueron Pore, Recetor y Sabanalarga, municipios en donde no se registraron nacimientos en niñas menores de 14 años durante los años 2015, 2016 y 2017

**Figura 3. . Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años. Casanare 2005 a 2017**



Fuente: Análisis de Situación de Salud – ASIS Departamento de Casanare 2019

**Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años:** La Tasa Específica de Fecundidad en Mujeres de 15 a 19 años es el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad en ese mismo período, en un determinado país, territorio o área geográfica. Para este grupo de edad la tasa promedio para el departamento en el periodo 2005- 2017 fue de 89,72, es decir que por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años nacieron 90 niños.

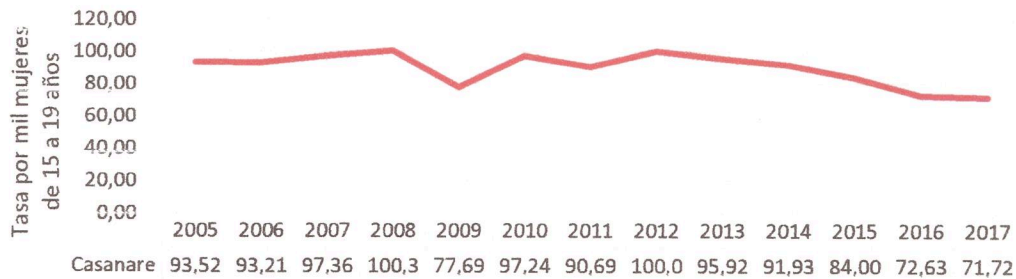




## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Figura 4. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años. Casanare 2005 a 2017



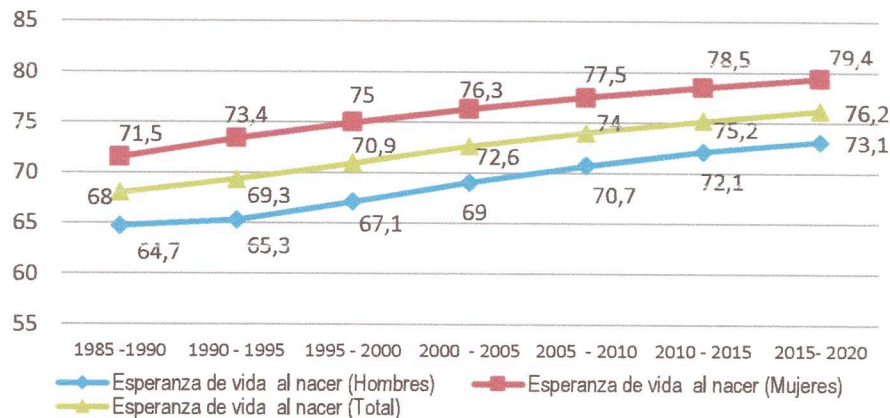
Fuente: Análisis de Situación de Salud – ASIS Departamento de Casanare 2019

Los municipios que presentaron las mayores tasas promedio de fecundidad en este grupo de edad durante los años 2015, 2016 y 2017 fueron en su orden Maní, Orocué Paz de Ariporo y Pore, mientras que las tasas más bajas se presentaron en los municipios de Recetor, Sácama, La Salina y Sabanalarga

**Esperanza de vida:** La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

En la siguiente grafica se observa la esperanza de vida al nacer en el departamento se ha incrementado, pasando de 68 años en el 2005 a 75,2 para el periodo 2010 a 2015 y se estima que para el 2020 será de 76,2 años (79,9 para las mujeres y 73,1 para los hombres). La esperanza de vida en las mujeres es superior a la de los hombres para todos los quinquenios analizados.

Figura 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Casanare 1885 – 2020



Fuente: DANE. Indicadores demográficos y tablas abreviadas 2005 – 2020

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
 E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)

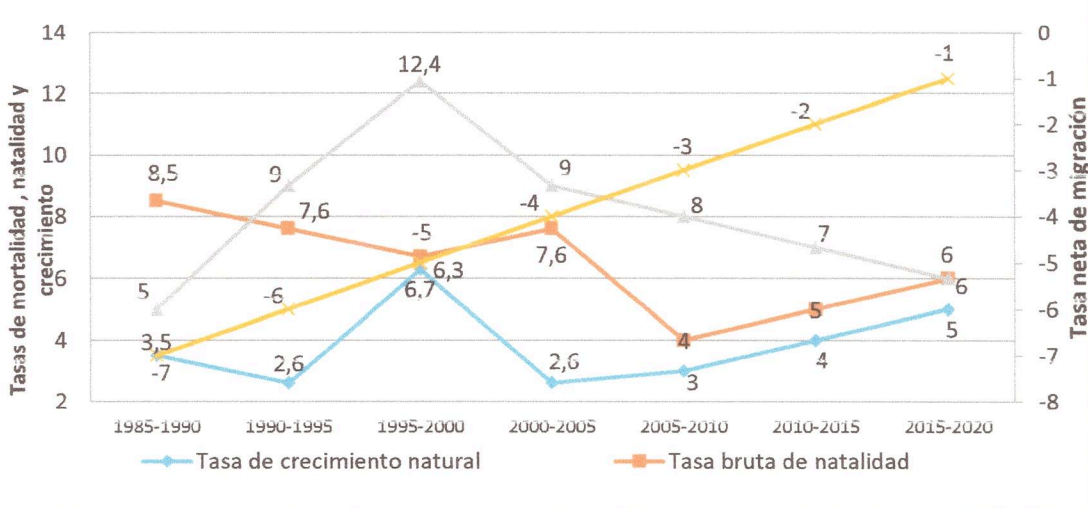


## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

**Tasa Neta de Migración:** Cociente entre la diferencia de los volúmenes de llegadas (inmigrantes) y salidas (emigrantes) de un área en un periodo dado por 1000 habitantes de la población media del lugar tomado como referencia. Dentro de una población es común que sus miembros estén realizando constantemente desplazamientos tanto dentro de su área geográfica como fuera de ella. Los principales motivos para que se lleven a cabo estos movimientos son de orden laboral, educativo, económico, político o recreativo. La migración es el movimiento que realizan las personas de una población y que implica un cambio de localidad en su residencia habitual en un intervalo de tiempo determinado. Para ello debe ocurrir que el migrante cruce las fronteras o límites de una región geográfica. La tasa neta de migración para el departamento es negativa lo que indica que son más la personas que salen por cuestiones laborales, de estudio o en busca de mejores condiciones económicas que la que entran, además es importen resaltar que este fenómeno con el paso de los años ha venido aumentando, lo que podría generar una disminución en la producción laboral del departamento.

**Figura 6. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes. Casanare 1985 al 2020**



Fuente: ASIS Casanare 2019

### ASEGURAMIENTO EN SALUD

La población afiliada al sistema de seguridad social en salud a diciembre de 2019 era de 389.906 de los cuales el 56.46% (220.158) pertenece al régimen subsidiado, el 41.01% (159.931) al régimen contributivo y el 2,53% (9.817) al régimen especial.





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

**Tabla 3 .Distribución de la afiliación al Sistema de seguridad Social en salud según municipio y régimen. Casanare 2019**

MUNICIPIO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	ESPECIALES	TOTAL
YOPAL	72907	97206	5578	175691
AGUAZUL	18602	12617	505	31724
CHAMEZA	1520	232	52	1804
HATO COROZAL	8561	1163	229	9953
LA SALINA	755	145	40	940
MANI	8644	4669	204	13517
MONTERREY	8925	3880	480	13285
NUNCHIA	6257	760	89	7106
OROCUE	7757	1520	190	9467
PAZ DE ARIPORO	28697	5259	691	34647
PORE	8190	1604	223	10017
RECETOR	885	154	28	1067
SABANALARGA	1932	532	57	2521
SACAMA	1157	196	36	1389
SAN LUIS DE PALENQUE	5867	1281	110	7258
TAMARA	5184	435	143	5762
TAURAMENA	11685	8241	368	20294
TRINIDAD	9378	1767	203	11348
VILLANUEVA	13255	18270	591	32116
<b>Totales por Régimen</b>	<b>220158</b>	<b>159931</b>	<b>9817</b>	<b>389906</b>

Fuente: Adres MS8500002122019 , MCS8500002122019 – Aseguramiento SDS

**Tabla 4 .Distribución de la Afiliación régimen subsidiado, Casanare 2019**

EPS	SUBSIDIADO	PORCENTAJE
CAPRESOCA	159.334	72%
MEDIMAS	18.800	9%
SANITAS EPS	1.744	1%

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provivienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

COOMEVA EPS S.A.	826	0,3%
CRUZ BLANCA EPS	6	0,003%
NUEVA EPS	39.448	17,9%
TOTAL	220.158	100%

Fuente: Adres MS8500002122019, MCS8500002122019 - Aseguramiento SDS

En el Departamento de Casanare operan seis (6) empresas promotoras de Salud EPS en el régimen subsidiado: Capresoca, Coomeva, Nueva Eps, Sanitas, Medimás y Cruz blanca, al cierre de la vigencia 2019 la EPS con el mayor porcentaje de oblacion afiliada correspondio a Capresoca con el 72% del total de la población del Regimen Subsidiado.

Tabla 5 .Distribución de la Afiliación régimen Contributivo, Casanare 2019

EPS	CONTRIBUTIVO	PORCENTAJE
CAPRESOCA	13.237	6,3%
MEDIMAS	57.958	36,2%
ALIANSA SALUD EPS S.A.	5	0,003%
SALUD TOTAL S.A	5	0,003%
SANITAS EPS	44.418	27,77%
SUSALUD EPS	4	0,003%
COOMEVA EPS S.A.	3.477	2,2%
CRUZ BLANCA EPS	3	0,002%
LA NUEVA EPS	40821	25,6%
TOTAL	159.931	100%

Fuente: Adres MS8500002122019 , MCS8500002122019 - Aseguramiento SDS





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### MORBILIDAD

#### Morbilidad atendida por ciclo vital

**Primera infancia (0 a 5 años):** Durante el periodo 2009 a 2018 fueron prestadas 372.567 atenciones menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 37.257. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 43% (161.073), seguido por las enfermedades transmisibles u nutricionales con el 36% (135.694) y las condiciones mal clasificadas con el 15% (54.542).

**Infancia (6 a 11 años):** En el periodo 2009 a 2018, fueron prestadas 318.016 atenciones menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 31.802. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 59% (187.627), seguido por las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 21% (65.274) y las condiciones mal clasificadas con el 15,05% (47.865).

**Adolescencia (12 a 18 años):** Durante el periodo 2009 a 2018, se brindaron 506.611 atenciones a personas de este grupo de edad para un promedio anual de 50.661. Las mayores proporciones de morbilidad atendidas fueron las Enfermedades no transmisibles con un promedio anual del 61% (309.425), las condiciones mal clasificadas con el 17% (86.069) y las condiciones transmisibles y nutricionales con el 12% (61.851). Con excepción de las enfermedades no transmisibles, todas las patologías presentaron aumento del número de atenciones.

**Juventud (14 a 26 años):** Durante el periodo 2009 a 2018, fueron brindadas 747.260 atenciones a personas pertenecientes a este grupo de edad, para un promedio anual de 74.726 atenciones. Las enfermedades no transmisibles demandaron en promedio el 61% (457.702), las condiciones mal clasificadas con el 15% (115.581), las condiciones transmisibles y nutricionales el 10% (75.961). Con excepción de las enfermedades no transmisibles, todas las patologías presentaron aumento del número de atenciones.

**Adulthood (27 a 59 años):** Fueron atendidas durante el periodo 1.706.949 atenciones a personas de este grupo de edad, para un promedio anual de 170.695 atenciones. Las enfermedades transmisibles demandaron el 71% (1.2184.38), las condiciones mal clasificadas con el 13% (224.280) y las condiciones transmisibles y nutricionales el 8% (141.705), Todos los eventos presentaron tendencia a disminuir.

**Persona mayor (60 años y más):** Fueron brindadas 534.359 atenciones a personas pertenecientes a este grupo de edad. Las enfermedades no transmisibles con el 81% (431.179),



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

las condiciones mal clasificadas con el 10% (52.771) y las condiciones transmisibles y nutricionales con el 6% (30.531). Todos los eventos presentaron incremento en la demanda.

Durante el periodo 2009 a 2018, los servicios sanitarios brindaron 130.819 atenciones por eventos de salud mental. Para todas las etapas del curso de vida, la primera causa de atención fueron los trastornos mentales y del comportamiento, seguido por las atenciones por epilepsia y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias Psicoactivas.

### Morbilidad por eventos de interés en salud pública


#### Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Durante el 2018 fueron notificados al sistema de vigilancia 7.094 casos de los cuales el 24,36% (1.728) de vigilancia en salud pública de la violencia de género Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual (VCM, VIF, VSX), 17,68% (1.254) Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, 17,11% (1.214) casos de dengue, 7,22% (512) de varicela individual. Los 15 eventos de mayor notificación representaron el 92,04% del total de casos notificados durante el 2018

Tabla 6 . Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA. Casanare 2018

Evento de interés en salud pública	2018	Porcentaje
Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual (VCM, VIF, VSX)	1728	24,36%
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1254	17,68%
Dengue	1214	17,11%
Varicela individual	512	7,22%
Desnutrición aguda en menores de 5 años	417	5,88%
Intento de suicidio	250	3,52%
Accidente Ofídico	170	2,40%
Exposición a flúor	154	2,17%
Tuberculosis pulmonar	149	2,10%
Morbilidad materna extrema	148	2,09%
VIH/sida/mortalidad por sida	141	1,99%
Parotiditis	112	1,58%

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Providencia - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Evento de interés en salud pública	2018	Porcentaje
Chagas	110	1,55%
Bajo peso al nacer	97	1,37%
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	73	1,03%
Otros eventos	565	7,96%
Total Casanare	7094	100,00%

Fuente: Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2018

Con corte al 31 de diciembre de 2019, se notificaron 11.289 casos distribuidos en 45 eventos de interés en salud pública; el evento de mayor notificación es dengue que ocupa el 50,4 %.

**Tabla 7 . Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA. Casanare 2019**

Evento de interés en salud pública	Casos	Porcentaje
Dengue	5694	50,44 %
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1219	10,80%
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	1109	9,82%
Varicela individual	763	6,76%
Desnutrición aguda en menores de 5 años	409	3,62%
Intento de suicidio	299	2,65%
Morbilidad materna extrema	208	1,84%
Intoxicaciones	160	1,42%
Accidente ofídico	153	1,36 %
Tuberculosis	130	1,15%
Bajo peso al nacer	123	1,09%
VIH/Sida/Mortalidad por Sida	116	1,03%
Otros eventos	906	8,03%

Fuente: Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2019





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

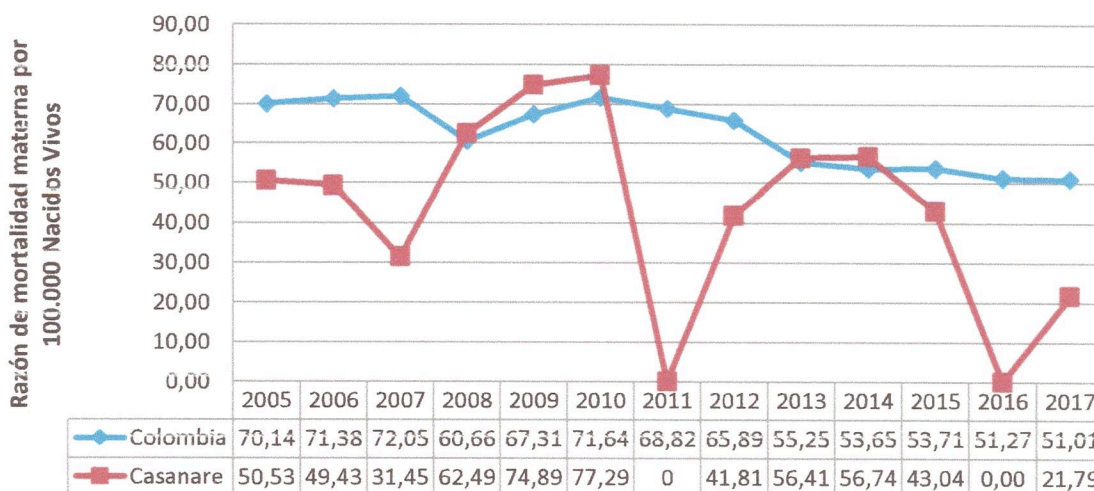
Nit. 800.228.493 - 1

### Mortalidad materno – infantil y en la niñez

#### Razón de Mortalidad Materna Casanare

La razón de mortalidad materna en el departamento de Casanare en el periodo 2005 a 2015 osciló entre 50,53 y 43,04 casos por cada 100.000 nacidos vivo, En el año 2011 y 2016 no se registraron defunciones maternas. La razón de mortalidad materna del departamento del 2005 al 2007 y en el 2011, 2015 y 2017, fue inferior al promedio Nacional, mientras que en los años 2008 al 2010 y 2014

Figura 7. Razón de mortalidad materna, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores ASIS 2019

#### Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil y representa la probabilidad de que un recién nacido muera antes de los 28 días. La tasa de mortalidad neonatal en el periodo 2005 a 2015 permaneció estacionaria, oscilando entre 7,24 y 8,59 y un descenso en el a 2017 a 3,88 defunciones neonatales por cada mil nacido vivo; con excepción de 2014, la tasa de mortalidad neonatal de Casanare ha sido inferior al promedio nacional

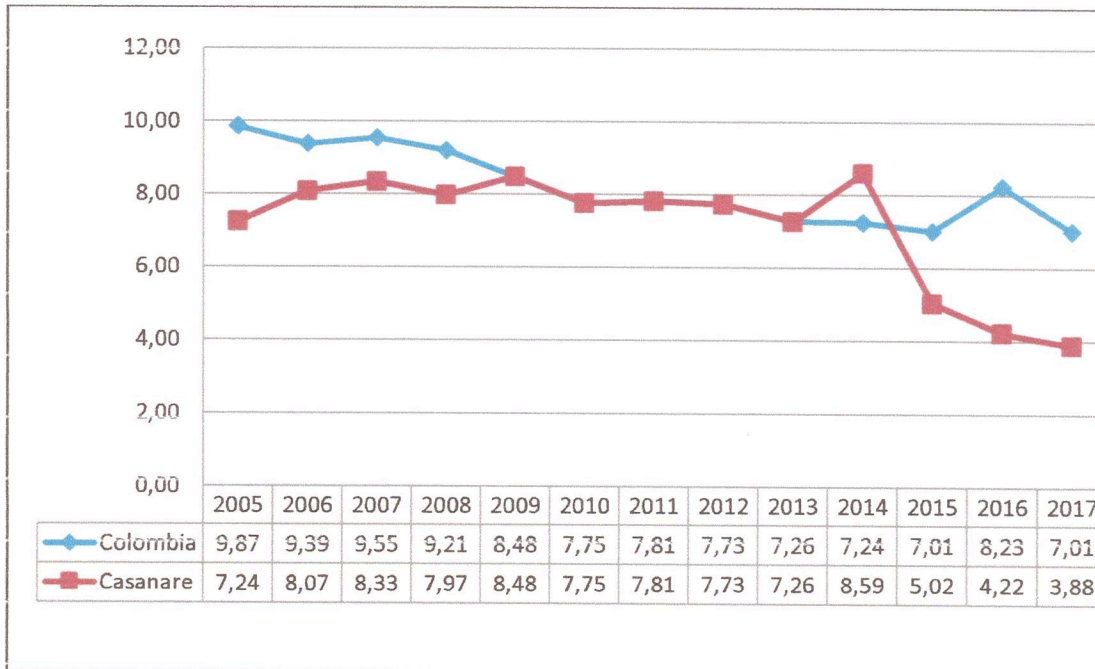




## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Figura 8. Tasa de mortalidad neonatal, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

### Mortalidad infantil

La mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por cada mil nacido vivo) representa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir el primer año de vida. Es un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores. Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos. La tasa de mortalidad infantil está estrechamente relacionada con diferentes variables, como el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación.

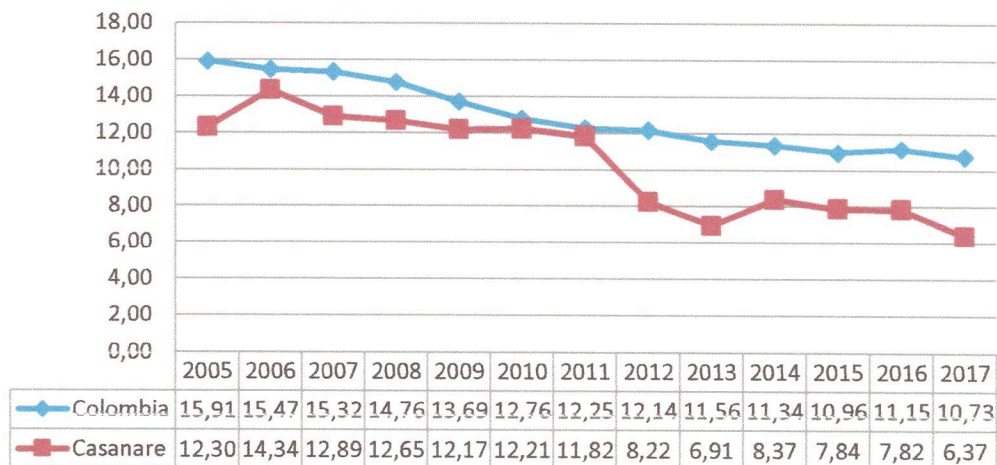
La tasa de mortalidad infantil en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presentaron tendencia al descenso, pasando de 12,30 en 2005 a 6,37 defunciones por cada mil nacido vivo en el 2017. Durante este periodo, las pasas del departamento fueron inferiores al promedio nacional.



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Figura 9. Tasa de mortalidad neonatal, Casanare 2005 – 2017

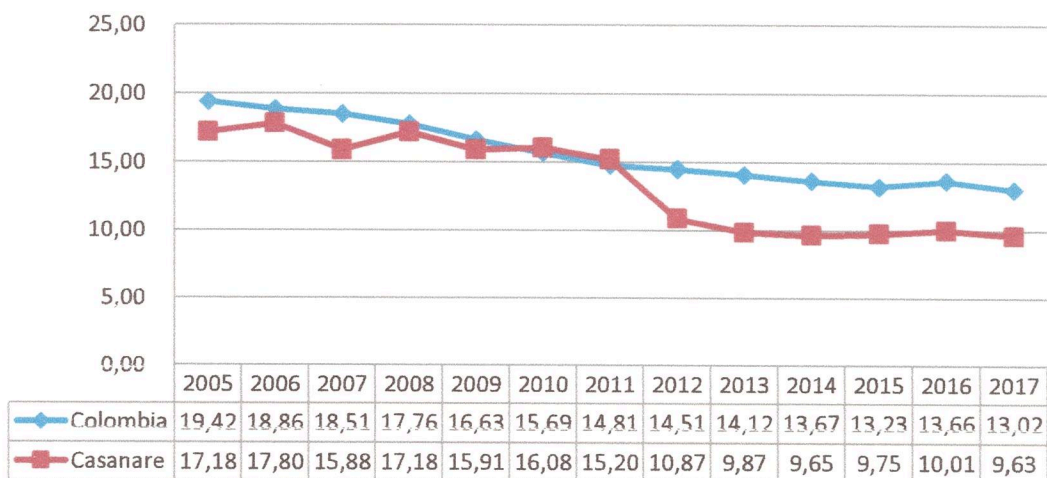


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

### Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presenta tendencia al descenso, pasando de 17,18 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos en el 2005 a 9,63 en 2017. Durante todo este periodo, la tasa de mortalidad en la niñez fue inferior a lo presentado para el promedio Nacional.

Figura 10. Tasa de mortalidad en la niñez, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores ASIS 2019





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

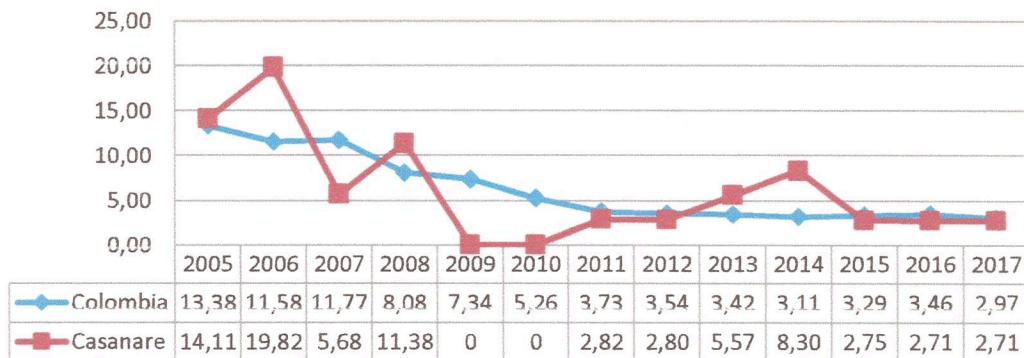
Nit. 800.228.493 - 1

La tasa promedio de mortalidad en la niñez en el departamento fue de 9,63 defunciones por cada 1.000 nacidos vivo. Los municipios con las mayores tasas en 2017 fueron La Salina, Nunchía, Támara y san Luis de Palenque, Hato Corozal, Orocué, Paz de Ariporo, Maní y Villanueva quienes presentaron tasas superiores al promedio Departamental. Los demás municipios presentaron tasas inferiores al promedio departamental

### Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el departamento de Casanare durante los años 2005 a 2017 descendió de 11,11 a 2,71 defunciones de menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años; durante los años 2009 y 2010 no se registraron defunciones en menores de este grupo de edad, Con excepción de los años 2006, 2008, 2013 y 2014, la tasa del departamento fue inferior a la tasa promedio Nacional.

Figura 11. Tasa de mortalidad por EDA 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

La tasa promedio de mortalidad por EDA en el departamento de Casanare fue de 6,31 defunciones de menores de 5 años por cada 100.000 menores de este grupo de edad. Los municipios que presentaron las mayores tasas promedio fueron Chámeza, Sabanalarga y Orocué, mientras que los de menores tasas promedio fueron Yopal, Paz de Ariporo y Hato Corozal.

### Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

Las tasas de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presentaron tendencia al descenso, pasando de 22,57 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en 2005 a 13,54 en el 2017. Las mayores tasas específicas de defunción se presentaron en los años 2006 con 31,15 y 2011 con 31,15.

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Providencia - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)

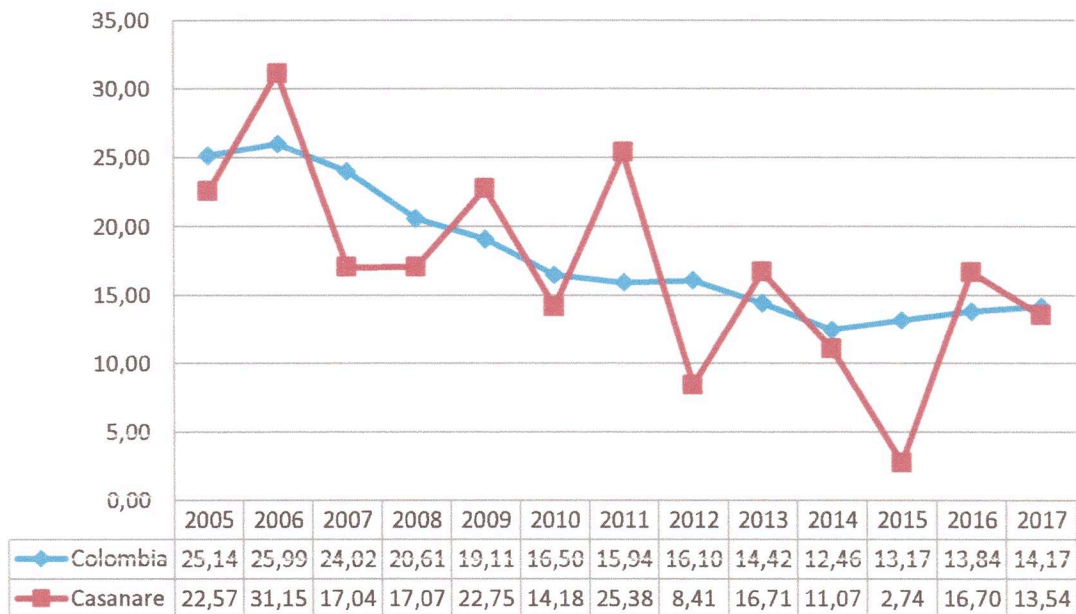


## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

25,38 defunciones por 100.000 menores de este grupo de edad. Durante este periodo, las tasas fueron ligeramente inferiores al promedio Nacional

Figura 12. Tasa de mortalidad por iRA 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

La tasa promedio de Casanare en el 2017 fue de 17,06 defunciones por cada 100.000 menores de este grupo de edad. Los municipios con las mayores tasas promedio fueron Sácama, Trinidad, Hato Corozal, Villanueva y Yopal, mientras que Aguazul, Nunchía y Orocué presentaron las menores tasas promedio. La tasa de mortalidad más elevada para el sexo femenino se presentó en Paz de Ariporo, mientras que los municipios con las tasas de mortalidad masculina más altas fueron Sácama y Trinidad.

### Mortalidad por desnutrición crónica (DNT)

Las tasas de mortalidad por desnutrición en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presentaron tendencia al descenso, pasando de 5,64 defunciones a causa de DNT por cada 100.000 menores de 5 años en 2005 a 2,7 en 2017. En los años 2014 y 2016, no se registraron defunciones por DNT en menores de 5 años. fueron inferiores a las presentadas para el promedio Nacional y presenta una tendencia estacionaria.

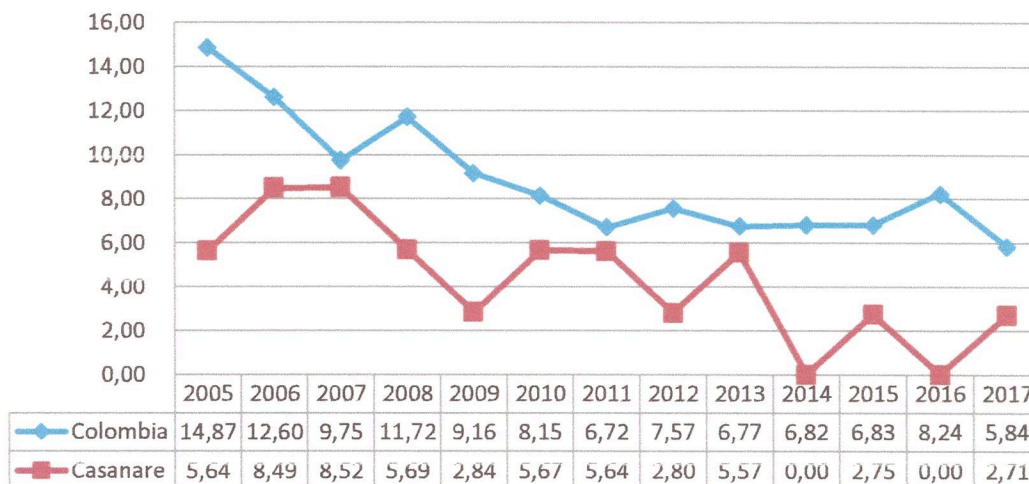




## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Figura 13. Tasa de mortalidad por Desnutrición 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

### Mortalidad General

La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población; sus niveles, tendencias diferencias y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud. La mortalidad es un indicador de la magnitud y del riesgo absoluto de morir que refleja las condiciones de vida de la población, la utilización de los servicios de salud, los avances tecnológicos, los niveles de educación, el urbanismo planificado (...) y las enfermedades que padece la población y por las cuales está muriendo” (Cardona y Agudelo, 2007:354).

Entre 2005 y 2017, en Casanare se produjeron 15.071 defunciones, en promedio 1.159 defunciones anuales, de las cuales 9.315 fueron hombres (61,81 %) y 5.756 mujeres (38,19%), lo que muestra una sobre mortalidad en hombres del 24% con relación a las mujeres

### Tasa bruta de mortalidad

Durante el periodo 2005 a 2017, la tasa de mortalidad en el departamento osciló entre 3,24 y 3,81 defunciones por cada mil habitantes. Para todos los años del periodo, la tasa específica de mortalidad en hombres fue superior a la tasa de mortalidad de las mujeres (Grafica 13)



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Figura 14. Tasa bruta de mortalidad según sexo del fallecido. Casanare 2005 a 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cubo Indicadores ASIS 2019

Los municipios que presentaron las mayores tasas brutas de mortalidad fueron Paz de Ariporo, Pore, Villanueva, y Maní municipios con tasa promedio superior a la tasa promedio del Departamento. Los demás municipios, presentaron tasas inferiores fueron Recetor, Támara y Trinidad

### Mortalidad general por grandes causas y años de vida potencialmente perdidos

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (AVPP) constituyen un indicador que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros, permitiendo relacionar la mortalidad de determinadas causas de muerte en determinadas edades con el cambio de la esperanza de vida al nacimiento o entre edades seleccionadas.

Para el análisis de la mortalidad por grandes causas se realiza teniendo en cuenta la agrupación de la mortalidad 6/67 considera 7 grandes grupos así:

**Enfermedades transmisibles.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: enfermedades infecciosas intestinales, la tuberculosis, inclusive secuelas, ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, ciertas enfermedades prevenibles por vacuna, meningitis, septicemia, infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, enfermedad por el VIH/SIDA, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades infecciosas y parasitarias

**Neoplasias.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: t. maligno del estómago, t. maligno del colon, t. maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon, t. maligno hígado y vías biliares, t. maligno del páncreas, t. maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, t. maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, t. maligno de la mama, t. maligno del útero, t. maligno de la próstata, t.

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

**Nit. 800.228.493 - 1**

maligno de otros órganos genitourinarios, t. maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, otros tumores malignos, Carcinoma-in-situ, t. benignos y de comportamiento incierto o desconocido,

**Enfermedades del sistema circulatorio:** Incluye las siguientes patologías: fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad Cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, otras de enfermedades del sistema circulatorio.

**Ciertas afecciones originada en el periodo perinatal.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido , otras afecciones originadas en el periodo perinatal

**Causas externas.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas; otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas; caídas accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes; accidentes causados por disparo de armas de fuego; ahogamiento y sumersión accidentales; exposición al humo, fuego y llamas; envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas; complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas ; otros accidentes, inclusive secuelas; lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas; agresiones (homicidios), inclusive secuelas; intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas; eventos de intención no determinada, inclusive secuelas.

**Todas las demás causas.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: diabetes mellitus; deficiencias nutricionales y anemias nutricionales; trastornos mentales y del comportamiento; enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; otras enfermedades de las vías respiratorias superiores; enfermedades pulmón debidas a gentes externos; otras enfermedades respiratorias; apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal; ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis; resto de enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema urinario; hiperplasia de la próstata; embarazo, parto y puerperio; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y el residuo.

**Síntomas, signos y afecciones mal definidas:** En este grupo se ubican todas las demás causas de defunción que no pueden ser consideradas en ninguna de los subgrupos anteriores.

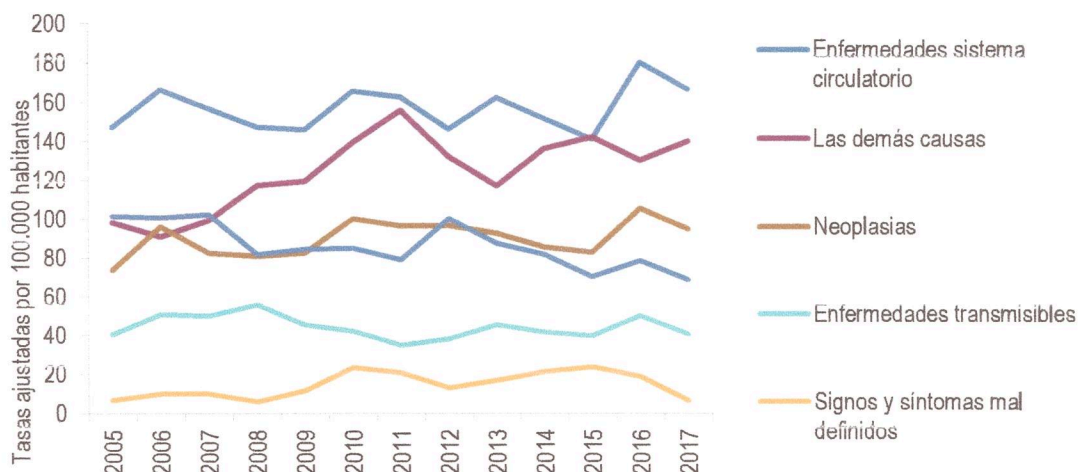


## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Durante el periodo 2005 a 2017, los grupos de patologías que presentaron las mayores tasas específicas de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por la agrupación “las demás causas” y, en tercer lugar, las neoplasias

**Figura 15. Mortalidad por grandes causas. Casanare 2005- 2017**



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

### Años de vida potencialmente perdidos.

Los Años Potenciales de Vida Perdidos constituyen un indicador que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Permite relacionar la mortalidad de determinadas causas de muerte en determinadas edades con el cambio de la esperanza de vida al nacimiento o entre edades seleccionadas

Por muerte prematura en los dos sexos (hombres y mujeres), en el periodo 2005 a 2013 Entre el 2005 y 2017, en la población general residente en Casanare, las causas externas, aunque no fueron la primera causa de muerte fueron la primera causa de pérdida de años de vida por muerte prematura (AVPP) con tasas ajustadas que oscilaron entre 4.594,42 y 2657,73 AVPP por cien mil habitantes, lo que equivale a 155.221 años que representan el 35,53% del total de años perdidos por todas las causas. En 2017 se perdieron 231 defunciones debido a causas externas que ocasionaron 9.813 AVPP, siendo la segunda causa de defunción para ese año. (Figura 68).

La segunda causa de AVPP en el periodo 2.005 a 2.017 fue el grupo las demás causas, agrupación de diagnósticos conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, pasando de una tasa de AVPP de 2.137,12 en 2.005 a 2229,34 en 2.017, con 84.967 AVPP equivalentes al 19.45% del Total de AVPP del periodo. En el año 2017 fueron la causa de defunción de 325 personas con 6.868,49 AVPP. (Figura 68)

Por su parte, las neoplasias fueron la tercera causa de pérdida de AVPP con 55.652 equivalentes al 12,74% del total de AVPP del periodo. Las tasas de AVPP oscilaron entre 1.582,84 y 2.167 AVPP por cada cien mil habitantes. En 2017 fallecieron por neoplasias 241 personas que aportaron 6.868 AVPP, con una tasa de 1959,60 AVPP por cada cien mil habitantes. (Figura 68)

Las enfermedades del sistema circulatorio, aunque fueron la primera causa de defunción en la población general, fueron la cuarta causa generadora de AVPP con 58.568 AVPP que representan el 13,41% del total de AVPP del periodo 2.005 a 2017, año en el cual fallecieron 363 personas que aportaron 5.160 AVPP para este año, con una tasa de AVPP de 1.960. por su parte, las enfermedades transmisibles fueron la quinta causa de AVPP, con 40.962 (9,38% del total de AVPP), una tasa de 1.959 AVPP por cada cien mil habitantes.

### **Mortalidad por subgrupos de causas:**

#### **Enfermedades del sistema circulatorio**

Entre 2005 y 2017, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad la población del departamento. Para el último año, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 49% (178) de las muertes dentro del grupo, presentando tasas ajustadas de mortalidad oscilantes entre 52,09 y 76,00 muertes por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 22% (79) de las muertes con tendencia a disminuir en ambos sexos. Las enfermedades cardiopulmonares fueron la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportando el 12% (43) de las muertes y mostrando leve tendencia a disminuir.

#### **Las demás causas**

El grupo de las demás causas constituye un grupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos no clasificados en otros grupos: D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q9912. Entre 2005 y 2017, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo ocasionando el 16% (544) de las defunciones del periodo. Entre 2008 y 2011 sus tasas ajustadas aumentaron de 13,48 a 36,98 muertes por cada 100.000



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

**Nit. 800.228.493 - 1**

habitantes, para luego invertir su tendencia y tomarse a la disminución hasta alcanzar un valor de 23,35 en 2016. En segundo lugar, la diabetes mellitus causante del 15% (496) de las defunciones, con tasas ajustadas tendientes al aumento, pasando de 21,8116,16 a 23,21 en 2017, año en el cual, fueron la causa del 17% (55) del total de defunciones por este grupo de causas

### **Causas externas**

Los accidentes de transporte terrestre provocaron el 23% (1.263) del total de muertes por causas externas ocurridas en el periodo 2005 a 2017, con tasas tendientes a aumentar pasando de 26,57 a 40,90 en 2012, año a partir del cual, presenta tendencia a disminuir. En 2017, fueron la causa de 88 defunciones lo que representa una tasa específica de 24,80 muertes por cada 100.000 habitantes en 2017. Existe una diferencia entre sexos, la tasa de mortalidad por accidentes de transporte es 3 veces más alta en hombres que en mujeres. Por su parte, los homicidios fueron la segunda causa de defunción y fueron la causa de 1.018 defunciones, con tasa específica tendiente al descenso, pasando de 35,63 en 2005 a 21,20 (71 casos) defunciones por cada 100.000 habitantes en 2017.

### **Neoplasias**

En el periodo 2005 a 2017, las neoplasias fueron la causa de 2.450 defunciones equivalentes al 16% del total de defunciones ocurridas en el periodo. Las principales causas de defunción por patologías tumorales fueron el tumor maligno del estómago y los tumores malignos de otras localizaciones, cada una causante del 16% del total de defunciones por estas causas.

### **Enfermedades transmisibles**

En este grupo se incluyen las defunciones ocasionadas por los siguientes subgrupos de enfermedades: Enfermedades infecciosas intestinales, Tuberculosis, inclusive secuelas, Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna, Meningitis, Septicemia, Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, Enfermedad por el VIH/SIDA, Infecciones respiratorias agudas. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia oscilatoria a través del tiempo. En este grupo las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte; entre 2005 y 2017 con tasas ajustadas que oscilaron entre 18,62 a 20,21 muertes por cada 100.000 habitantes. El subgrupo de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia fueron la segunda causa de muerte con tasas al aumento entre 2005 y 2008, para luego descender. En 2017, la tasa específica fue de 8,00 defunciones por cada 100.000 habitantes. El comportamiento fue similar tanto para hombres como para mujeres. La enfermedad por VIH/SIDA fue la tercera causa de muerte, con tasas tendientes al aumento, pasando de 5,95 a 7,41 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2016. En 2017, la tasa fue de 4,91 defunciones por cada 100.000 habitantes y un comportamiento similar en hombres y mujeres.

---

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2017

La tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre del departamento de Casanare (24,80) fue superior a la tasa promedio Nacional (14,50) con una diferencia estadísticamente significativa.

La tasa de mortalidad por tumor maligno de mama para en departamento de Casanare (12,11) fue inferior a la tasa promedio Nacional (12,55) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino para en departamento de Casanare (14,67) fue superior a la tasa promedio Nacional (6,59) y la diferencia es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata para en departamento de Casanare (13,71) fue inferior a la tasa promedio Nacional (14,88) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago para en departamento de Casanare (13,13) fue superior a la tasa promedio Nacional (10,75) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por diabetes mellitus para en departamento de Casanare (23,21) fue superior a la tasa promedio Nacional (15,33) y la diferencia es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidios) para en departamento de Casanare (5,15) inferior a la tasa promedio Nacional (5,47) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento para en departamento de Casanare (1,15) inferior a la tasa promedio Nacional (1,32) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) para en departamento de Casanare (21,20) fue inferior a la tasa promedio Nacional (44,74) con diferencia estadísticamente significativa.

La tasa de Mortalidad por enfermedades transmisibles (A00-A99) de Casanare (37,39) fue inferior a la tasa promedio Nacional (38,82) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 8. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2017

Causa de muerte	Colombia ‰p17	Casanare ‰p17	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,50	24,80	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,55	12,11	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	14,67	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,88	13,71	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,75	13,13	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	15,33	23,21	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,47	5,15	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32	1,15	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	44,74	21,20	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	38,82	37,39	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV, ASIS Casanare 2019





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### Priorización de los problemas de salud

Los grupos de riesgo y los eventos que incluye cada uno de estos grupos de riesgo, se observan en la siguiente tabla

**Tabla 9. Grupos de Riesgo y Eventos específicos.**

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus-Accidentes cerebro-vasculares- Hipertensión Arterial Primaria (HTA)-Enfermedad Isquémica Cardíaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica
2. Infecciones respiratorias crónicas	EPOC
3 Nutricionales	Deficiencias nutricionales específicamente anemia-Desnutrición- Sobrepeso y obesidad
4. Trastornos mentales y del comportamiento	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA-Use nocivo – Sobredosis- Dependencia- efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión-Demencia-Esquizofrenia-Suicidio
6. Salud bucal	Caries-Fluorosis-Enfermedad Periodontal-Edentulismo- Tejidos blandos, estomatosis
7.Cáncer	Ca Piel no melanoma-Ca mama-Ca Colon y Recto -Ca Gástrico-Ca cuello y LPC en diagramación-Ca Próstata-Ca Pulmón-Leucemias y linfomas
8. Materno -perinatal	IVE-Hemorragias -Trastornos hipertensivos complicadas- Infecciosas- Endocrinológicas y metabólicas-Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas-Bajo peso-Prematurez. Asfixia
9. Infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas. ITS: VIH, HB, Sífilis, ETS. ETA- ERA, neumonía y EDA- Inmuno-prevenibles
10. Zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico- Accidente ofídico
11. Agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado-Violencia de género- Violencia por conflictividad social



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

12. Enfermedades raras	Hemofilia-Fibrosis quística-Artritis idiopática-Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica
13. Trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo( Miopía, Hipermetropía, astigmatismos)- Ambliopía- Glaucoma-Cataratas-Retinopatía del prematuro-Visión Baja-Traumatas del oído-Hipoacusia-Otitis-Vértigo
14. Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

Fuente: Ministerio de Salud y protección Social. Grupos de riesgo

Acorde con las diferentes dimensiones y teniendo presentes las conclusiones que capítulo a capítulo se analizaron en la metodología ASIS aplicada para el departamento de Casanare se realiza un primer ejercicio de consenso técnico con el área de epidemiología (Secretaría Departamental de Salud) donde se identifican y se establecen las prioridades de salud del Departamento, de acuerdo con la información dispuesta para este ASIS 2019; como criterios guía para la priorización se tuvo principalmente en cuenta la magnitud y severidad el evento y desde una perspectiva integral las posibilidades técnicas de intervención.

**Tabla 10. Priorización de los problemas de salud de Casanare 2017**

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
<b>Salud ambiental</b>	Acciones intersectoriales para mejorar la cobertura y calidad en el suministro de agua sin riesgo para la salud humana y realizar acciones de IEC para el fortalecimiento comunitarios de hábitos y condiciones higiénico- sanitarias en el manejo y almacenamiento intradomiciliario del agua.	009
	Gestión intersectorial y de Información, educación y Comunicación tendientes a disminuir los riesgos para la salud humana asociados al uso inadecuado de productos químicos, agro insumos, insecticidas, plaguicidas y fungicidas, residuos peligrosos, nanotecnologías, uso y abuso de medicamentos y dispositivos médicos de uso estético y cosmético.	008, 013
	Gestión intersectorial para el abordaje integral de los riesgos biológicos asociados a la presencia de vectores, roedores, tenencia de animales de compañía y animales silvestres.	009, 010

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
	Gestión para la reducción de riesgos para la salud humana asociados a establecimientos farmacéuticos minoristas, certificando en buenas prácticas de almacenamiento y dispensación	013
	Monitoreo de la calidad del agua para consumo humano suministrada a través de los acueductos municipales y comunicación oportuna de resultados a las empresas operadores de servicios públicos.	009, 000
<b>Vida saludable y condiciones no transmisibles</b>	Gestión y abogacía para la articulación intersectorial tendientes a desarrollar de políticas y programas de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno para disminuir la morbilidad por Enfermedades no Transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa	007, 003,
	Acciones de seguimiento tendientes a disminuir las barreras de acceso y de atención integral e integrada de las Enfermedades no Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva	007
	Acompañamiento y asistencia técnica a EPS e IPS para la elaboración e implementación de las rutas de atención integral para la gestión del riesgo individual y colectivo de las ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.	007, 006, 015
	Gestión intersectorial para el fomento de hábitos y estilos de vida saludables tendientes a identificar e intervenir los factores riesgos de morbilidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles	007, 006, 015
	Fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria, para la detección oportuna, canalización y seguimiento de los eventos de Salud Mental.	004, 005, 012



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
	Desarrollo de capacidades a las IPS en protocolos, guías de práctica Clínica y Rutas de Atención a los eventos de salud mental.	004, 005, 012
	Implementación de la ruta de promoción y atención integral en salud mental con enfoque diferencial en los 19 municipios del Departamento	004, 005, 012
	Gestión intersectorial para el fortalecimiento de las Redes del Buen Trato de los 19 municipios.	004, 005, 012
<b>Seguridad alimentaria y nutricional</b>	Realización de acciones intersectoriales con integrantes de la Mesa Técnica Departamental de SAN con los integrantes de los comités municipales de SAN	001, 003, 008,
	Asistencia técnica a las EAPB en el lineamiento técnicos para la atención integral de las de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda (Resolución 5406 de 2015).	001, 003, 008,
	Seguimiento a los eventos de interés en salud pública notificados al sistema de vigilancia relacionados con nutrición.	001, 003, 008, 009
	Realización de las actividades de IVC a establecimientos asociados al consumo de alimentos y bebidas de los municipios categoría 5 y 6 de interés sanitario de alto riesgo bajo el enfoque del riesgo	001, 003, 008, 009
<b>Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b>	Gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.	008, 009
	Abogacía frente a los diferentes los diferentes sectores que pueden incidir en los determinantes relacionados con los	008, 009





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
	derechos sexuales y reproductivos , prevención y atención Integral de las Violencias Sexuales y de Genero .	
	cciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para la afectación de los determinantes que inciden en el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad	008, 009
	Acciones intersectoriales tendientes a desarrollar acciones integrales a los servicios de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.	008, 009
	Gestión intersectorial para el abordaje integral de los factores de riesgo para enfermedades transmisibles tendientes a controlarlos disminuirlos o mitigarlos	009, 010, 014
<b>Vida saludable y enfermedades transmisibles</b>	Desarrollo de capacidades para la atención integral de personas con eventos infecciosos de interés en salud pública endemo epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas clasificadas por la Organización Mundial de la Salud.	009, 010, 014
	Gestión intersectorial y acompañamiento para la articulación en la implementación de acciones de promoción, prevención, detección temprana y protección específica de las enfermedades transmisibles y factores protectores	009, 010, 014
<b>Salud pública en</b>	Implementación, evaluación y seguimiento del sistema de emergencias médicas en el departamento acorde a lo establecido en la resolución 926 de 2017	009, 010, 013

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
<b>emergencias y desastres</b>	Asistencia técnica, acompañamiento, evaluación y seguimiento en la actualización de los planes hospitalarios de emergencia para la gestión integral del riesgo ante situaciones de emergencias y desastres	009, 010, 013
	Gestión para el fortalecimiento de la vigilancia de los planes de contingencia para los eventos de afluencia masiva realizados en los municipios del departamento	009, 010, 013
<b>Salud y ámbito laboral</b>	Caracterización e identificación de los grupos de economía informal presentes en los 19 municipios del Departamento	011
	Acciones de promoción y prevención de los factores riesgo ocupacional presentes en los grupos de economía informal de los 19 municipios del departamento	011
<b>Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables</b>	Gestión intersectorial para la intervención integral de los determinantes 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 interno	003, 004, 012
	Coordinación y articulación con los municipios en la ejecución de actividades del Plan de intervenciones colectivas para la gestión integral de los factores de riesgo que inciden en la morbilidad evitable en las poblaciones con mayor vulnerabilidad residentes en el departamento de Casanare.	003, 004, 012
	Realización de acciones de política pública a partir del análisis de situación de los derechos y el seguimiento de los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes para fortalecer los procesos de gestión, análisis y retroalimentación de la información, generación de conocimiento y vigilancia en salud pública.	003, 004, 012





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
	Gestión para la disminución de barreras actitudinales y arquitectónicas para el acceso a los servicios de la población con mayor vulnerabilidad en el departamento de Casanare.	003, 004, 012
	Fortalecimiento de redes familiares, de pares, comunitarias y sociales para la configuración de entornos que promuevan y favorezcan el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.	003, 004, 012
<b>Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud</b>	Garantizar la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la detección e intervención oportuna de los eventos de interés en Salud Pública reportados al SIVIGILA	008, 009, 010, 012, 014
	Mejorar la capacidad instalada y resolutive del Laboratorio de Salud Pública como apoyo al Sistema de Vigilancia	008, 009, 010, 012, 014
	Realización oportuna de acciones de Inspección Vigilancia y Control de los establecimientos de alto riesgo epidemiológico	008, 009, 010, 012, 014
	Gestión para la construcción del Modelo de Atención Integral en Salud y acompañamiento para la implementación de la RIAS	008, 009, 010, 012, 014
	Modernización tecnológica y de sistemas de información para la captura de datos en tiempo real para la toma oportuna de decisiones, gestión del conocimiento e investigación	008, 009, 010, 012, 014

### Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS

Para estimar el INS, es necesario primero identificar los principales problemas y seleccionar los indicadores relacionados con el efecto de salud tanto los índices demográficos, sociales que podrían explicar el problema. Se ordenaron los municipios de menor a mayor y estimar los



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

cuartiles para identificar las unidades geográficas en peor o mejor situación. El INS se calculó usando el programa Epidat 3.1. Cuanto menor sea el INS, mayores las necesidades.

Los municipios con mayores necesidades en salud son en su orden Támara, Orocué, Pore, Nunchía y Hato Corozal, mientras que los municipios con las menores necesidades en salud son La Salina, Villanueva, Chámeza, Sabanalarga, Aguazul y Yopal.

**Tabla 11. Índice de Necesidades en Salud de Casanare 2019**

ORDEN	MUNICIPIO	PUNTAJE INS
1	Tamara	-10,15
2	Orocué	-8,15
3	Pore	-7,06
4	Nunchia	-6,6
5	Hato Corozal	-6,05
6	Recetor	-5,13
7	San Luis de Palenque	-4,13
8	Monterrey	-0,44
9	Maní	1,4
10	Trinidad	1,92
11	Paz de Ariporo	2,16
12	Sácama	3,06
13	Tauramena	3,26
14	La Salina	3,9
15	Villanueva	4,88
16	Chámeza	5,13
17	Sabanalarga	5,7
18	Aguazul	6,3
19	Yopal	9,98

Fuente: ASIS, Casanare 2019

### 6. Resultados de la Priorización de la Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Tabla 12. Priorización de la Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB  
Nit. 800.228.493 - 1

CONTRIBUTIVO	GIMEN
CAPRESOCA EPS	EAPB
001	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
177	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	INDICADOR PRIORIZADO P1
000	CÓDIGO RIESGO P2
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
011	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Índice de envejecimiento	INDICADOR PRIORIZADO P2
007	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
338	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	INDICADOR PRIORIZADO P3
002	CÓDIGO RIESGO P4
Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
340	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo	INDICADOR PRIORIZADO P4
009	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o infecciones	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
344	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Costo total para la EAPB por la cuarta patología de alto costo	INDICADOR PRIORIZADO P5



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

SUBSIDIADO	GIMEN
CAPRESOCA EPS	EAPB
001	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
029	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Tasa de mortalidad por enfermedades sistema del circulatorio	INDICADOR PRIORIZADO P1
000	CÓDIGO RIESGO P2
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
238	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema urinario	INDICADOR PRIORIZADO P2
001	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
229	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	INDICADOR PRIORIZADO P3
000	CÓDIGO RIESGO P4
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
237	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema digestivo	INDICADOR PRIORIZADO P4
000	CÓDIGO RIESGO P5
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
265	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema digestivo	INDICADOR PRIORIZADO P5

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6323507 - 6348951



E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

Asamblea Departamental de Casanare





CONTRIBUTIVO	GIMEN
COOMEVA EPS S A	EAPB
003	CÓDIGO RIESGO P1
Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
325	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	INDICADOR PRIORIZADO P1
009	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o infecciones	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
327	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años	INDICADOR PRIORIZADO P2
007	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
200	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	INDICADOR PRIORIZADO P3
008	CÓDIGO RIESGO P4
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
365	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	INDICADOR PRIORIZADO P4
007	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
192	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	INDICADOR PRIORIZADO P5



SUBSIDIADO	GIMEN
COOMEVA EPS S A	EAPB
003	CÓDIGO RIESGO P1
Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
325	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	INDICADOR PRIORIZADO P1
009	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o infecciones	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
327	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años	INDICADOR PRIORIZADO P2
007	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
200	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	INDICADOR PRIORIZADO P3
008	CÓDIGO RIESGO P4
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
365	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	INDICADOR PRIORIZADO P4
007	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
192	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	INDICADOR PRIORIZADO P5

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Proviende - Teléfono 6323507 - 6348951



Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





EXCEPCION	GIMEN
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	EAPB
001	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
314	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB	INDICADOR PRIORIZADO P1
001	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
323	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P2
012	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
215	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	INDICADOR PRIORIZADO P3
008	CÓDIGO RIESGO P4
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
178	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	INDICADOR PRIORIZADO P4
000	CÓDIGO RIESGO P5
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
349	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Número de personas en la EAPB afectadas por el primer evento de alto costo	INDICADOR PRIORIZADO P5





EXCEPCION	GIMEN
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	EAPB
000	CÓDIGO RIESGO P1
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
316	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Porcentaje de personas atendidas por signos y síntomas mal definidos por EAPB	INDICADOR PRIORIZADO P1
001	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
323	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P2
001	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
321	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P3
012	CÓDIGO RIESGO P4
Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
179	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por causas externas	INDICADOR PRIORIZADO P4
009	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o infecciones	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
175	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	INDICADOR PRIORIZADO P5

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6323507 - 6348951



Asamblea Departamental de Casanare

www.asamblea-casanare.gov.co

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





EXCEPCION	GIMEN
ECOPETROL S.A.	EAPB
001	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
229	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	INDICADOR PRIORIZADO P1
001	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
245	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio	INDICADOR PRIORIZADO P2
007	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
244	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias	INDICADOR PRIORIZADO P3
001	CÓDIGO RIESGO P4
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
177	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	INDICADOR PRIORIZADO P4
001	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
229	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus	INDICADOR PRIORIZADO P5





CONTRIBUTIVO	GIMEN
EPS SANITAS	EAPB
007	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
200	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	INDICADOR PRIORIZADO P1
005	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
225	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingida intencionalmente (suicidios)	INDICADOR PRIORIZADO P2
001	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
212	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	INDICADOR PRIORIZADO P3
001	CÓDIGO RIESGO P4
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
207	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas	INDICADOR PRIORIZADO P4
001	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
358	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P5





SUBSIDIADO	GIMEN
EPS SANITAS	EAPB
007	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
200	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	INDICADOR PRIORIZADO P1
005	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
225	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	INDICADOR PRIORIZADO P2
001	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
212	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	INDICADOR PRIORIZADO P3
001	CÓDIGO RIESGO P4
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
207	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas	INDICADOR PRIORIZADO P4
001	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
358	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P5



CONTRIBUTIVO	GIMEN
Medimas EPS S.A.S	EAPB
001	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
358	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P1
001	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
359	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P2
001	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
359	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P3
008	CÓDIGO RIESGO P4
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
363	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	INDICADOR PRIORIZADO P4
008	CÓDIGO RIESGO P5
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
365	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	INDICADOR PRIORIZADO P5







CONTRIBUTIVO	GIMEN
NUEVA EPS	EAPB
008	CÓDIGO RIESGO P1
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
072	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Porcentaje de muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	INDICADOR PRIORIZADO P1
001	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
177	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	INDICADOR PRIORIZADO P2
001	CÓDIGO RIESGO P3
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
358	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P3
007	CÓDIGO RIESGO P4
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
197	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	INDICADOR PRIORIZADO P4
009	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o infecciones	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
255	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	INDICADOR PRIORIZADO P5





SUBSIDIADO	GIMEN
NUEVA EPS	EAPB
001	CÓDIGO RIESGO P1
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P1
359	CÓDIGO INDI. PRIO. P1
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P1
001	CÓDIGO RIESGO P2
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	NOMBRE GRUPO RIESGO P2
358	CÓDIGO INDI. PRIO. P2
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	INDICADOR PRIORIZADO P2
000	CÓDIGO RIESGO P3
Sin Grupo de Riesgo Clasificado	NOMBRE GRUPO RIESGO P3
254	CÓDIGO INDI. PRIO. P3
Tasa de mortalidad en la niñez	INDICADOR PRIORIZADO P3
008	CÓDIGO RIESGO P4
Población en condición materno –perinatal	NOMBRE GRUPO RIESGO P4
317	CÓDIGO INDI. PRIO. P4
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	INDICADOR PRIORIZADO P4
007	CÓDIGO RIESGO P5
Población con riesgo o presencia de cáncer	NOMBRE GRUPO RIESGO P5
197	CÓDIGO INDI. PRIO. P5
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	INDICADOR PRIORIZADO P5







## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 7. Configuración y Priorización en Salud

### 8. Componente Estratégico de Mediano Plazo del Plan Territorial de Salud

#### 8.1. Visión

Casanare a 2023 será reconocido como un Departamento líder en la gestión integral y desarrollo sostenible en salud con rectoría, gobernanza, gobernabilidad, estabilidad y desarrollo institucional, asegurando la garantía del derecho a la salud y calidad de vida mediante la afectación positiva de determinantes sociales, cobertura universal, fortalecimiento de la red pública hospitalaria y acceso de servicios de salud con calidad, eficiencia y humanización.

#### 8.2. Objetivos estratégicos (desafíos/prioridades)

##### 8.2.1 Objetivos estratégicos PTS

8.2.1.1 Garantizar el aseguramiento y acceso de las personas a los servicios de salud Integrales, Integrados y continuos con calidad, eficiencia y humanización, mediante la implementación de acciones coordinadas de la autoridad sanitaria y con los diferentes actores del sistema en el marco de sus competencias legales con suficiencia de oferta de servicios, red hospitalaria modernizada y acorde con las necesidades en salud de la población.

8.2.1.2 Mejorar las condiciones de salud de la población mediante la gestión articulada de actores sectoriales, transectoriales, institucionales y comunitarios liderados por la Entidad Territorial para la obtención de logros y resultados en la salud de las personas, familias y comunidades reconociendo la diversidad poblacional, demográfica y epidemiológica, el curso de vida, los entornos y el enfoque diferencial y de derechos.

8.2.1.3 Fortalecer la gestión de la autoridad sanitaria, la gobernanza y la garantía del derecho a la salud de la población con cero tolerancia frente a la morbilidad mortalidad y discapacidad evitables, generando capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad intervengan y modifiquen los determinantes Sociales de la Salud en el Departamento de Casanare.

8.2.1.4 Fortalecer los procesos de planeación integral y de ejecución de planes, programas, estrategias y acciones bajo criterios de calidad, integralidad, continuidad y oportunidad, orientados a lograr la reducción de las inequidades y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud,

#### 8.3 Resultados (metas sanitarias de dimensión o resultado)

**PROGRAMA: ES EL TIEMPO DE LA SALUD, CON DIGNIDAD HUMANA Y RESPETO A LA VIDA.**



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Resultado	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Disminuir la Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a 2,5 por cada 100.000 niños y niñas.	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.	Tasa	2,7	2,5
Adoptar e Implementar el Modelo de Inspección, Vigilancia y control sanitario en el marco de los lineamientos nacionales	Modelos de Inspección, Vigilancia y control sanitario adoptados e implementados	Número	0	1
Posicionar y fortalecer un espacio de Gestión Intersectorial en Salud Ambiental en el Departamento	Espacios de gestión Intersectorial en Salud Ambiental posicionados y fortalecidos	Número	1	1
Mantener en cero (0) la Tasa de mortalidad por rabia humana	Tasa Mortalidad por rabia humana	Tasa	0	0
Mantener por debajo de 28,2 la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	Tasa	28,2	<28,2
Disminuir la Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en el Departamento	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 años por 100.000	Tasa	138	132
Reducir la tasa de prevalencia del consumo de Sustancias Psicoactivas	Tasa de prevalencia del Consumo	Tasa	6,3	<6,30
Reducir la tasa de mortalidad por lesiones autoinflingida intencionalmente	Tasa de Mortalidad por lesiones autoinflingida	Tasa	5,5	<5,5
Mantener la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar 94.98	Tasa de incidencia de violencia Intrafamiliar	Tasa	94,98	94,98
Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años	Prevalencia desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años	Porcentaje	8,4	8
Reducir la prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas menores de 5 años	Prevalencia desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años	Porcentaje	2,8	2,5

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
 E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Resultado	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Reducir la prevalencia de exceso de peso en menores de 5 años	Prevalencia exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años	Porcentaje	5,2	5
Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición en la niñez	Tasa de mortalidad por desnutrición en la niñez	Tasa	6,7	6
Disminuir la incidencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos a 30 casos por 100.000 habitantes	Tasa de incidencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA	Tasa	30	29
Disminuir la incidencia de los casos de Sífilis Congénita por debajo de 2 por 1.000 NV en el Departamento de Casanare	Tasa de incidencia de Sífilis congénita	Tasa	2.34	2
Mantener la razón de mortalidad Materna evitable por debajo de 49 por 100.000 NV	Razón de Mortalidad Materna	Razón de mortalidad materna	15.52 por 100.000 NV.	49 por 100.000 NV.
Disminuir a 61 la tasa específica de fecundidad en mujeres Adolescentes de 15 a 19	Tasa de Específica de Fecundidad en Adolescentes	Tasa	62.7 por 1.000 NV	61
Mantener por debajo del 2% la Trasmisión materno infantil del VIH en el Departamento de Casanare	Trasmisión materno infantil del VIH en el Departamento	Porcentaje	0	0
Mantener en cero la mortalidad por enfermedades Inmunoprevenibles en menores de seis años	Muertes por enfermedades Inmunoprevenibles en menores de seis años	Número	0	0
Mantener la de tasa de mortalidad por Tuberculosis en 1,08 muertes por 100.000 habitantes en el departamento de Casanare.	Tasa de mortalidad por TB	Tasa	1,08	1,08
Mantener la tasa de discapacidad grado II en personas nuevas afectadas por Hansen en 0,26 casos por 100,000 habitantes	Tasa de discapacidad grado II en personas nuevas afectadas por Hansen	Tasa	0,26	0,26
Mantener la Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años en	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa	13,54	13,54



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Resultado	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
13.54 por cada 100.000 niños y niñas.				
Mantener la letalidad por dengue menor de 0,5 % al año	Letalidad anual por dengue	Porcentaje	0,3	0,5
Reducir la letalidad por Enfermedad de Chagas en fase aguda menor al 5% al año	Letalidad anual por Chagas en fase aguda	Porcentaje	0	0
Fortalecer las instancias de gestión intersectorial de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Departamento	Instancias de gestión intersectorial a nivel departamental y Municipal fortalecidas	Número	1	8
Disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9 por 1.000 nacidos vivos.	Tasa de Mortalidad en menores de cinco años.	Tasa	10	9
Disminuir la tasa de mortalidad infantil en el Departamento a 10 por 1000 nacidos vivos.	Tasa de mortalidad infantil ajustada en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	Tasa	12	10
Implementar y monitorear el plan de territorial de salud departamental	Planes territoriales de salud implementados y monitoreados	Número	1	1
Garantizar el acceso y cobertura universal a la prestación de servicios de salud a la población en el Departamento de Casanare	Población afiliada al sistema general de seguridad social en salud	Porcentaje	100	100
Fortalecer la capacidad resolutoria de la Red pública de prestación de servicios de Salud con condiciones de integralidad, calidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad financiera	Redes integradas de prestación de servicios de salud fortalecidas	Número	0	1





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

**8.4.1 Metas sanitarias de Componente o producto**

**Subprograma Atención integral, integrada y continua con calidad, eficiencia, humanización, cobertura y acceso universal**

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Garantizar la sostenibilidad de la afiliación de la población al régimen subsidiado a cargo del Departamento	Financiación del régimen salud a cargo del departamento garantizada	Porcentaje	100	100
Implementar acciones de gestión, inspección y vigilancia al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud en el Departamento	Acciones de gestión, inspección y vigilancia del aseguramiento y prestación de servicios de salud implementadas	Porcentaje	100	100
Realizar el pago por prestación de servicios de salud a cargo del Departamento	Pago realizado por prestación de servicios de salud a PPNA y No PBS	Porcentaje	50	80
Reorganizar, modernizar e implementar la red pública de prestación de servicios de Salud en el Departamento	Red de prestación de servicios de Salud reorganizadas, modernizadas e implementadas	Número	1	1

**Subprograma Salud pública, sanitaria, individual y colectiva, con reconocimiento de la diversidad e inclusión social**

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Formular, implementar y evaluar anualmente el plan de acción del Consejo Territorial de Salud Ambiental y el de las mesas Temáticas	Planes de Acción formulados, implementados y evaluados anualmente	Número	5	6
Elaborar mapa de riesgo de la calidad del agua de los sistemas de suministro de Agua para Consumo humano	Sistemas de suministro de Agua con Mapa de Riesgo elaborados	Porcentaje	66%	34%
Vigilar los sistemas de suministro de Agua para consumo del área rural	Sistemas de suministro de Agua para consumo humano del área rural vigilados	Porcentaje	40%	40%




## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Vigilar los sistemas de suministro de Agua para consumo del área urbana	Sistemas de suministro de Agua para Consumo Humano del Área Urbana vigilados	Porcentaje	100%	100%
Vigilar y controlar los establecimientos de interés sanitario de alto Riesgo	Establecimientos de interés sanitario de alto riesgo vigilados	Porcentaje	60%	80%
Vigilar y controlar los establecimientos de Bajo Riesgo	Establecimientos de bajo riesgo vigilados	Porcentaje	40%	40%
Implementar una estrategia de movilidad segura y saludable	Estrategias implementadas	Número	1	1
Realizar acciones para el aseguramiento sanitario de tres cadenas productivas del Departamento de Casanare	Cadenas productivas con acciones de aseguramiento sanitario	Número	0	3
Mantener coberturas útiles de vacunación antirrábica en perros y gatos en el Departamento de Casanare	Cobertura de Vacunación antirrábica en perros y gatos mantenida	Porcentaje	90%	90%
Implementar en los actores del SGSSS las herramientas técnicas de las rutas, estrategias, programas y lineamientos para Enfermedades crónicas No transmisibles, Salud Bucal Visual y Auditiva	Actores del SGSSS con herramientas técnicas de las rutas, estrategias, programas y lineamientos implementados	Porcentaje	100%	100%
Implementar el plan de gestión integral del riesgo, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles, alteraciones visuales, bucales y auditivas.	Planes de Gestión Integral del Riesgo de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades no transmisibles, alteraciones visuales, bucales y auditivas. implementados	Número	1	1
Implementar una estrategia departamental orientada al	Estrategias implementadas	Número	0	1

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
<p>involucramiento parental en los entornos educativo, familiar y comunitario.</p> <p>Realizar la formulación, implementación y seguimiento de Planes integrales de drogas municipales y un plan Departamental</p>	Planes integrales formulados, implementados y con seguimiento	Número	0	20
<p>Adoptar e implementar la política pública de salud mental y drogas en el Departamento de Casanare.</p>	Políticas de salud mental y drogas adoptadas e implementadas	Número	0	1
<p>Implementar estrategia para la prevención de las violencias de género, factores asociados en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.</p>	Estrategias implementadas	Número	0	1
<p>Fortalecer los comités SAN municipales Departamental para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación</p>	Comités SAN fortalecidos	Número	20	20
<p>Realizar seguimiento y monitoreo al Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional – SISVAN de las UPGD.</p>	UPGD con seguimiento y monitoreo al SISVAN	Porcentaje	100%	100%
<p>Vigilar y controlar los establecimientos de interés sanitario de alto riesgo de alimentos y bebidas</p>	Establecimientos de interés sanitario de alto riesgo de alimentos y bebidas vigilados y controlados	Porcentaje	60%	60%
<p>Garantizar el acceso al Diagnóstico y tratamiento oportuno de la Sífilis Gestacional a las Gestantes del Departamento</p>	Gestantes Diagnosticadas con tratamiento para Sífilis Gestacional	Porcentaje	SD	100%



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Garantizar el acceso oportuno de las gestantes a la Ruta Materno perinatal desde las Intervenciones individuales y colectivas en el Departamento de Casanare.	IPS con Ruta Materno Perinatal Implementada y operando	Porcentaje	0%	100%
Implementar en Instituciones públicas y/o Privadas del Departamento las Estrategias integradas IAMII-Maternidad Segura	IPS con Implementación de estrategias Integradas IAMII-Maternidad Segura	Número	0	5
Fortalecer los servicios de salud amigables para adolescentes y Jóvenes en la Red Pública de salud	Servicios de salud Amigables para adolescentes y Jóvenes fortalecidos	Número	1	5
Mantener el acceso Universal a la terapia Anti Retro Viral de las personas Diagnosticadas con VIH que lo requieran en el Departamento	Terapia Anti Retroviral en personas Diagnosticadas con VIH con necesidad del tratamiento	Porcentaje	100%	100%
Implementar y mantener en los municipios del departamento el Plan estratégico Casanare Hacia el fin de la Tuberculosis.	Municipios del departamento con Plan estratégico hacia el fin de TB, implementado y mantenido.	Número	0	19
Implementar y mantener en los municipios del departamento el Plan de prevención y control de enfermedad de Hansen (Lepra)	Municipios del departamento con Plan estratégico de prevención y control de enfermedad de Hansen (Lepra) implementado y mantenido	Número	0	19
Implementar las estrategias institucional, comunitaria e intersectorial del programa nacional de IRA en los municipios del Departamento.	Municipios con estrategias institucional, comunitaria e intersectorial implementada	Número	0	19





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Implementar y mantener los planes integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas en los municipios del departamento	Municipios con planes integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las EID implementados y mantenidos	Número	0	19
Mantener la cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional PAI, en los niños menores de seis años.	Cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional PAI mantenidos	Porcentaje	95%	95%
Implementar Plan de reducción de letalidad/mortalidad por dengue en instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento de Casanare.	Planes de reducción de letalidad implementados	Número	0	1
Implementar un Plan de inspección sanitaria, vigilancia entomológica, educación en salud y control integral de vectores en los entornos de vida cotidiana en los municipios del Departamento	Planes de inspección sanitaria, vigilancia entomológica, educación en salud y control integral de vectores implementados	Número	0	1
Mantener sistema integrado de análisis de información (entomológica, epidemiológica, agentes etiológicos y espacial) de la transmisión de arbovirosis en el departamento.	Sistemas integrado de análisis de información (entomológica, epidemiológica, agentes etiológicos y espacial) de la transmisión de arbovirosis mantenidos	Número	1	1
Mantener el estatus de interrupción de la transmisión intradomiciliar de la Enfermedad de Chagas en los municipios del departamento.	Municipios con estatus de interrupción de la transmisión intradomiciliar de la Enfermedad de Chagas mantenida	Número	8	8



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Preparar para evaluación del estatus de interrupción intradomiciliar de la Enfermedad de Chagas los municipios del departamento de Casanare.	Municipios preparados para evaluación del estatus de interrupción intradomiciliar de la Enfermedad de Chagas.	Número	4	4
Adoptar, adaptar e implementar la Ruta Integral de Atención en salud en Enfermedad de Chagas.	Rutas Integrales de Atención en salud en Enfermedad de Chagas Adoptadas, adaptadas e implementadas.	Número	0	1
Implementar acciones de gestión integral, para la prevención, control y vigilancia de las enfermedades zoonóticas en los municipios del departamento	Municipios con acciones de gestión integral, para la prevención, control y vigilancia de las enfermedades zoonóticas implementadas	Número	19	19
Vigilar los planes hospitalarios de emergencias de la red pública de prestación de servicios de salud e implementación de Índice de Seguridad Hospitalaria a hospitales priorizados.	Planes hospitalarios de emergencias vigilados.	Porcentaje	100	100
Implementar estrategia de articulación intersectorial a los diferentes actores del sistema de seguridad y salud en el trabajo	Hospitales con Índice de seguridad Hospitalaria implementado	Número	0	2
Realizar la identificación y caracterización demográfica y epidemiológica de la población trabajadora informal del Departamento.	Estrategias de articulación intersectorial implementadas	Número	0	1
	Caracterizaciones Realizadas	Número	1	1





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Vigilar por laboratorio los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano del área urbana y del área rural.	Acueductos urbanos vigilados por laboratorio	Porcentaje	100	100
	Acueductos rurales vigilados por laboratorio	Porcentaje	40	40
Vigilar por laboratorio las muestras recibidas de alimentos provenientes de la cadena de distribución y comercialización	Muestras de alimentos recibidas con análisis microbiológico	Porcentaje	100	100
Mantener la vigilancia entomológica por laboratorio de las ETV en los municipios del Departamento	Vigilancia entomológica por laboratorio de las ETV mantenida	Porcentaje	100	100
Verificar laboratorios clínicos, de citohistopatología y ambientales de la red del departamento, bajo la resolución de estándares de calidad en salud pública y evaluación del desempeño	Laboratorios clínicos, de citohistopatología y ambientales de la red del departamento verificados y evaluados	Porcentaje	50	90
Acreditar pruebas en Calidad en el Laboratorio de Salud Pública	Pruebas acreditadas	Número	0	2
Aumentar la capacidad resolutoria del Laboratorio de Salud Pública mediante la implementación de dos áreas analíticas	Nuevas áreas analíticas implementadas	Número	0	2
Realizar asistencia técnica, seguimiento y evaluación a los municipios del Departamento en la formulación e implementación de los planes territoriales de Salud	Municipios con asistencia técnica, seguimiento y evaluación a los planes de salud territoriales	Número	19	19
	Municipios con asistencia técnica, seguimiento y evaluación al Plan de intervenciones colectivas	Número	19	19
Mantener la operación del sistema de vigilancia de				



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Implementar estrategia de Intervención de la exposición a los factores de riesgo más prevalentes por actividad económica, en los entornos de trabajo de la población trabajadora informal del Departamento.	Estrategias de intervención implementadas en el Departamento	Número	0	1
Implementar estrategia de fortalecimiento de capacidades, promoción y prevención orientada al desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes	Estrategias de fortalecimiento implementadas en el Departamento	Número	0	1
Fortalecer y estructurar el modelo de salud propio e intercultural de los núcleos indígenas del Departamento de Casanare	Núcleos indígenas con fortalecimiento y estructuración del modelo de salud propio e intercultural	Número	0	3
Implementar el proceso de verificación para el cumplimiento de estándares mínimos de calidad de los Centros Vida y Centros de Bienestar y Protección para el Adulto Mayor del departamento de Casanare	Procesos de verificación implementados	Número	0	1
Implementar el Programa de Atención Psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto PAPSIVI en el departamento	Programas PAPSIVI implementados	Número	0	1
Posicionar el enfoque diferencial desde el sector salud en las mesas, comités, organizaciones de población vulnerable y actores del SGSSS	Espacios de participación o gestión con posicionamiento del enfoque diferencial desde el sector salud	Porcentaje	100	100
Mantener la operación anual del sistema de vigilancia en salud pública	Sistema de vigilancia en salud pública en operación	Porcentaje	100	100





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
riesgos ambientales y control sanitario	Sistema de vigilancia y control sanitario operando	Porcentaje	100	100
Implementar y fortalecer el observatorio de salud pública Departamental	Observatorios de Salud pública Departamental implementados	Número	0	1

**Subprograma Mejoramiento y gestión de la autoridad sanitaria para el fortalecimiento de la gobernanza y la garantía del derecho a la salud de la población**

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Implementar sistema de información en salud interoperable en la Red de prestación de servicios de Salud, con articulación y gestión de los procesos de la Secretaría Departamental de salud	Sistemas de información en salud interoperables con articulación y gestión de los procesos	Numero	0	1
Fortalecer los procesos de planeación integral en salud, calidad, seguimiento y evaluación al PTS, asistencia, y evaluación de proyectos.	Procesos fortalecidos	Porcentaje	50	100
Realizar la inspección, vigilancia y evaluación de los procesos de gestión del aseguramiento y gestión de la prestación de servicios de salud en los municipios del Departamento	Municipios del Departamento con inspección, vigilancia y evaluación	Numero	19	19
Implementar acciones de inspección, vigilancia y control al Fondo Departamental y a los fondos locales de salud	Fondos de Salud con acciones de inspección, vigilancia y Control	Numero	19	19
Implementar acciones de inspección y vigilancia a la red pública de prestación de servicios de salud en el componente financiero	Acciones de inspección y vigilancia implementadas	Porcentaje	100	100



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Fortalecer las entidades públicas descentralizadas del orden departamental y/o municipal integrantes del SGSSS	Entidades Púlicas fortalecidas	Porcentaje	50	75
Mantener la auditoria a la facturación correspondiente a la prestación de servicios de salud a cargo del departamento	Auditoria a la Facturación correspondiente a la prestación de servicios de salud a cargo del departamento	Porcentaje	80	80
Inspeccionar, vigilar y controlar anualmente los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía Calidad	Prestadores de servicios de salud con IVC en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía Calidad	Porcentaje	25	25
Realizar inspección y Vigilancia al mantenimiento hospitalario de la Red pública y la red privada de prestación de servicios de salud de conformidad con la normatividad vigente	Red pública de prestación de servicios de salud con inspección y vigilancia a los planes de mantenimiento hospitalario	Porcentaje	100	100
	Red privada de prestación de servicios de salud con inspección y vigilancia a los planes de mantenimiento hospitalario	Porcentaje	70	70
Implementar el Sistema Emergencias Médicas Departamental con cumplimiento en el direccionamiento, coordinación no asistencial y operadores asistenciales	Sistemas Emergencias Médicas Departamental implementados	Número	0	1
Implementar el proceso de certificación para las personas con discapacidad en el Departamento de Casanare	Procesos de certificación de personas con discapacidad implementados en el Departamento	Número	0	1





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Implementar la política de participación social Salud en el Departamento de Casanare	Políticas de participación social Salud en el Departamento de Casanare implementadas	Numero	1	1
Inspeccionar y Vigilar la operatividad de los servicios de atención comunidad SAC municipales	Servicios de atención comunidad SAC inspeccionados y vigilados	Porcentaje	100	100
Implementar el servicio de información, atención a la comunidad para la garantía del derecho a la salud	Servicios de información, atención a la comunidad para la garantía del derecho a la salud implementados	Numero	0	1

**Subprograma Mejoramiento de la infraestructura y dotación para la salud con enfoque de eficiencia, eficacia y seguridad para la red pública de prestación de servicios de salud**

Meta de Producto	Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta Plan
Construcción y adecuación de la infraestructura física y/o equipamiento de la Red Pública de prestación de servicios de salud en el Departamento	Infraestructura hospitalaria y equipamiento de la red pública construida y/o adecuada	Número	5	5
Fortalecer la Red Pública Departamental con dotación hospitalaria, tecnológica y operativa para la prestación de servicios de salud	Instituciones de servicios de salud fortalecidas	Número	1	3

**9. Componente Operativo y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud**

El formato de inversión plurianual PDD-PTS, hace parte integral del presente documento.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

# ANEXOS



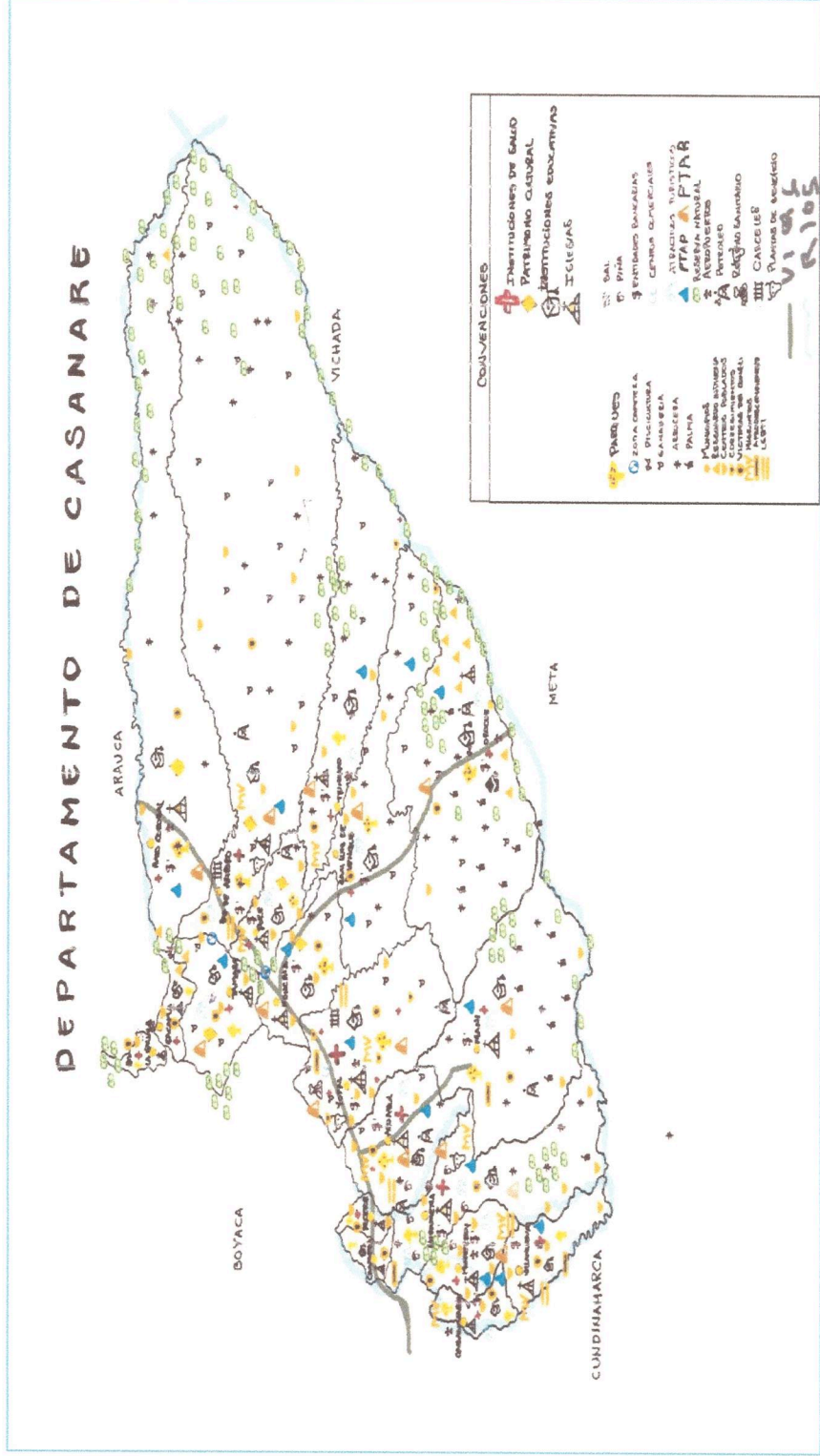


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 1. MAPAS

Mapa 1 Físico-espacial (PASE)



Fuente: Mapa Reconocimiento de la Base Física – Espacial del territorio (Taller - Desarrollo estrategia PASE a la Equidad en Salud Casanare, 2020)

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951



Asamblea Departamental de Casanare

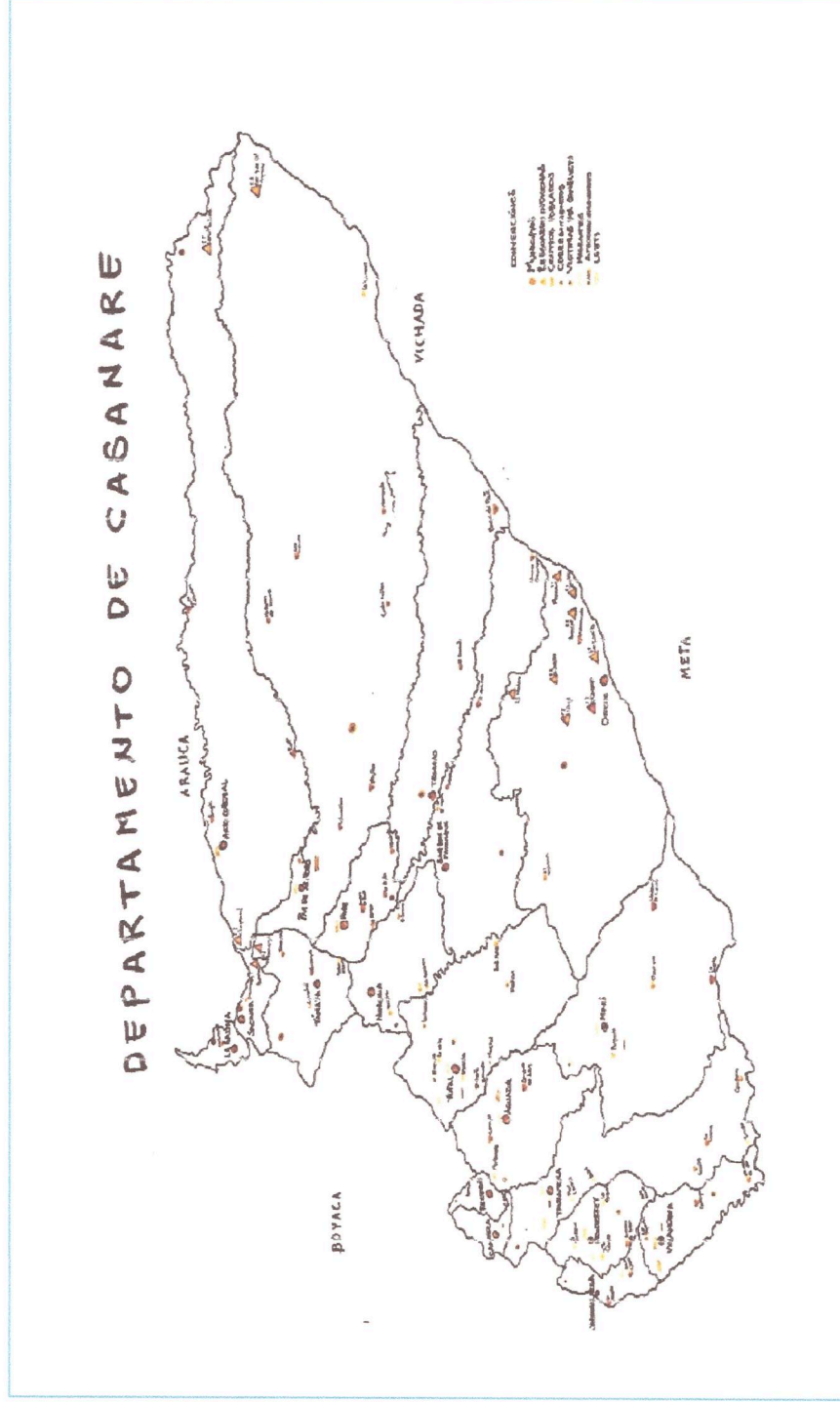
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



# ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1



Fuente: Mapa Reconocimiento de la Base Física – Espacial del territorio POBLACIONAL (Taller - Desarrollo estrategia PASE a la Equidad en Salud Casanare, 2020)

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6345951

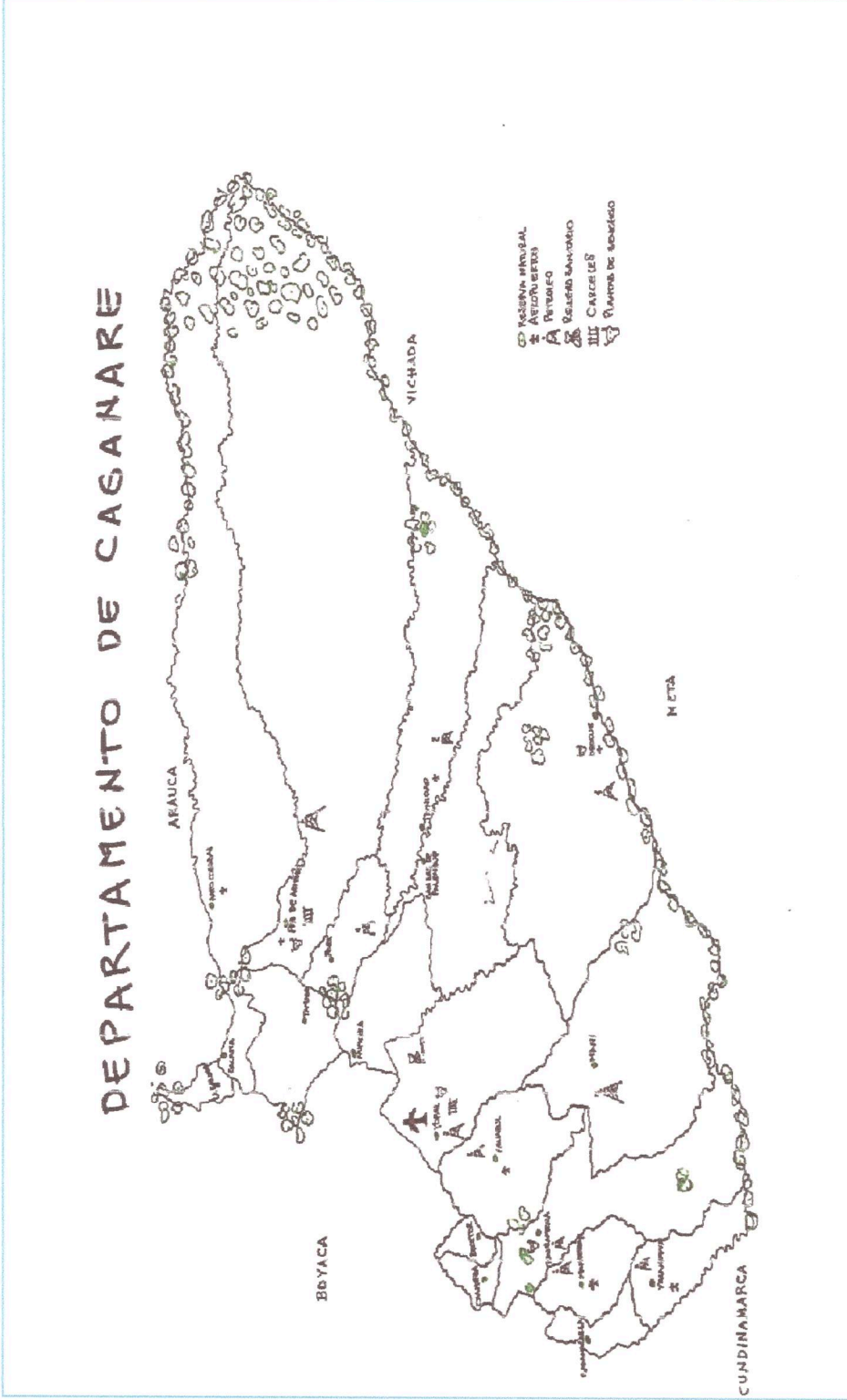
 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





# ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1



Fuente: Mapa Reconocimiento de la Base Físico – Espacial del territorio AMBIENTAL (Taller - Desarrollo estrategia PASE a la Equidad en Salud Casanare, 2020)

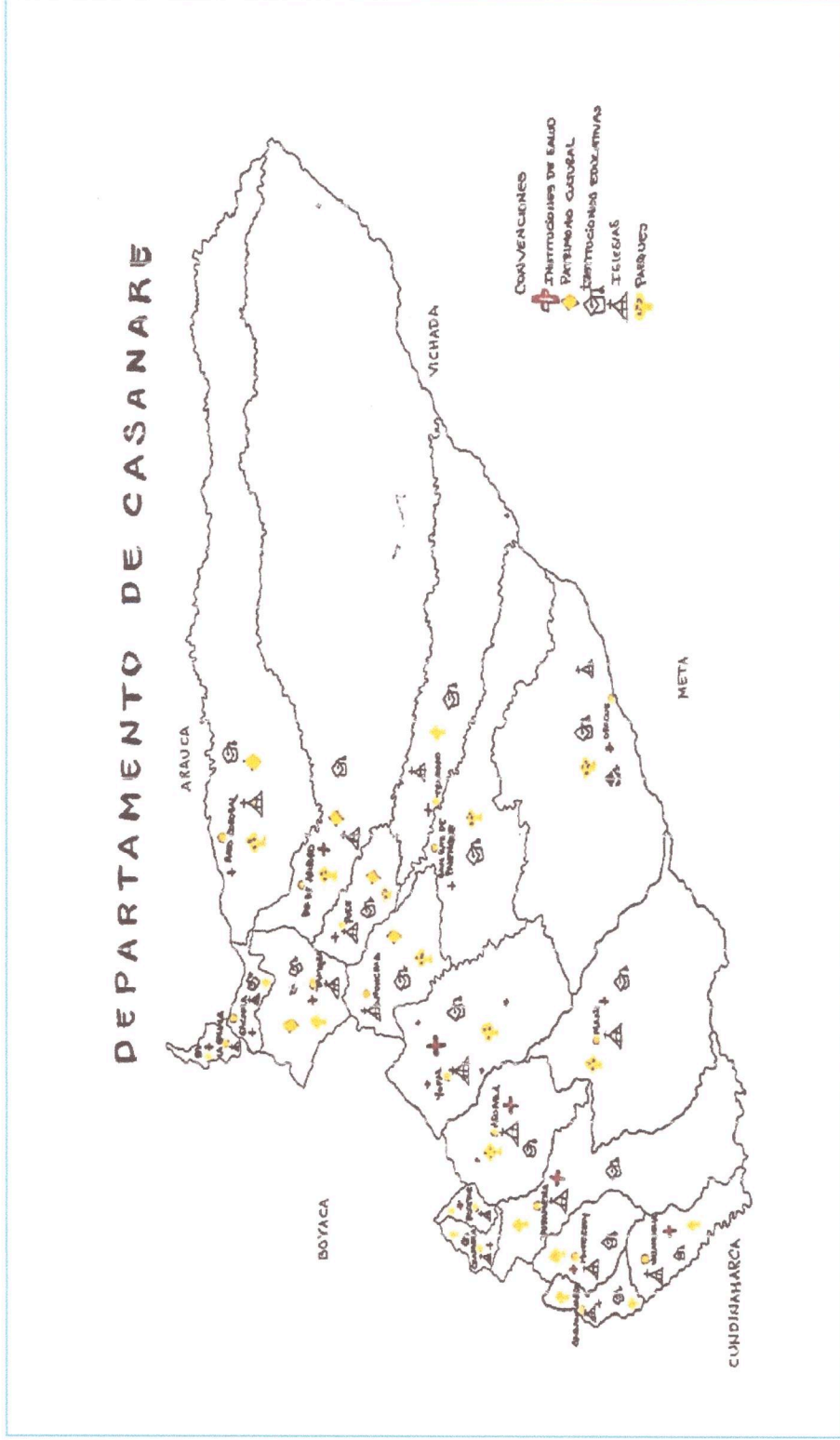
CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6345951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



# ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1



Fuente: Mapa Reconocimiento de la Base Físico – Espacial del territorio SOCIAL (Taller - Desarrollo estrategia PASE a la Equidad en Salud Casanare, 2020)

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)







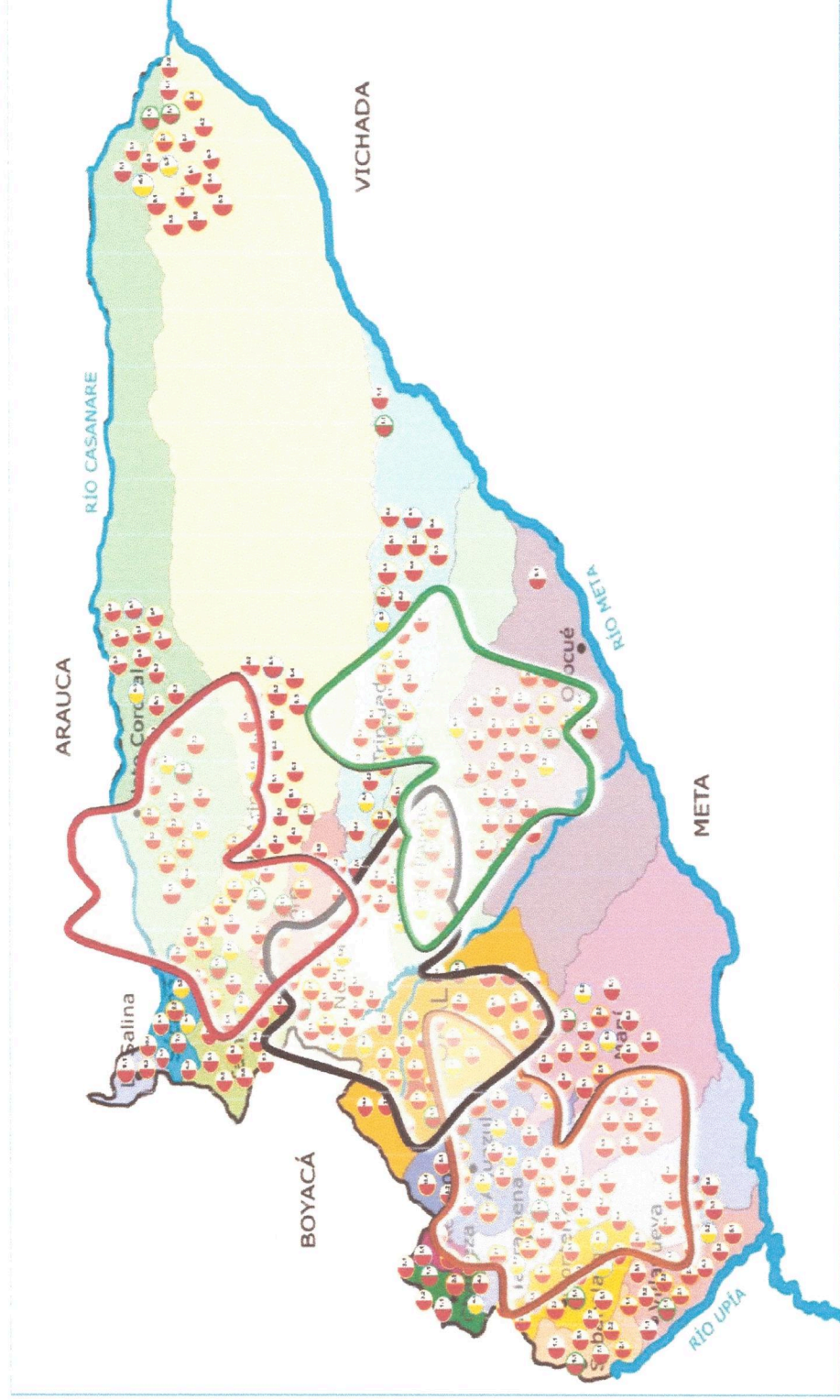




# ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### Mapa 3 Identificación de racimos y ejes estructurantes



Fuente: Mapa Identificación de Racimos y ejes estructurantes (Taller - Desarrollo estrategia PASE a la Equidad en Salud Casanare, 2020)

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6346951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 2. TABLAS

Tabla 1 Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (poblacional)

Tabla 2 Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

Tabla 3 Reconocimiento de las dinámicas básicas de salud y ASIS

Tabla 4 Implicaciones de las dinámicas PASE en las condiciones de salud de la población.

Tabla 5-6 Identificación y valoración de las tensiones y proyección de tensiones.

Tabla 7 Transformación esperada de tensiones

Tabla 8 Objetivos y metas estratégicas

Tabla 9 Cadena de valor público en salud

Tabla 10 Vinculación de las metas y estrategias del PTS con las metas y estrategias del PDSP

Tabla 11 Definición de programas y subprogramas del PTS

Tabla 12 Componente de inversión plurianual del PTS

### 3. DOCUMENTOS

-Documento: ASIS, Análisis de la Situación de Salud, Casanare 2019.





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---


# Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2019

Gobernación de Casanare  
Secretaría Departamental de Salud  
Oficina de Epidemiología

Yopal Casanare 2019

---

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



Análisis de la Situación de Salud, Casanare 2019

Secretaría Departamental de Salud

Elaboración

Ovidio Muñoz Suarez

Profesional Especializado Oficina de Epidemiología

Carrera 21 8- 32 Yopal Casanare

Correo electrónico: [salud.epidemiologia@casanare.gov.co](mailto:salud.epidemiologia@casanare.gov.co)





## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO .....	3
PRESENTACIÓN .....	16
INTRODUCCIÓN.....	17
METODOLOGÍA .....	19
SIGLAS .....	21
CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO .....	23
1. Contexto territorial.....	24
1.1. Localización.....	24
1.2. División político Administrativa .....	25
Aguazul .....	25
Hato Corozal.....	25
Maní .....	26
Monterrey .....	26
Nunchía.....	26
Orocué .....	26
Paz de Ariporo.....	26
Pore .....	26
Recetor.....	26
Sabanalarga .....	27
Sácama .....	27
Támara.....	27
Tauramena .....	27
Trinidad .....	27
1.3. Características físicas del territorio .....	28
1.4. Accesibilidad geográfica.....	31
1.5. CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	33
1.5.1. Tamaño y Volumen de la Población .....	33
1.5.2. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado .....	35



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

1.5.3.	Grado de urbanismo .....	36
1.5.4.	Número de hogares .....	38
1.5.5.	Población por pertenencia étnica .....	40
1.5.6.	Estructura poblacional.....	41
1.5.7.	Población por momento de curso de vida.....	43
1.6.	Dinámica demográfica.....	45
1.6.1.	Crecimiento .....	45
1.6.2.	Fecundidad.....	46
1.7.	Esperanza de vida .....	50
1.8.	Movilidad forzada.....	51
1.9.	Dinámica Migratoria población venezolana.....	53
1.9.1.	Índices demográficos de la población migrante: .....	55
1.10.	Conclusiones contexto territorial y demográfico .....	58
CAPÍTULO II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD POBLACIONAL .....		59
2.	Análisis de los determinantes intermedios de la salud .....	60
2.1.	Pobreza .....	60
2.2.	Educación.....	61
2.2.1.	Cobertura Bruta de educación.....	61
2.3.	Circunstancias materiales: servicios públicos .....	63
2.3.1.	Condiciones de vida.....	63
2.3.2.	Cobertura de acueducto.....	63
2.3.3.	Cobertura de Alcantarillado.....	64
2.3.4.	Índice de riesgo calidad del agua (IRCA).....	65
2.4.	Disponibilidad de alimentos .....	67
2.5.	Factores conductuales, psicológicos y culturales.....	68
Capítulo III. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional.....		71
3.	Cobertura de afiliación a la seguridad social en salud.....	72
3.1.	Afiliación según EPS y Régimen de Seguridad Social .....	73
3.2.	Infraestructura.....	74
3.2.1.	Prestación de servicios: Capacidad instalada.....	74
3.2.2.	Acceso a servicios básicos de salud .....	78





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

3.2.3.	Semaforización del sistema sanitario de Casanare.....	82
Capítulo IV. Situación Epidemiológica .....		85
4.	Morbilidad .....	86
4.1.	Morbilidad atendida por grupo de causas .....	86
4.2.	Morbilidad atendida por ciclo vital.....	86
4.2.1.	Morbilidad atendida por curso de vida en hombres .....	88
4.2.2.	Morbilidad atendida por curso de vida en mujeres:.....	89
4.3.	Morbilidad atendida por subgrupo de grupo causas.....	91
4.3.1.	Morbilidad atendida por subgrupo de causas en hombres .....	93
4.3.2.	Morbilidad atendida por subgrupo de causas en mujeres .....	95
4.4.	Morbilidad por eventos de salud mental.....	97
4.5.	Morbilidad de eventos de alto costo.....	99
4.6.	Morbilidad de eventos precursores.....	101
4.7.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria (ENOS).....	102
4.7.1.	Comportamiento 2007 a 2018.....	102
4.7.2.	Enfermedades transmisibles .....	103
4.7.2.1.	Inmunoprevenibles.....	103
4.7.2.2.	Parotiditis.....	104
4.7.3.	Enfermedades producidas por micobacterias .....	105
4.7.4.	Enfermedades transmitidas por vectores (ETV):.....	106
4.7.5.	Zoonosis:.....	108
4.7.6.	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.....	108
4.7.7.	Accidente ofídico .....	109
4.7.8.	Infecciones de transmisión sexual:.....	110
4.7.9.	Sífilis.....	111
4.8.	Enfermedades trasmitidas por alimentas y agua.....	112
4.9.	Infección respiratoria aguda (IRA) .....	112
4.10.	Factores de riesgo ambiental .....	114
4.10.1.	Intoxicación por sustancias químicas .....	114
4.10.2.	Enfermedad Diarreica Aguda .....	115
4.11.	Eventos de salud mental .....	116
4.11.1.	Intento de suicidio.....	116




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

4.11.2. Violencia de género .....	117
4.10.1. Alteración que más le afecta .....	119
4.10.2. Origen de la discapacidad .....	120
4.11. Identificación de prioridades principales en la morbilidad .....	121
4.12. Conclusiones morbilidad atendida .....	122
4.13. Mortalidad .....	123
4.13.1. Tasa bruta de mortalidad.....	124
4.11.3. Mortalidad general por grandes causas y años de vida potencialmente perdidos.....	125
4.11.4. <b>Mortalidad y Años de vida potencialmente perdidos</b> .....	128
4.11.4.1. Mortalidad y Años de vida potencialmente perdidos en hombres.....	129
4.11.4.2. Mortalidad y años de vida potencialmente perdido en mujeres .....	129
4.11.5. Mortalidad específica por subgrupo de causas .....	130
4.11.5.1. Enfermedades del sistema circulatorio.....	130
4.11.5.2. Las demás causas.....	132
4.11.6. Causas externas.....	134
4.11.7. Neoplasias.....	137
4.11.8. Enfermedades transmisibles .....	139
4.11.9. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal .....	141
4.11.10. <b>Semaforización de la mortalidad:</b> .....	143
4.12. Mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	144
4.12.1. Mortalidad materna.....	144
4.12.1.1. Mortalidad materna Etnia.....	145
4.12.1.2. Mortalidad materna por área.....	146
4.12.2. Mortalidad Infantil y en la niñez .....	147
4.12.2.1. Tasas específicas de mortalidad.....	147
4.12.2.1. Mortalidad Perinatal.....	147
4.12.2.1.1. Mortalidad Perinatal por resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal .....	147
4.12.2.1.2. Mortalidad Perinatal por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal .....	148
4.12.2.2. Mortalidad Neonatal.....	148
4.12.3. Mortalidad en la niñez .....	150
4.12.4. Mortalidad Infantil .....	150
4.12.4.1. Mortalidad infantil según subgrupo de causas.....	152
4.12.4.1.1. Mortalidad infantil en niños según subgrupos de causas .....	152

---

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

4.12.4.1.2.	Mortalidad infantil de niñas según subgrupo de causas.....	153
4.12.5.	Mortalidad de 1 a 4 años.....	153
4.12.5.1.	Mortalidad infantil en niños de 1 a 4 años por subgrupo de causas .....	154
4.12.5.2.	Mortalidad de niñas de 1 a 4 años según subgrupos de causas .....	155
4.12.6.	Mortalidad en la niñez .....	156
4.12.7.	Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA .....	159
4.12.8.	Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA .....	161
4.12.9.	Mortalidad por desnutrición crónica (DNT) .....	162
4.12.10.	Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	163
4.12.11.	Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil.....	164
4.13.	Conclusiones .....	166
CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD .....		168
5.	Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente .....	169
5.1.	Priorización de los problemas de salud.....	169
5.2.	Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS .....	174
Bibliografía .....		176



INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Población SISBEN y Población DANE. Casanare 2018.....	34
Figura 2. Porcentaje de urbanización. Casanare 1985- 2020.....	37
Figura 3. Hogares por área de residencia Casanare 2018. ....	39
Figura 4. Distribución de la población indígena de Casanare 2018.....	41
Figura 5. Pirámide poblacional. Casanare 2005, 2019 y 2020 .....	43
Figura 6. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios. Casanare 2005, 2019 y 2020 .....	44
Figura 7. Población por sexo y grupo de edad del departamento. Casanare 2019 .....	44
Figura 8. Dinámica demográfica en valores absolutos. Casanare 1985 – 2017 .....	45
Figura 9. Dinámica demográfica en tasas por 100 habitantes, Casanare 2005- 2017 .....	46
Figura 10. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad. Casanare 2005-2017 .....	46
Figura 11. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años. Casanare 2005 a 2017.....	47
Figura 12. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por municipio. Casanare 2015 a 2017 .....	48
Figura 13. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años. Casanare 2005 a 2017 .....	48
Figura 14. Promedio tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por municipio de residencia. Casanare 2015 a 2017.....	49
Figura 15. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años. Casanare 2005 a 2017 .....	49
Figura 16. Promedio tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años por municipio de residencia. Casanare 2015 a 2017.....	50
Figura 17. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Casanare 1885 – 2020.....	51
Figura 18. Estructura de la población desplazada, Casanare 2019 .....	51
Figura 19. Personas desplazadas por año de ocurrencia. Casanare 1985- 2019 .....	52
Figura 20. Personas desplazadas por municipio de ocurrencia. Casanare 1980- 2019....	53
Figura 21. Pirámide poblacional de la población migrante. Casanare 2019.....	55
Figura 22. Atenciones en salud población migrante según régimen de afiliación 2018.....	57
Figura 23. Cobertura total de acueducto según municipio. Casanare 2018.....	63
Figura 24. Cobertura total de alcantarillado según municipio. Casanare 2018 .....	64
Figura 25. Cobertura de aseo por municipio y por área. Casanare 2018.....	65
Figura 26. Índice de riesgo de la calidad del agua. Casanare 2018.....	66
Figura 27. Índice de riesgo de la calidad del agua por municipios. Casanare 2018 .....	67
Figura 28. Afiliación al sistema de seguridad social en Salud. Casanare 2018 .....	72
Figura 29. Afiliación a la seguridad social en salud por EPS y Régimen. Casanare 2018	73
Figura 30. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según municipio. Casanare 2017.....	78
Figura 31. Cobertura del parto institucional. Casanare 2005- 2017 .....	79





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Figura 32. Cobertura del parto institucional por municipio. Casanare 2017 .....	80
Figura 33. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado. Casanare 2005- 2017 .....	80
Figura 34. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2017 .....	81
Figura 35. Nacimientos por cesárea según municipio de residencia de la madre. Casanare 2017 .....	81
Figura 36. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Casanare 2018.....	100
Figura 37. Casos de varicela reportados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018..	103
Figura 38. Porcentaje de casos de varicela reportados al SIVIGILA por municipio. Casanare 2007 a 2018.....	104
Figura 39. Casos de parotiditis reportados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018 .....	104
Figura 40. Casos de Tuberculosis notificados al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018 .....	105
Figura 41. Casos de Tuberculosis notificados al SIVIGILA por municipio. Casanare 2018 .....	105
Figura 42. Eventos transmitidos por vectores notificados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018.....	106
Figura 43. Casos reportados de enfermedades transmitidas por Aedes aegypti por municipio. Casanare 2007 a 2018 .....	107
Figura 44. Casos de Chagas notificados por año al SIVIGILA. Casanare 2012- 2018....	107
Figura 45. Casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia reportados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018.....	108
Figura 46. Porcentaje de casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia reportados por municipio al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018.....	109
Figura 47. Casos de accidente ofídico reportados al SIVIGILA por año. Casanare 2007 a 2018.....	109
Figura 48. Porcentaje de casos de accidente ofídico reportados al SIVIGILA por Municipio. Casanare 2018 .....	110
Figura 49. Casos de VIH/sida reportados al SIVIGILA por año y municipio. Casanare 2008-2018.....	110
Figura 50. Casos de sífilis gestacional y sífilis congénita reportados a SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018.....	111
Figura 51. Casos de sífilis Gestacional reportados a SIVIGILA según municipio de procedencia. Casanare 2017, 2018 .....	111
Figura 52. Casos de Hepatitis A reportados. Casanare 2007 a 2017.....	112
Figura 53. Casos de Infección respiratoria aguda según grupos de edad. Casanare 2018 .....	113
Figura 54. Casos de infección respiratoria aguda según municipio. Casanare 2018 .....	113
Figura 55. Casos de intoxicación según tipo de sustancia reportados a Sivigila. Casanare 2007 a 2018.....	114
Figura 56. Casos de Enfermedad diarreica aguda por grupos de edad. Casanare 2018	115
Figura 57. Casos de enfermedad diarreica aguda según municipio. Casanare 2018.....	115





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 58. Casos de intento de suicidio reportados a SIVIGILA. Casanare 2016 a 2018	116
Figura 59. Casos de Violencia Intrafamiliar reportados al SIVIGILA. Casanare 2012 a 2018	118
Figura 60. Casos de Violencia Intrafamiliar reportados al SIVIGILA POR MUNICIPIO. Casanare 2018	118
Figura 61. Pirámide de población con discapacidad. Casanare 2019	119
Figura 62. Mortalidad según sexo. Casanare 2005- 2017	123
Figura 63. Tasa bruta de mortalidad según sexo del fallecido. Casanare 2005 a 2017	124
Figura 64. Tasa bruta de mortalidad por municipio de residencia del fallecido. Casanare 2017	124
Figura 65. Mortalidad por grandes causas. Casanare 2005- 2017	126
Figura 66. Mortalidad por grandes causas en hombres. Casanare 2005- 2017	127
Figura 67. Mortalidad por grandes causas en mujeres. Casanare 2005- 2017	127
Figura 68. Mortalidad y Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP) según grandes causas. Casanare 2005- 2017	128
Figura 69. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos y tasas específicas de AVPP en hombres según grandes causas, 2005-2017	129
Figura 70. Años de Vida Potencialmente Perdidos y tasas ajustadas de AVPP en mujeres según grandes causas, 2005-2017	130
Figura 71. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio. Casanare 2005 – 2017	131
Figura 72. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Casanare 2005 – 2017	131
Figura 73. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en y mujeres. Casanare 2005 – 2017	132
Figura 74. Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades. Casanare 2005 – 2017	132
Figura 75. Tasa de mortalidad ajustada en hombres para las demás enfermedades. Casanare 2005 – 2017	133
Figura 76. Tasa de mortalidad ajustada en mujeres para las demás enfermedades. Casanare 2005 – 2017	134
Figura 77. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas. Casanare 2005 – 2017	135
Figura 79. Tasa de mortalidad en hombres ajustada por edad para las causas externas. Casanare 2005 – 2017	136
Figura 80. Tasa de mortalidad en mujeres ajustada por edad para las causas externas. Casanare 2005 – 2017	136
Figura 81. Tasa de mortalidad ajustada por las neoplasias. Casanare 2005 – 2017	137
Figura 82. Tasa de mortalidad ajustada por las neoplasias en hombres. Casanare 2005 – 2017	138
Figura 83. Tasa de mortalidad ajustada por las neoplasias en mujeres. Casanare 2005 – 2017	138





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

Figura 84. Tasa de mortalidad ajustada por las enfermedades transmisibles. Casanare 2005 – 2017 .....	139
Figura 85. Tasa de mortalidad ajustada por las enfermedades transmisibles en hombres. Casanare 2005 – 2017 .....	140
Figura 86. Tasa de mortalidad ajustada por las enfermedades transmisibles en mujeres. Casanare 2005 – 2017 .....	140
Figura 87. Tasas de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Casanare 2005 – 2017 .....	141
Figura 88. Tasas de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres. Casanare 2005 – 2017 .....	142
Figura 89. Tasas de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres. Casanare 2005 – 2017 .....	142
Figura 90. Razón de mortalidad materna, Casanare 2005 – 2017 .....	145
Figura 91. Promedio Razón de mortalidad materna por municipio. Casanare 2005- 2017 .....	146
Figura 92. Porcentaje de muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Casanare 2005- 2017 .....	147
Figura 93. Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. Casanare 2005- 2017 .....	148
Figura 94. Tasa de mortalidad neonatal, Casanare 2005 – 2017 .....	149
Figura 95. Tasa de mortalidad neonatal por municipio. Casanare 2017 .....	149
Figura 96. Tasa de mortalidad infantil, Casanare 2005 – 2017 .....	150
Figura 97. Tasa de mortalidad infantil por municipio. Casanare 2017 .....	151
Figura 98. Tasa de mortalidad en la niñez, Casanare 2005 – 2017 .....	156
Figura 99. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por municipio. Casanare 2017 ....	157
Figura 100. Tasa de mortalidad por EDA, Casanare 2005 – 2017 .....	160
Figura 101. Tasa promedio de mortalidad por EDA según municipio. Casanare 2005- 2017 .....	160
Figura 102. Tasa de mortalidad por IRA, Casanare 2005 – 2017 .....	161
Figura 103. Tasa promedio de mortalidad por IRA según municipio. Casanare 2005- 2017 .....	161
Figura 104. Tasa de mortalidad por desnutrición, Casanare 2005 – 2017 .....	162
Figura 105. Tasa promedio de mortalidad por desnutrición crónica según municipio. Casanare 2005- 2017 .....	162



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Casanare 2019 .....	24
Tabla 2. Paisajes predominantes en el departamento, Casanare .....	28
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros. Casanare 2019 .....	32
Tabla 4. Diferencias por municipio entre población proyectada y población SISBEN. Casanare 2018 .....	35
Tabla 5. Población por área de residencia. Casanare 2019 .....	38
Tabla 6. Hogares por municipio y área de residencia según SISBEN. Casanare 2018.....	40
Tabla 7. Población por pertenencia étnica. Casanare 2005 .....	41
Tabla 8. Indicadores demográficos de Casanare 2005, 2019,2020 .....	42
Tabla 9. Registro de Población Venezolana por municipio. Casanare 2018.....	54
Tabla 10. Atenciones en salud a población migrante según país de procedencia. Casanare 2019 .....	56
Tabla 11. Tipo de atención brindada a población migrante. Casanare 2019 .....	56
Tabla 12. Régimen de afiliación de la población migrante atendida. Casanare 2019.....	56
Tabla 13. Pobreza de Casanare según municipio .....	61
Tabla 14. Coberturas brutas de educación por nivel y municipio. Casanare 2018 .....	62
Tabla 15. Tasa de cobertura bruta de educación. Casanare 2019.....	63
Tabla 16. Puntajes de riesgo IRCA y acciones a desarrollar según resultados mensuales. ....	66
Tabla 17. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional. Casanare 2019 .....	68
Tabla 18. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales de Casanare .....	69
Tabla 19. Afiliación al sistema de seguridad social en Salud por municipio. Casanare 2018 .....	72
Tabla 20. Población pobre no asegurada por municipio. Casanare 2018 .....	74
Tabla 21. Camas de internación hospitalaria habilitadas por municipio. Casanare 2019 ..	75
Tabla 22. Distribución de camas según tipo de servicio, tipo de prestador y nivel de complejidad. Casanare 2019 .....	75
Tabla 23. Salas habilitadas por municipio. Casanare 2019 .....	76
Tabla 24. Distribución de salas según tipo de servicio, naturaleza jurídica y nivel de complejidad. Casanare 2019 .....	77
Tabla 25. Ambulancias habilitadas por municipio. Casanare 2019 .....	77
Tabla 26. Distribución de las ambulancias según tipo de servicio y naturaleza jurídica. Casanare 2019 .....	78
Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario de Casanare .....	83





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 28. Morbilidad atendida según grandes grupos y etapa del curso de vida. Casanare 2009- 2018.....	87
Tabla 29. Morbilidad atendida por ciclo vital en hombres. Casanare 2009 – 2018.....	89
Tabla 30. Morbilidad atendida por ciclo vital en mujeres. Casanare 2009 – 2018.....	90
Tabla 31. Morbilidad atendida por subgrupo de causas. Casanare 2009 – 2018.....	92
Tabla 32. Morbilidad atendida por subgrupo de causas en hombres. Casanare 2009 – 2018.....	94
Tabla 33. Morbilidad atendida por subgrupo de causas en mujeres. Casanare 2009 – 2017.....	96
Tabla 34. Morbilidad por eventos de salud mental. Casanare 2009 a 2018.....	97
Tabla 35. Morbilidad por eventos de salud mental en hombres. Casanare 2009 a 2018 ..	98
Tabla 36. Morbilidad por eventos de salud mental en mujeres. Casanare 2009 a 2018 ...	99
Tabla 37. Progresión de la enfermedad renal crónica. Casanare 2014-2018.....	100
Tabla 38.Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Casanare, 2006-2018.....	101
Tabla 39. Eventos precursores. Casanare 2018.....	101
Tabla 40. Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA. Casanare 2018	102
Tabla 41. Proporción según tipo de discapacidad. Casanare 2019.....	120
Tabla 42. Origen de la discapacidad. Casanare 2019.....	120
Tabla 43. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Casanare 2018.....	121
Tabla 44.Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2017.....	143
Tabla 45. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia. Casanare 2009-2017.....	145
Tabla 46. Razón de mortalidad materna por área. Casanare 2009- 2017.....	146
Tabla 47.Tasas específicas de mortalidad infantil, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017.....	152
Tabla 48. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017.....	152
Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad infantil en niñas, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017.....	153
Tabla 50.Tasas específicas de mortalidad de 1 a 4 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017.....	154
Tabla 51.Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017.....	155
Tabla 52.Tasas específicas de mortalidad en niñas de 1 a 4 años, según la lista de las 6/67causas. Casanare 2005 – 2017.....	155
Tabla 53.Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según la lista de las 6/67causas. Casanare 2005 – 2017.....	157
Tabla 54.Tasas específicas de mortalidad en niños menores de 5 años, según la lista de las 6/67causas. Casanare 2005 – 2017.....	158



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

---

Tabla 55. Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de 5 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017 .....	159
Tabla 56. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Casanare 2006 – 2017 .....	164
Tabla 57. Identificación de prioridades en salud. Casanare 2017 .....	164
Tabla 60. Grupos de Riesgo MIAS y Eventos específicos. ....	169
Tabla 61. Priorización de los problemas de salud de Casanare 2017 .....	170
Tabla 60. Índice de Necesidades en Salud de Casanare 2019 .....	174





LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División política administrativa y límites. Casanare 2018 .....	25
Mapa 2. Mapa climático de Casanare .....	28
Mapa 3. Relieve de Casanare.....	29
Mapa 4. Áreas con riesgo de incendios en Casanare.....	30
Mapa 5. Áreas con riesgo de incendios en Casanare.....	30
Mapa 6. Hidrografía de Casanare .....	31
Mapa 7. Vías de comunicación del departamento. Casanare 2019 .....	33
Mapa 8. Mapa de población. Casanare 2018.....	34
Mapa 9. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del departamento, Casanare 2018 .....	36



## PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS.

Este documento fue elaborado con las orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas del Ministerio de Salud y Protección Social. Para la actualización del ASIS 2019 se realizó a partir del ASIS 2018, el cual está estructurada en tres partes, la primera, la caracterización de los contextos territorial y demográfico; la segunda parte es, el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes y la tercera corresponde a la priorización de los efectos de salud de acuerdo a los lineamientos dados en la guía.

El fundamento del Análisis de la Situación en Salud (ASIS) es proveer al departamento de un insumo que sirva como base para la planeación de las acciones prioritarias en salud y orientar la inversión de recursos para mejorar las condiciones de salud de la comunidad Casanareña, orientando los procesos de planificación, líneas de bases para la elaboración de políticas públicas, toma de decisiones, acciones de regulación y de Inspección, Vigilancia y Control.

Este documento coloca a disposición de los líderes tomadores de decisiones del sector salud y de otros sectores, un escenario integral respecto de la situación de salud del Departamento de Casanare; interpretando que la dinámica de la información (desagregada, otras veces integrada, comparada, correlacionada, sometida a pruebas de significancia), permite plasmar diversos contextos, definir hipótesis de trabajo, generar prioridades y orientar la focalización de acciones (por ejemplo la identificación de municipios en mayor riesgo o con más afectación).





## INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento.

El ASIS ha sido definido como un “proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores.

El ASIS se convierte en instrumento para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la consolidación y divulgación de información en salud, donde su objetivo principal es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de necesidades en salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

El ASIS facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud”. Estudia la interacción entre las condiciones de vida, causas, condiciones y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales e incluyen como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y ocupación, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento

La importancia del ASIS radica en generar la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros para el ASIS como la definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia; la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud, la evaluación de su pertinencia y cumplimiento y la construcción de escenarios prospectivos de salud (Organización Panamericana de la salud, 1999). Se reconoce la importancia que tiene la generación, el flujo y el análisis de la información, como insumo para asegurar que las decisiones tomadas sean confiables, factibles y articuladas con la realidad a la que van a ser dirigidas

En este documento se exponen los resultados del análisis de los indicadores seleccionados como trazadores para aportar evidencia efectiva y oportuna que permita hacer uso de la inteligencia sanitaria, en pro del fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE Nit. 800.228.493 - 1




El primer capítulo contiene la caracterización de los contextos territorial, demográfico y político, cada uno constituido por una serie de indicadores que se comportan como determinantes sociales de la salud, que permitieron caracterizar, georreferenciar el territorio e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial.

El segundo capítulo contiene la descripción de los determinantes sociales de la salud poblacional, en donde se abordan factores como Pobreza, índice de pobreza multidimensional, educación, servicios públicos entre los que están acueducto, agua potable, alcantarillado, disponibilidad de alimentos, factores conductuales, psicológicos y culturales.

El tercer capítulo, habla de la composición y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la cobertura de afiliación por EPS, la capacidad instalada de IPS públicas y privadas y la disponibilidad de servicios habilitados en departamento.

El cuarto capítulo muestra la situación epidemiológica mediante el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En este caso se analizó la morbilidad atendida, la mortalidad registrada según por grandes causas de defunción, causas específicas según subgrupos y mortalidad materno-infantil y de la niñez. El análisis indagó variables que causan gradientes de desigualdad entre grupos como el sexo, nivel educativo, municipio o departamento de residencia, área de residencia, régimen de afiliación al SGSSS, pertenencia étnica, situación de desplazamiento, con discapacidad, entre otras.

En el quinto capítulo se reconocen los problemas más relevantes identificados a lo largo del análisis previo y se realiza su priorización de acuerdo con el método de semaforización mediante diferencias relativas e intervalos de confianza al 95%, utilizando un código de colores así:

-  Verde: si la razón de tasas es menor de uno y el intervalo de confianza no pasa por el uno, indica que el indicador de la entidad del municipio es significativamente más bajo que el departamental y no requiere intervención inmediata.
-  Amarillo: si la razón de tasas es uno o el intervalo de confianza pasa por el uno, indica que el indicador de la entidad municipal no difiere significativamente del departamento y requiere intervención mediata.
-  Rojo: si la razón de tasas es mayor de uno y el intervalo de confianza no pasa por el uno, indica que el indicador del municipio es significativamente más alto que el departamental y requiere intervención inmediata.

El objetivo de este documento es que se convierta en la herramienta fundamental de carácter técnico y político para los procesos de conducción, gerencia, priorización de inversiones y toma de decisiones en salud.





## METODOLOGÍA

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Casanare se realizó con la información disponible para 2018 en las fuentes oficiales, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para la construcción del contexto territorial se usó como referencia bibliográfica el Atlas de Colombia 2005, elaborado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Varios apartes fueron tomados textualmente teniendo en cuenta que constituye la mejor fuente para la descripción del territorio. Para el análisis demográfico se usaron las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los indicadores demográficos dispuestos en su sitio web: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). También se consultó el Registro Único de Víctimas (RUV) dispuesto en el Sistema de Gestión de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social a través del cubo de víctimas y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a septiembre de 2019.

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales provenientes del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2017; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2018. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2018. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis) 2018.

Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los datos fueron procesados en Microsoft Excel® y SPSS®.

Con base en estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedad. Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores mediante el método de regresión Joinpoint y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE Nit. 800.228.493 - 1

mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos; para los niños entre 1 y 4 años, la población entre 1 y 4 años; para los menores de cinco años, la población menor de cinco años.

Para cada indicador incluido en el ASIS se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como diferencias absolutas y relativas, riesgos atribuibles poblacionales, índices de desproporcionalidad e índices de disimilitud.

Adicionalmente, utilizando las herramientas de semaforización diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se realizó la comparación de diferentes indicadores del municipio con el Departamento, con un intervalo de confianza del 95%, teniendo en cuenta lo siguiente: Rojo si el valor del indicador del municipio es inferior al del departamento con diferencia estadísticamente significativa, amarillo cuando los valores de indicadores de municipio y departamento no tienen diferencia estadísticamente significativa y verde si el indicador del municipio es superior al del departamento y la diferencia es estadísticamente significativa.

Los ciclos del curso de vida presentados en este documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional, por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 6 años de edad, infantes a los niños y niñas entre 6 a 11 años, adolescentes a las personas entre 12 a 18 años, jóvenes a personas entre 14 a 26 años, adultos entre 27 a 59 años y persona mayor a los mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social).

El presente documento cuenta con el enfoque de curso de vida, el cual es el abordaje de los momentos del continuo de la vida que reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el entorno familiar, social, económico, ambiental y cultural, entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior.





## SIGLAS

En este documento se utilizan las siguientes siglas:

ASIS: Análisis de la Situación de Salud  
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos  
CAC: Cuenta de Alto Costo  
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10  
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
Dpto: Departamento  
DSS: Determinantes Sociales de la Salud  
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda  
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza  
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización  
ERC: Enfermedad Renal Crónica  
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos  
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual  
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores  
HTA: Hipertensión Arterial  
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%  
INS: Instituto Nacional de Salud  
IRA: Infección Respiratoria Aguda  
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave  
LI: Límite inferior  
LS: Límite superior  
MEF: Mujeres en edad fértil  
Mpio: Municipio  
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social  
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano





## CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO



## 1. Contexto territorial

El contexto territorial de Casanare se establece a partir de su localización en el contexto Nacional y la división político- administrativa. Se describen las características físicas del territorio, el clima, los riesgos y amenazas, los aspectos generales de cada uno de los 19 municipios y las vías de comunicación.

### 1.1. Localización

El Departamento de Casanare está localizado en la región de la Orinoquía al nororiente de Bogotá, a una distancia aproximada de 350 kilómetros por vía carretable. Tiene una superficie de 44.640 km<sup>2</sup> la cual corresponde al 3.91% del total del área nacional y un poco menos de 1/5 de la región de la Orinoquía (17.55%). Limita al norte y oriente con Arauca, al sur oriente y sur con Vichada y Meta y al occidente con Boyacá. Salvo una angosta e interrumpida faja occidental correspondiente a las estribaciones de la cordillera oriental, en el resto del territorio. (Mapa 1)

Los municipios de mayor extensión territorial son Paz de Ariporo con 12.114 kilómetros cuadrados que corresponden al 27,14% del departamento, Hato Corozal (5.581 Km<sup>2</sup>; 12,5%) y Orocué (4.789 Km<sup>2</sup>; 10,73%); estos 3 municipios ocupan el 50% de territorio Departamental. Tiene 19 Municipios (Mapa 1): Yopal su capital; Aguazul, Villanueva, Paz de Ariporo, Monterrey, Sabanalarga, Chámeza, Recetor, Tauramena, Maní, Orocué, Trinidad, San Luis de Palenque, Pore, Támara, Nunchía, Hato Corozal, Sácama y La Salina. (Tabla 1)

**Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Casanare 2019**

Municipio	Extensión total		Municipio	Extensión total	
	Extensión	Porcentaje		Extensión	Porcentaje
YOPAL	2532	5,67	PORE	786	1,76
AGUAZUL	1455	3,26	RECETOR	179	0,40
CHAMEZA	289	0,65	SABANALARGA	408	0,91
HATO COROZAL	5581	12,50	SACAMA	291	0,65
LA SALINA	194	0,43	SAN LUIS DE PALENQUE	3057	6,85
MANI	3784	8,48	TAMARA	1136	2,54
MONTERREY	759	1,70	TAURAMENA	2391	5,36
NUNCHIA	1101	2,47	TRINIDAD	2991	6,70
OROCUE	4789	10,73	VILLANUEVA	803	1,80
PAZ DE ARIPORO	12114	27,14	Total Casanare	44640	100

Fuente: Departamento Nacional de Planeación Ficha Departamental versión 2.0- 2018

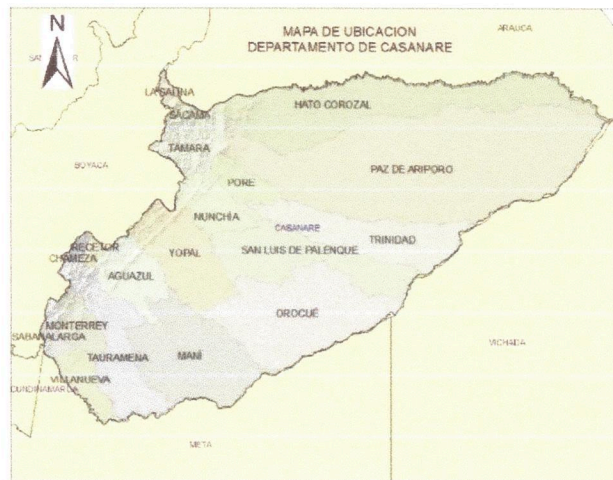




## 1.2. División político Administrativa

El departamento de Casanare está dividido administrativamente en 19 municipios, y su municipio capital es Yopal (Mapa1)

Mapa 1. División política administrativa y límites. Casanare 2018



Fuente: Plan de Desarrollo departamental 2016- 2019

**Yopal:** Ciudad capital, tiene 2.532 km<sup>2</sup> y una población para el año 2019 (DANE) de 152.655 habitantes, de los cuales el 90% (137.174) reside en el área urbana y el 10% (15.481) en el área rural. El 50,03% (74.753) son hombres, el 49,97% (74.673) mujeres. La densidad poblacional aproximada es de 60,29 habitantes por kilómetro cuadrado.

**Aguazul:** Se ubica en la región central del Departamento. Tiene una superficie de 1.455 km<sup>2</sup> y una población para el año 2019 (DANE) de 43.183 habitantes de los cuales el 76,26% (32.930) reside en el área urbana y el 23,74% (10.021) en el área rural. El 48,56% (20.969) son hombres, el 51,44% (22.214) mujeres. La densidad poblacional aproximada es de 29,68 habitantes por kilómetro cuadrado

**Chámeza:** Se ubica al occidente del Departamento. Tiene una extensión territorial de 289 km<sup>2</sup> y topografía es montañosa, con una población para el año 2019 (DANE) de 2.646 habitantes, 67,35% (1.782) reside en el área urbana y el 32,65% (864) en el área rural. El 48,75% (1.290) de la población son hombres y el 51,25% (1.356) mujeres. La densidad poblacional aproximada es de 9,16 habitantes por kilómetro cuadrado.

**Hato Corozal:** Está ubicado al norte del Departamento. Es uno de los más extensos después de Paz de Ariporo. Con una superficie aproximada de 5.581 km<sup>2</sup>, con una población para el año 2019 (DANE) de 13.020



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

habitantes, de los cuales el 45,61% (5.939) reside en el área urbana y el 54,39% (7.081) reside en el área rural. El 52,94% (6.893) de la población son hombres y el 47,06% mujeres (6.127). La densidad poblacional aproximada es de 2,33 habitantes por kilómetro cuadrado.

La Salina: Se ubica al norte del Departamento, con una superficie de 189 km<sup>2</sup> de terreno montañoso, con una población para el año 2019 (DANE) de 1.480 habitantes, de los cuales el 45,61% (658) reside en el área urbana y el 55,54% (822) reside en el área rural. El 50,47% (747) de la población son hombres y el 49,53% (733) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 1,01 habitantes por kilómetro cuadrado.

Maní: Maní está ubicado al sur del departamento. Tiene una extensión de 3.784 km<sup>2</sup>, una población para el año 2019 (DANE) de 11.121 habitantes, de los cuales 67,96% (7.558) reside en el área urbana y el 32,04% (3.563) reside en el área rural. El 52,54% (5.5.843) de la población son hombres y el 47,46% (5.278) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 2,94 habitantes por kilómetro cuadrado.

Monterrey: Se ubica al sur-occidente del Departamento. Tiene una extensión de 776 km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) de 15.585 habitantes, de los cuales el 84,78% (13.213) reside en la zona urbana y el 15,22% (2.372) reside en el área rural. El 49,86% (7.770) de la población son hombres y el 50,14% (7.815) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 20,08 habitantes por kilómetro cuadrado.

Nunchía: Localizado al norte de Yopal, con una extensión de 1.149 km<sup>2</sup>, en su mayoría de tierras planas, con una población para el año 2019 (DANE) es de 8.972 habitantes, de los cuales el 24,58% (2.205) reside en la zona urbana y el 75,42% (6.767) reside en el área rural. El 50,86% (4.563) de la población son hombres y el 49,14% (4.409) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 7,81 habitantes por kilómetro cuadrado.

Orocué: Localizado al noroccidente de Yopal, con una extensión territorial de 4.789 km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) es 8.460 habitantes, de los cuales el 64,72% (5.475) reside en la zona urbana y el 35,28% (2.985) reside en el área rural. El 51,58% (4.347) de la población son hombres y el 48,42% (4.096) mujeres. En este municipio, se encuentran localizada parte de los resguardos indígenas del Departamento. La densidad demográfica aproximada es de 1,77 habitantes por kilómetro cuadrado

Paz de Ariporo: Localizado al norte de Yopal, con una superficie de 12.114 km<sup>2</sup>, es el municipio más extenso del departamento, una población para el año 2019 (DANE) de 26.237 habitantes, El 73,54% (19.294) reside en la zona urbana y el 26,46% (6.767) reside en el área rural. El 50,33% (13.205) de la población son hombres y el 49,67% (13.032) mujeres. La densidad poblacional aproximada es de 2,17 habitantes por kilómetro cuadrado.

Pore: Se encuentra al norte de Yopal, con una extensión territorial de 780 Km<sup>2</sup>. La población estimada para el año 2019 (DANE) es de 7.909 Habitantes, de los cuales el 50,51% (3.995) reside en el área urbana y 49,49% (3.914) reside en el área rural. El 51,84% (4.104) de la población son hombres y el 48,16% (3.809) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 10,15 habitantes por kilómetro cuadrado.

Recetor: Está ubicado al suroccidente de Yopal, con una extensión territorial de 166 km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) estimada es de 4.683 habitantes, de los cuales, el 37,83% (1.762) reside en el área urbana y el 62,37% (2.921) reside en el área rural. El 52,42% (2.455) de la población son hombres y el 47,55% (2.153) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 28,21 habitantes por kilómetro cuadrado





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

**Sabanalarga:** Se encuentra ubicado al sur-occidente del departamento. Su extensión es de 379 km<sup>2</sup>, con una población para el año 2019 (DANE) de 2.806 habitantes, de los cuales el 51,78 % (1.453) reside en el área urbana y el 48,22% (1.353) reside en el área rural. El 50,00% (1.403) de la población son hombres y el 50,00% (1.403) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 7,40 habitantes por kilómetro cuadrado.

**Sácama:** Está localizado al norte de Yopal, su extensión alcanza los 282 km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) es de 2.107 habitantes de los cuales el 72,62% (1.530) reside en el área urbana y el 27,38% (577) reside en el área rural. El 50,50% (1.064) de la población son hombres y el 49,50% (1.043) mujeres. En su territorio se encuentra localizada parte del resguardo indígena de Chaparral Barronegro. La densidad demográfica aproximada es de 7,47 habitantes por kilómetro cuadrado.

**San Luis de Palenque:** Se localiza al noroccidente de Yopal. Su extensión es de 2.943 km<sup>2</sup>. La población proyectada para el año 2019 (DANE) es de 7.951 habitantes, de los cuales el 30,60% (2.433) reside en el área urbana y 69,40% (5.518) reside en el área rural. El 56,23 % (4.471) de la población son hombres y el 43,77% (43.480) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 2,70 habitantes por kilómetro cuadrado

**Támara:** Tiene una topografía quebrada, propia de la cordillera oriental, con una extensión 1.136 km<sup>2</sup>. Se localiza al norte de Yopal. La población para el año 2019 (DANE) proyectada es de 7.031 habitantes; el 33,15% (2.331) reside en el área urbana y el 66,85% (4.700) reside en el área rural. El 52,06% (3.660) de la población son hombres y el 47,94% (3.371) mujeres. En su territorio se localiza parte del resguardo indígena de Chaparral Barronegro. La densidad demográfica aproximada es de 6,19 habitantes por kilómetro cuadrado.

**Tauramena:** Se localiza al sur de Yopal, con extensión de 2.452 km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) es de 24.747 habitantes, de los cuales el 67,26% (16.646) reside en la cabecera municipal y 32,74% (8.101) reside en el área rural. El 54,06% (13.378) de la población son hombres y el 45,94% (11.368) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 10,09 habitantes por kilómetro cuadrado.

**Trinidad:** Se ubica en el centro y oriente del Departamento con una extensión de 2.860 km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) proyectada es de 16.213 habitantes; el 57,65% (9.346) reside en la cabecera municipal y el 42,35% (6.867) reside en el área rural. El 50,12% (8.126) de la población son hombres y el 49,88% (8.087) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 5,67 habitantes por kilómetro cuadrado.

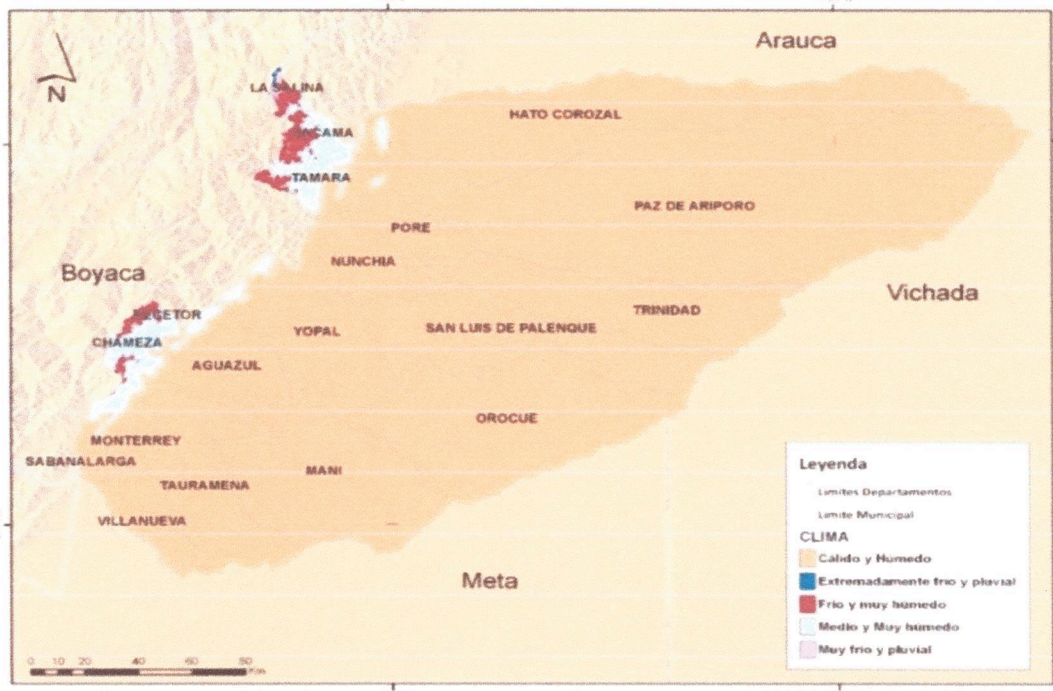
**Villanueva:** Localizado al sur del Departamento, tiene una extensión de 792 Km<sup>2</sup>. La población para el año 2019 (DANE) es de 24.740 habitantes, el 86,60% (21.424) reside en la cabecera municipal y el 13,40% (3.316) reside en el área rural. El 50,12% (12.399) de la población son hombres y el 49,88% (12.341) mujeres. La densidad demográfica aproximada es de 31,24 habitantes por kilómetro cuadrado



### 1.3. Características físicas del territorio

Debido a las diferencias de altitud, la temperatura promedio anual del departamento varía desde los 27°C en las partes bajas hasta los 6°C., en las zonas de páramo, (IGAC 1999). La humedad relativa está entre 60 y 90%. El 95% del departamento tiene un clima cálido húmedo sobre el piedemonte de la Cordillera y la zona plana; en la parte andina se presentan cuatro climas: medio, húmedo, frío y muy húmedo; y extremadamente frío y pluvial en el páramo. (Mapa 2)

Mapa 2. Mapa climático de Casanare



Fuente: Plan de Desarrollo Departamental 2016- 2019

El departamento presenta varias clases de paisajes, que le permiten contar con abundante oferta ambiental, rica en biodiversidad, que aún está pendiente de reconocer y valorar; posee además una amplia red hídrica, que ha estado asociada a la movilidad de sus gentes y al desarrollo económico del departamento. (Tabla: 2 y mapa 2)

Tabla 2. Paisajes predominantes en el departamento, Casanare

PAISAJE	ALTURA	TIPO DE SUELOS	MUNICIPIOS	VOCACIÓN DE LOS SUELOS
Montaña	1000 a 3800 m.s.n.m	de escaso desarrollo genético, desaturados, de reacción fuertemente ácida y de baja a muy baja fertilidad	Chámeza, recetor, la salina, Sácama, támara	Actividades agrícolas de economía campesina. cultivo principal: café



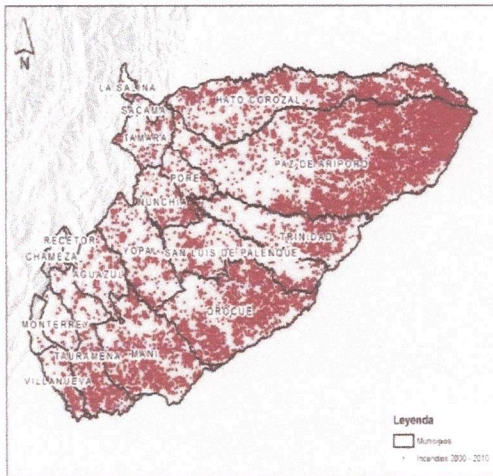




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

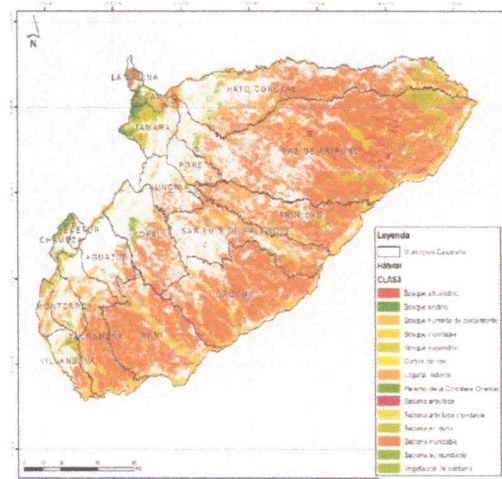
Durante el año se presentan un periodo de lluvias o de invierno con abundantes precipitaciones entre los meses de abril y noviembre y un periodo seco o de verano entre los meses diciembre y marzo, lo que determina unos riesgos de tipo natural así: en verano incendios forestales extensos (Mapas 4 y 5) y en invierno inundaciones en gran parte de la llanura

Mapa 4. Áreas con riesgo de incendios en Casanare



Fuente: Plan de Desarrollo departamental 2016- 2019

Mapa 5. Áreas con riesgo de incendios en Casanare



Fuente: Plan de Desarrollo departamental 2016- 2019





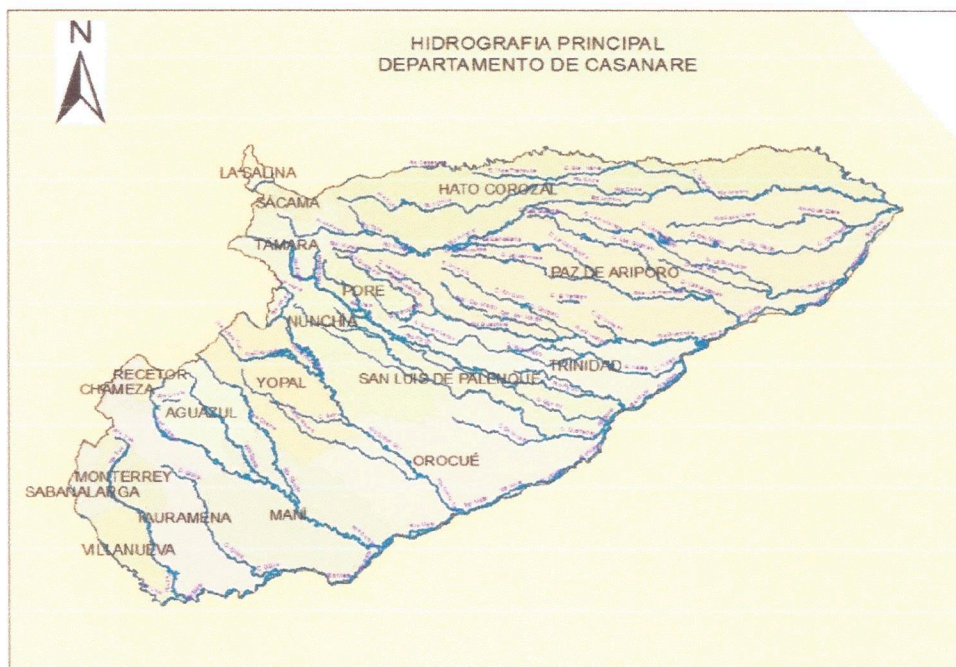
## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

### Nit. 800.228.493 - 1

Una de las principales potencialidades del departamento de Casanare es su riqueza hídrica, se encuentra un número considerable de ríos, caños, lagunas, humedales (esteros), que le sirven al llanero de vías de comunicación y transporte durante el período de lluvias.

El río Meta es el principal eje hidrográfico y a él confluyen por su margen izquierda todas las aguas que drenan los ríos Casanare, Ariporo, Guachiría, Guanapalo, Pauto, Tocaría, Cravo Sur, Cusiana, Túa y Upía. Estos ríos nacen en la parte alta o de páramo de la cordillera de Oriental. (Mapa 6)

Mapa 6. Hidrografía de Casanare



Fuente: Plan de Desarrollo departamental

#### 1.4. Accesibilidad geográfica

El Departamento de Casanare cuenta con un total de 5.620,7 kilómetros de vías, de los cuales 351 son vías Nacionales, 2.342,50 pertenecen a la red secundaria departamental y 2.927,20 Km a la red terciaria municipal (Mapa 7). Las vías primarias unen a Casanare con el resto del país y se encuentran pavimentadas en un 65%. Las secundarias integran las cabeceras de los municipios; algunas de ellas se encuentran sin pavimentar. (Tabla 3)

El Departamento de Casanare comunica con el interior del país por tres vías nacionales: La marginal de la Selva que recorre el piedemonte llanero y comunica por el sur con la ciudad de Villavicencio (Meta) y por el norte con



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Arauca, la vía alterna al llano que comunica el sur del departamento con San Luis de Gaceno en el departamento de Boyacá y la Vía del Cusiana que comunica al Departamento con el municipio de Sogamoso (Boyacá).

**Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros. Casanare 2019**

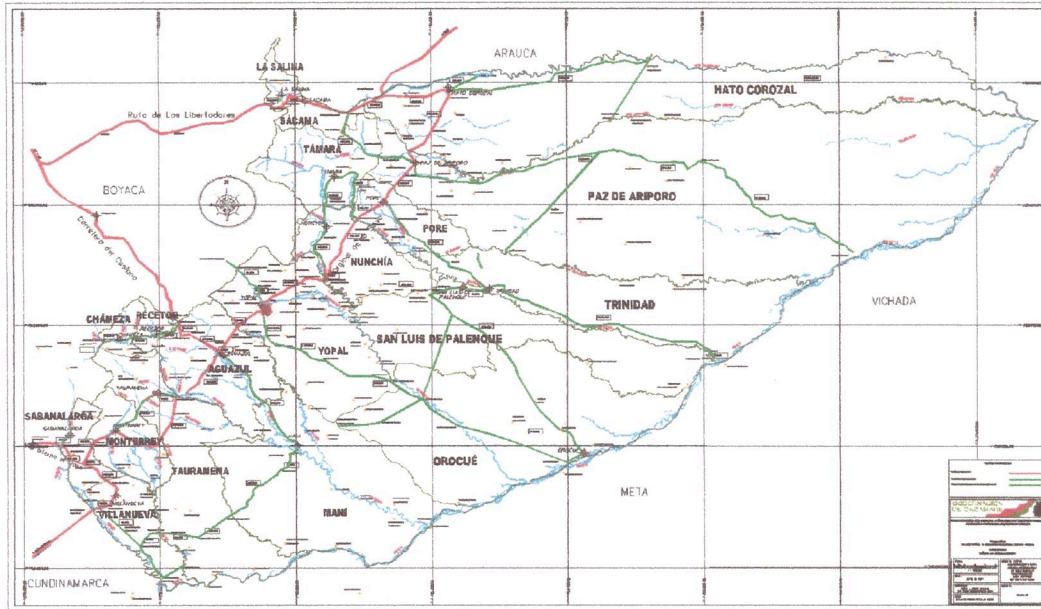
Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio a la capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio a la capital del departamento
Yopal	0	0	Terrestre
Aguazul	30	27	Terrestre
Chámeza	135	100	Terrestre
Hato Corozal	120	131	Terrestre
La salina	300	224	Terrestre
Maní	120	81,3	Terrestre
Monterrey	90	105	Terrestre
Nunchía	60	52	Terrestre
Orocué	270	190	Terrestre
Paz de Ariporo	90	90	Terrestre
Pore	60	71	Terrestre
Recetor	75	63	Terrestre
Sabanalarga	180	145	Terrestre
Sácama	240	201	Terrestre
San Luis de Palenque	120	102	Terrestre
Tamara	120	95	Terrestre
Tauramena	60	63	Terrestre
Trinidad	145	109	Terrestre
Villanueva	150	158	Terrestre

Fuente: Documento de Reorganización Red de Servicios Casanare 2016





Mapa 7. Vías de comunicación del departamento. Casanare 2019



Fuente: Plan de Desarrollo departamental

## 1.5. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La dinámica demográfica es entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población que tiene ciclos de expansión, contracción, estacionamiento o agotamiento. Ante la consciente organización social y de sostenibilidad de la especie humana, los procesos demográficos están influenciados por factores biológicos y sociales que determinan la distribución de la población.

En este capítulo se describen cuatro aspectos importantes para entender el contexto demográfico en que se desarrolla la población del municipio y las características particulares que deben ser tenidas en cuenta para la planeación territorial estos son: el tamaño y volumen poblacional, la estructura poblacional, la dinámica demográfica y la movilidad.

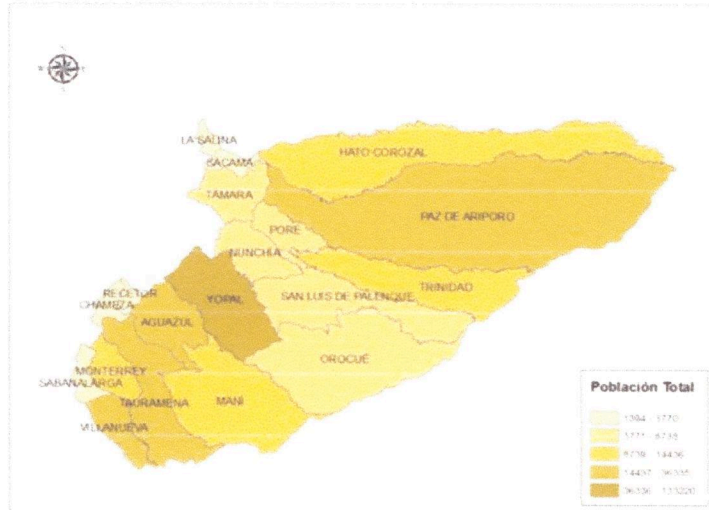
### 1.5.1. Tamaño y Volumen de la Población

La población estimada (DANE 2019) es de 381.554 habitantes. El 75,26% (287.160) se encuentra ubicada en las cabeceras municipales y el 24,74% (94.394) en el área rural. Entre los municipios con mayor población podemos mencionar Yopal como ciudad capital que concentra población por ser el centro funcional con mayor oferta de servicios, le siguen: Aguazul, Paz de Ariporo, Villanueva y Tauramena. Los municipios de Hato Corozal, Nunchía, Pore, Recetor, Sabanalarga, San Luis de Palenque y Támara, tienen la mayoría de su población ubicada en el área rural



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

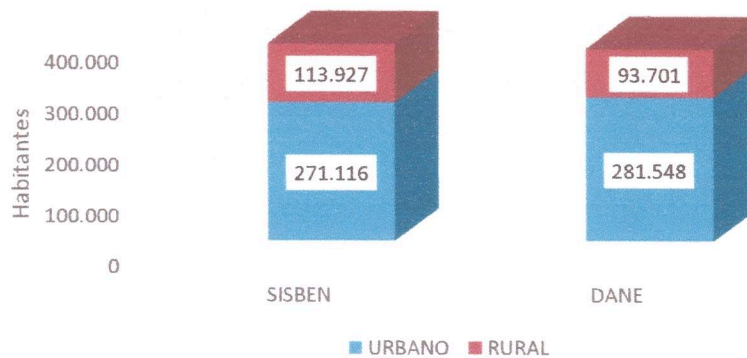
Mapa 8. Mapa de población. Casanare 2018



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985- 2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

Sin embargo, en la base SISBEN validada por el Departamento Nacional de Planeación a agosto de 2018, se encuentran 385.043 personas de las cuales 271.116 (70,42%) se encuentran en el área urbana y 113.927 (29,58%) en el área rural, por lo que existe una diferencia de 9.794 personas con relación a lo proyectado por el DANE como población del departamento para el año 2018. (Figura 1)

Figura 1. Población SISBEN y Población DANE. Casanare 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecciones de Población DANE y Base SISBEN validada DNP agosto de 2018





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Los municipios de Maní, Monterrey, Orocué, Paz de Ariporo, Pore, Sabanalarga, San Luis de palenque y Villanueva presentan una población registrada en la base SISBEN a la proyectada por DANE para el año 2018, mientras que, en los demás municipios, la población proyectada por el DANE es superior a la población registrada en la base SISBEN (Tabla 4)

**Tabla 4. Diferencias por municipio entre población proyectada y población SISBEN. Casanare 2018**

Municipio	SISBEN	DANE	DIFERENCIA
Yopal	144768	149426	3,1%
Aguazul	37964	41.994	9,6%
Chámeza	2111	2603	18,9%
Hato corozal	9733	12.794	23,9%
La salina	1116	1465	23,8%
Maní	13734	11.123	-23,5%
Monterrey	16102	15399	-4,6%
Nunchía	8515	8.928	4,6%
Orocue	9367	8424	-11,2%
Paz de Ariporo	39455	26.357	-49,7%
Pore	11268	7909	-42,5%
Recetor	1338	4.528	70,5%
Sabanalarga	3487	2856	-22,1%
Sacama	1425	2.085	31,7%
San Luis de Palenque	8948	7905	-13,2%
Tamara	6264	7.029	10,9%
Tauramena	23090	24066	4,1%
Trinidad	13528	15.840	14,6%
Villanueva	32830	24518	-33,9%
Total Casanare	385043	375.249	-2,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecciones de Población DANE y Base SISBEN validada DNP agosto de 2018

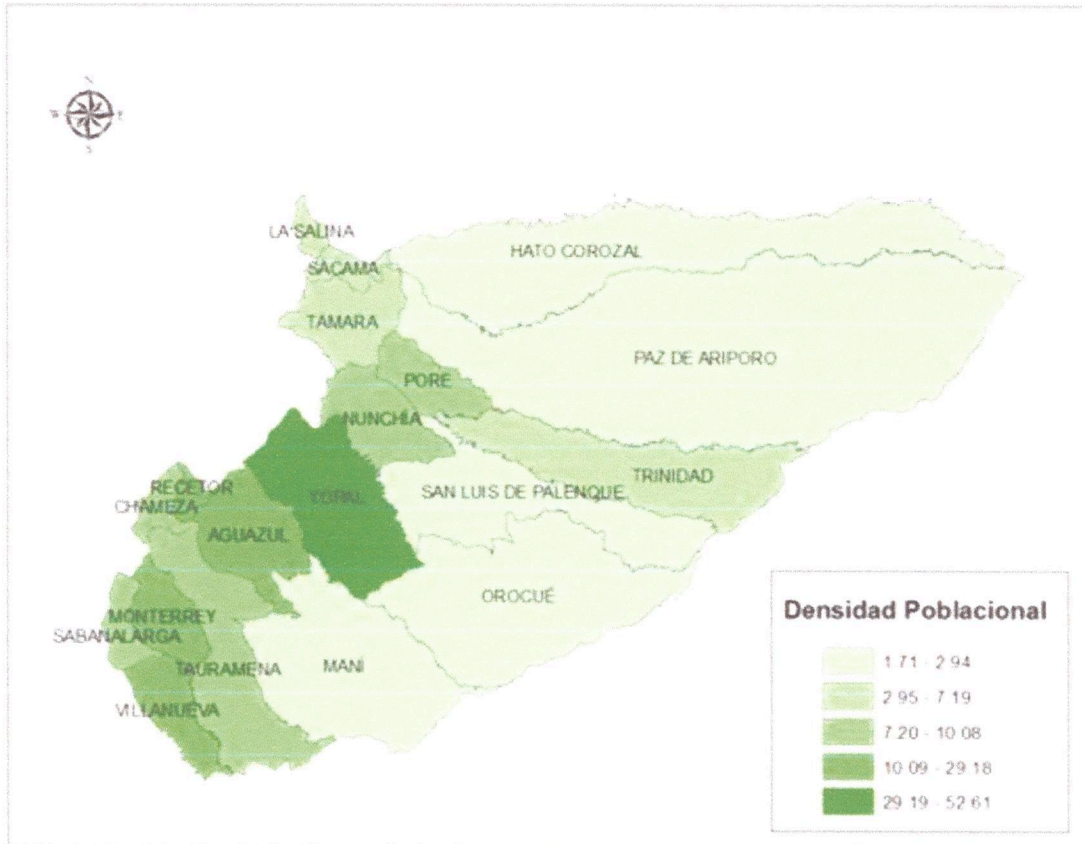
#### 1.5.2. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad poblacional del departamento es de 8,55 habitantes por Km<sup>2</sup>. El municipio con mayor densidad poblacional es Yopal mientras que el que el que presenta la densidad más baja es San Luis de Palenque. (Mapa 9)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Mapa 9. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del departamento, Casanare 2018



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

### 1.5.3. Grado de urbanismo

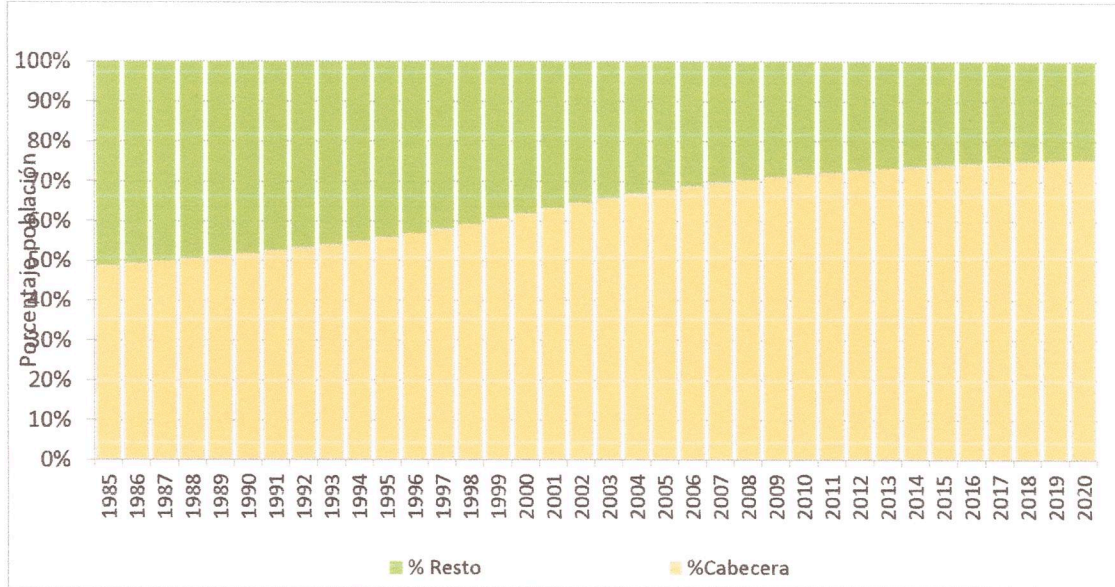
Puede observarse como el grado de urbanización ha venido en acelerado aumento, presentándose para el año 1985 un grado de urbanización del 48,72%, para el año 2005 de 68,00% y para el año 2019 del 75,26%. y se espera que siga aumentando para el 2020 a 75,46. La evolución del grado de urbanismo del Departamento en el periodo 1985 a 2020 permite observar que hasta 1987 existían más habitantes en el área rural, año a partir del cual, aumenta la población urbana a expensas de la rural obedeciendo probablemente a la migración interna. (Figura 2)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 2. Porcentaje de urbanización. Casanare 1985- 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de Estimaciones de población DANE 1985 – 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020

El 75,26% (287.160) de la población habita en el área urbana. El municipio con mayor grado de urbanismo es Yopal (89,71%) mientras que los de menor proporción de urbanismo son Nunchía (24,35%) y san Luis de Palenque (30,30%). Tabla 5 y Mapa 10



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 5. Población por área de residencia. Casanare 2019

Municipio	Población Total	Área urbana	Porcentaje	Área rural	Porcentaje
Yopal	152.655	137.174	89,86%	15.481	10,14%
Aguazul	43.183	32.930	76,26%	10.253	23,74%
Chámeza	2.646	1.782	67,35%	864	32,65%
Hato Corozal	13.020	5.939	45,61%	7.081	54,39%
La Salina	1.480	658	44,46%	822	55,54%
Maní	11.121	7.558	67,96%	3.563	32,04%
Monterrey	15.585	13.213	84,78%	2.372	15,22%
Nunchía	8.972	2.205	24,58%	6.767	75,42%
Orocúe	8.460	5.475	64,72%	2.985	35,28%
Paz de Ariporo	26.237	19.294	73,54%	6.943	26,46%
Pore	7.917	4.007	50,61%	3.910	49,39%
Recetor	4.683	1.762	37,63%	2.921	62,37%
Sabanalarga	2.806	1.453	51,78%	1.353	48,22%
Sácama	2.107	1.530	72,62%	577	27,38%
San Luis de Palenque	7.951	2.433	30,60%	5.518	69,40%
Támara	7.031	2.331	33,15%	4.700	66,85%
Tauramena	24.747	16.646	67,26%	8.101	32,74%
Trinidad	16.213	9.346	57,65%	6.867	42,35%
Villanueva	24.740	21.424	86,60%	3.316	13,40%
Casanare	381.554	287.160	75,26%	94.394	24,74%

Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

#### 1.5.4. Número de hogares

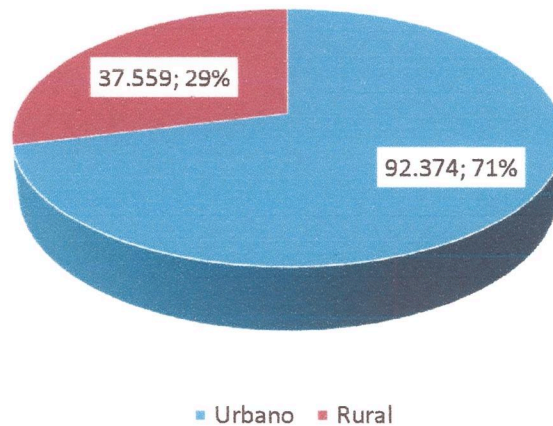
En el departamento se (71%) se localizan en el área urbana y 37.559 (29%) se localizan en el área rural. (figura 3)

Según la base de SISBEN validada por el DNP en agosto de 2018, existen en el departamento 129.933 hogares, de los cuales 92.374 (70,62%) son del área urbana y 4.109 (29,38%) son del área rural. (Figura 3)





Figura 3. Hogares por área de residencia Casanare 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de base SISBEN validada DNP, agosto de 2018

Los hogares por municipio y área de residencia según la base SISBEN validada por DNP se observa en la tabla número 6



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 6. Hogares por municipio y área de residencia según SISBEN. Casanare 2018

Municipio	Urbano	Porcentaje	Rural	Porcentaje	Total
Yopal	43266	83,01%	8858	16,99%	52124
Aguazul	8472	69,53%	3712	30,47%	12184
Chámeza	367	49,06%	381	50,94%	748
Hato corozal	1419	49,29%	1460	50,71%	2879
La salina	141	42,73%	189	57,27%	330
Maní	3367	71,27%	1357	28,73%	4724
Monterrey	3710	72,73%	1391	27,27%	5101
Núncia	573	23,39%	1877	76,61%	2450
Orocue	1874	61,89%	1154	38,11%	3028
Paz de Ariporo	9875	70,62%	4109	29,38%	13984
Pore	1862	60,20%	1231	39,80%	3093
Recetor	104	22,13%	366	77,87%	470
Sabanalarga	696	53,33%	609	46,67%	1305
Sacama	359	63,99%	202	36,01%	561
San Luis de palenque	624	30,36%	1431	69,64%	2055
Tamara	395	21,11%	1476	78,89%	1871
Tauramena	4701	58,98%	3270	41,02%	7971
Trinidad	2087	57,91%	1517	42,09%	3604
Villanueva	8482	74,07%	2969	25,93%	11451
Total Casanare	92374	71,09%	37559	28,91%	129933

Fuente: Elaboración propia a partir de base SISBEN validada DNP, agosto de 2018

#### 1.5.5. Población por pertenencia étnica

Según el censo 2005, la población perteneciente a los diferentes grupos étnicos representaba el 2,9% del total de los habitantes del departamento, siendo los indígenas el 1,46% (4102 habitantes) y Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afro descendiente con el 1,41% (3971 habitantes) los grupos mayoritarios. La población según pertenencia étnica se observa en la tabla 7





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 7. Población por pertenencia étnica. Casanare 2005

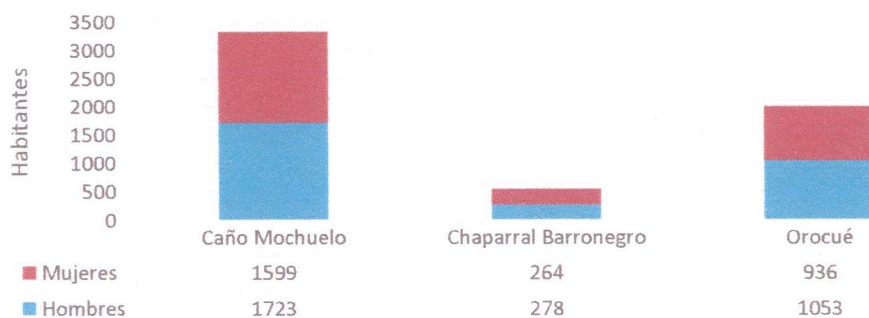
Pertenencia étnica	Total por pertenencia étnica	Porcentaje de la población pertenencia étnica
Indígena	4.102	1,46%
ROM (gitana)	18	0,01%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	33	0,01%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afro descendiente	3.971	1,41
Ninguno de las anteriores	273.170	97,11%

Fuente: Censo DANE 2005

La población indígena del departamento pertenece a las siguientes etnias: Amorua, Cuiva, Masiguare, Sáliva, Sikuani, Tsiripu, Wipiwi, Yamalero y Yaruro. Los Sálivas son la etnia mayoritaria, mientras que los Yamaleros son la etnia minoritaria. En la tabla número 5 se muestra la población indígena por cada una de las etnias por resguardo.

Según los listados censales 2018, la población indígena del departamento era de 5.853 habitantes: localizados en los resguardos de Chaparral- Barro Negro (524 habitantes; 9,26%), Caño Mochuelo (3.322 habitantes; 56,76%), y Orocué (1.989 habitantes; 33,978%). La distribución porcentual de la población indígena de Casanare se observa en la figura 4

Figura 4. Distribución de la población indígena de Casanare 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Listados censales 2017, Oficina de Aseguramiento, Secretaria de Salud de Casanare

#### 1.5.6. Estructura poblacional

Casanare, al igual que la mayoría de los departamentos, experimenta la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas. Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 47,56 niños entre 0 y 4 años; para 2018 esta cifra



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

descendió a 37,34 y se proyecta que para 2020 sea de 36,65. Así mismo, en 2018 la población menor de 15 años corresponde al 29,76% de toda la población, es 6,26 puntos porcentuales menor que en 2005 y se proyecta que para 2020 siga representando aproximadamente el 28,15% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7,95% de toda la población mostrando incremento en 2,90 puntos porcentuales con respecto a 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,36%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos diez años. En 2005, de cada 100 personas entre 15 y 60 años dependían 66,70 personas menores de 15 y mayores de 60 años; en 2019 el número de dependientes es de 53,52 y se proyecta que para 2020 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 52,66. El índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 60,04 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005 a 45,69 en 2019, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 6,66 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 7,84 en 2018; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2020 haya más dependientes mayores de 60 años y menos menores de 15 años dependientes. Aunque el índice de Friz ha pasado de 189,62 en 2005 a 155,17 en 2019, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa que, en su tendencia al envejecimiento, en 2020 el índice de Friz, será de 150,87. (Tabla 8).


Tabla 8. Indicadores demográficos de Casanare 2005, 2019,2020

Índice Demográfico	Año		
	2005	2019	2020
Población total	295.276	381.554	387.828
población Masculina	150.786	193.059	196.160
población femenina	144.490	188.495	191.668
Relación hombres: mujer	104,36	102,42	102
Razón niños por mujer	48	37	37
Índice de infancia	36	29	29
Índice de juventud	27	28	28
Índice de vejez	6	8	8
Índice de envejecimiento	17	28	29
Índice demográfico de dependencia	66,70	53,06	52,66
Índice de dependencia infantil	60,04	45,07	44,50
Índice de dependencia mayores	6,66	7,99	8,16
Índice de Friz	189,62	153,05	150,87

Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

La pirámide poblacional de Casanare es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2019, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas. (Figura 5)

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

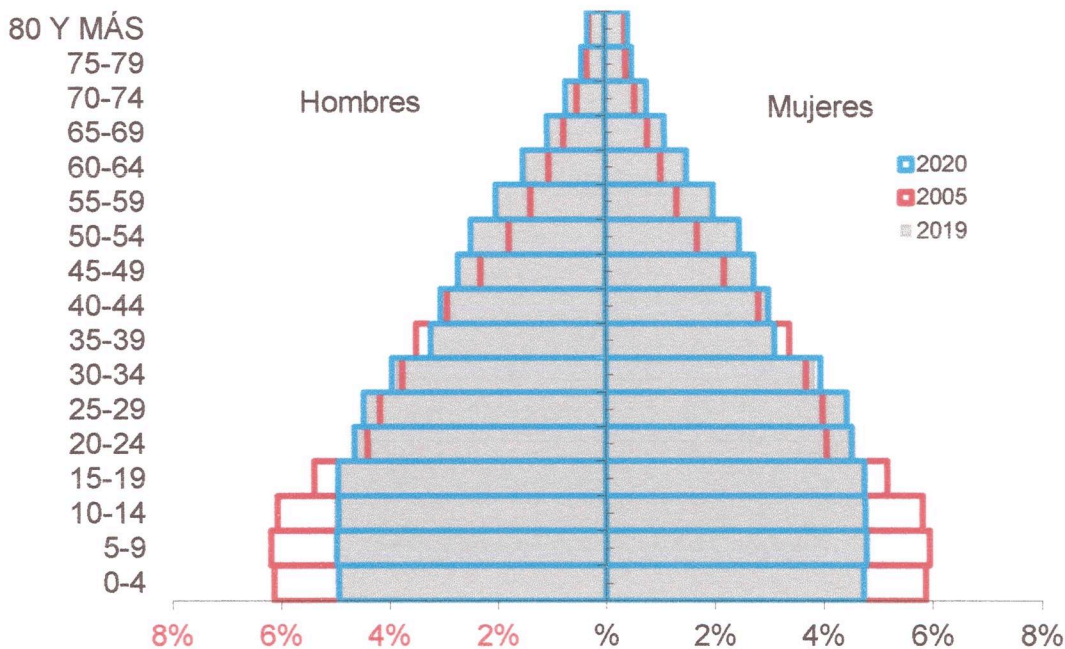
 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 5. Pirámide poblacional. Casanare 2005, 2019 y 2020



Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

#### 1.5.7. Población por momento de curso de vida

El curso de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves

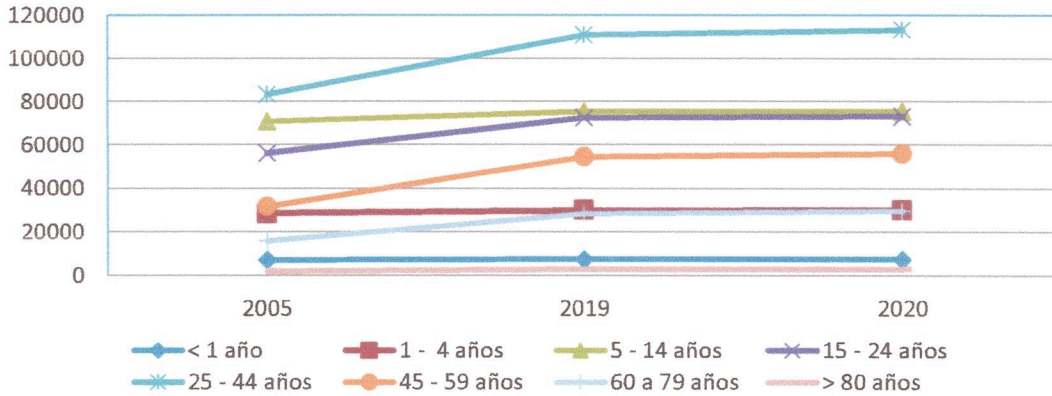
El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (19 - 28 años), adultez (29 - 59 años) y vejez (60 años y más).

En la figura 6. Se muestra la proporción de los habitantes por grupo de edad a través del tiempo. Para el departamento de Casanare se puede observar que los menores de un año y el grupo de 1 a 4 años presentan un comportamiento lineal es decir no se muestra cambios significativos ni de aumento ni de disminución de población; a diferencia de los demás grupos en los cuales su incremento a través del tiempo es significativo.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

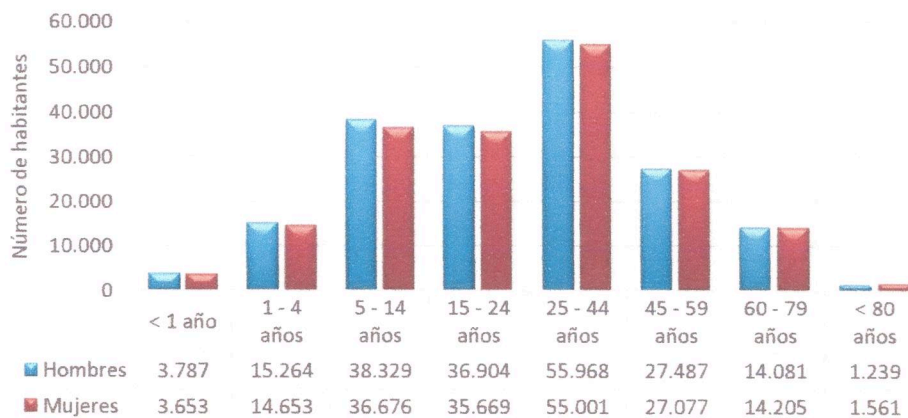
Figura 6. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios. Casanare 2005, 2019 y 2020



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

En la figura 7 se muestra la Población por sexo y grupo de edad del departamento de Casanare año 2019. En esta se puede observar que el género masculino es mayor en todos los grupos de edad, sin embargo, esta diferencia va disminuyendo a medida que aumenta la edad y es así como para el grupo de mayores de 80 años, el número de mujeres es mayor que el de hombres.

Figura 7. Población por sexo y grupo de edad del departamento. Casanare 2019



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 (y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad





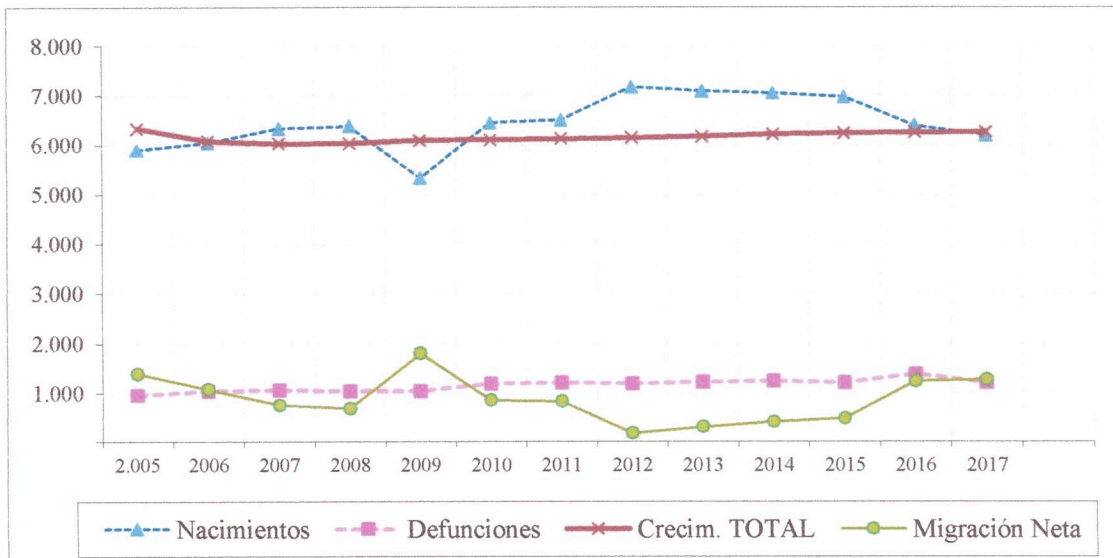
### 1.6. Dinámica demográfica

A través de la dinámica poblacional pueden observarse los cambios que sufre la población en cuanto al tamaño, dimensiones físicas de sus habitantes y su estructura, así como los factores que causan esos cambios y los mecanismos por los que se producen. El crecimiento demográfico expresa la variación anual de las poblaciones, relacionando con el balance entre nacimientos, defunciones y migración.

#### 1.6.1. Crecimiento

En cifras absolutas, la dinámica demográfica del departamento expresada en valores absolutos muestra que en el periodo 2005 a 2017 ocurrieron 83.842 nacimientos en madres residentes en el departamento, para un promedio anual de 6.449 y en el mismo periodo fallecieron 14.981 personas, para un promedio anual de 1.152, lo cual arroja una diferencia de 68.861 más de nacimientos que de defunciones. con un promedio anual de 113. La diferencia entre nacimientos y defunciones fue de 6.434. El crecimiento vegetativo (diferencia absoluta entre nacimientos y defunciones) promedio fue de 5.297. Para el año 2017, este crecimiento fue de 4.990. De otro lado, la migración absoluta en 2017 fue de 1.274 personas, lo que, sumado al crecimiento vegetativo, indica que el departamento aumentó su población en 6.264. (Figura 8)

Figura 8. Dinámica demográfica en valores absolutos. Casanare 1985 – 2017

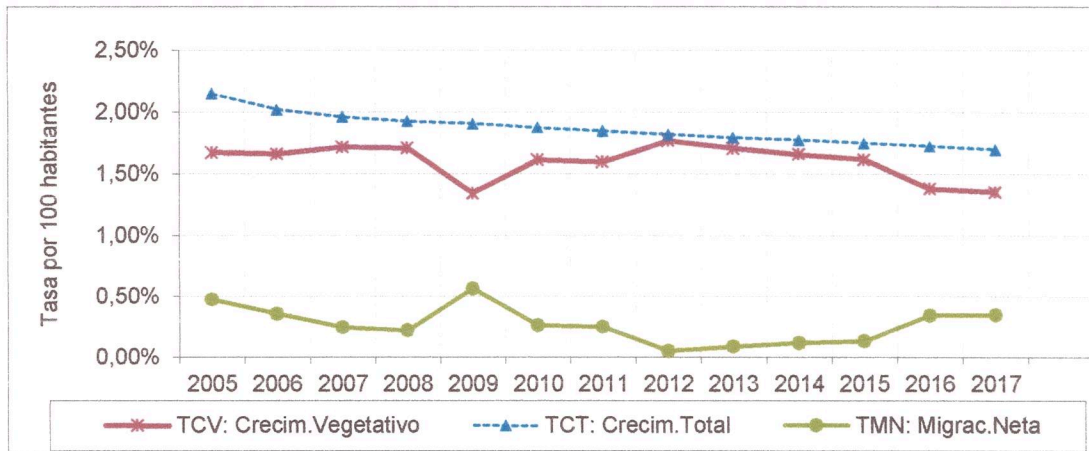


Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones DANE 2005- 2017

El crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general, muestran que el departamento en el periodo 2005 a 2017, la tasa de crecimiento vegetativo fue en promedio 1,60% y una tasa de crecimiento total de 1,87%. En 2017, la tasa de crecimiento natural fue de 1,35% y la tasa neta fue de 1,70%. Lo anterior, indica que la velocidad de crecimiento poblacional ha disminuido pasando de 2,15% en 2005 a 1,7 en 2017 (Figura 9)



Figura 9. Dinámica demográfica en tasas por 100 habitantes, Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones DANE 2005- 2017

La tasa Bruta de natalidad en 2017 (número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1.000 habitantes) fue de 16,80 nacimientos por cada mil habitantes y la tasa bruta de mortalidad de 3,28 defunciones por cada mil habitantes (Figura 10)

Figura 10. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones DANE 2005- 2017

### 1.6.2. Fecundidad

La fecundidad representa la posibilidad de reproducción biológica y cultural de la población humana. Para las comunidades indígenas, los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza. Una fecundidad alta está asociada con el tamaño ideal del hogar, el rol económico de la familia en la sociedad, la supervivencia del





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE Nit. 800.228.493 - 1

grupo y el bienestar en general. Sin embargo, las condiciones adversas de sobrevivencia, los cambios generacionales y las diferencias individuales en las probabilidades de éxito precedidas por los determinantes sociales de la salud, han influido sobre la capacidad de alcanzar el ideal de hijos y han hecho que se considere reducir el número deseado.

En Casanare, la tasa global de fecundidad muestra una caída importante entre 1985 y 2015 pasando de 6,62 a 2,68 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo a 2,54 hijos por cada mil mujeres en edad fértil. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 1,18 hijos, lo que representa una disminución del 72,88% con respecto al quinquenio 1985.1990 (2,04)

**Tasas Especifica de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años:** La Tasa Especifica de Fecundidad en Mujeres de 10 a 14 años es el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años de edad en ese mismo período, en un determinado país, territorio o área geográfica. Periodo 2005 a 2010 la tasa específica muestra una tendencia al aumento, pasando de 4,25 a 5,57. A partir de 2010 la tasa específica de fecundidad en este grupo de edad, muestra una tendencia al descenso, siendo el 2016, el año con la menor tasa (3,12) y 2017 con 3,71 nacimientos por cada mil niñas menores de 14 años. (Figura 11)

Figura 11. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años. Casanare 2005 a 2017



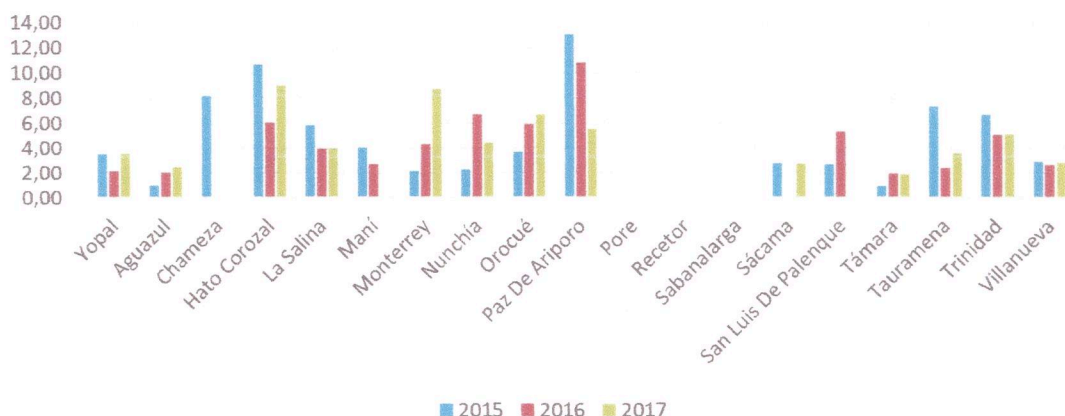
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2019

En promedio, en el periodo 2005 a 2016, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años fue de 4,60. Los municipios con las mayores tasas promedio de fecundidad en el grupo de edad de 10 a 14 años fueron en su orden Paz de Ariporo, Hato Corozal y los que presentaron las menores tasas de fueron Pore, Recetor y Sabanalarga, municipios en donde no se registraron nacimientos en niñas menores de 14 años durante los años 2015, 2016 y 2017. (Figura 12)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 12. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por municipio. Casanare 2015 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2019

**Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años:** La Tasa Especifica de Fecundidad en Mujeres de 15 a 19 años es el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad en ese mismo período, en un determinado país, territorio o área geográfica. Para este grupo de edad la tasa promedio para el departamento en el periodo 2005- 2017 fue de 89,72, es decir que por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años nacieron 90 niños. (Figura 13)

Figura 13. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años. Casanare 2005 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2019

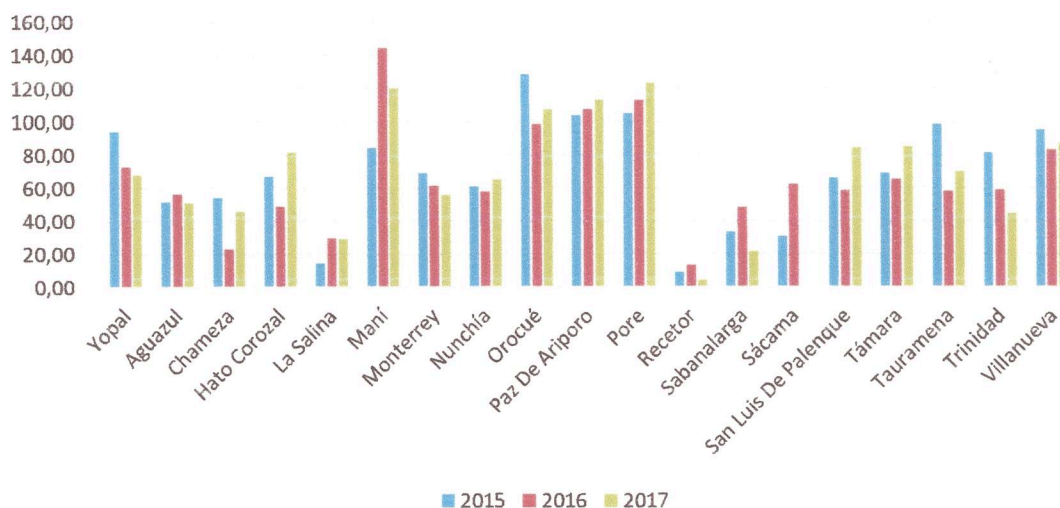
Los municipios que presentaron las mayores tasas promedio de fecundidad en este grupo de edad durante los años 2015, 2016 y 2017 fueron en su orden Maní, Orocué Paz de Ariporo y Pore, mientras que las tasas más bajas se presentaron en los municipios de Recetor, Sácama, La Salina y Sabanalarga. (Figura 14)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 14. Promedio tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por municipio de residencia. Casanare 2015 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2019

**Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años:** La Tasa Específica de Fecundidad en Mujeres de 10 a 19 años es el número de nacidos vivos de madres con edad comprendida entre 10 y 19 años. Para este grupo de edad la tasa promedio para el departamento en el periodo 2005- 2017 fue de 46, es decir que por cada 1000 mujeres de 10 a 19 años nacieron 46 niños. La tasa específica de fecundidad para este grupo de presenta leve tendencia al descenso. (Figura 15)

Figura 15. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años. Casanare 2005 a 2017



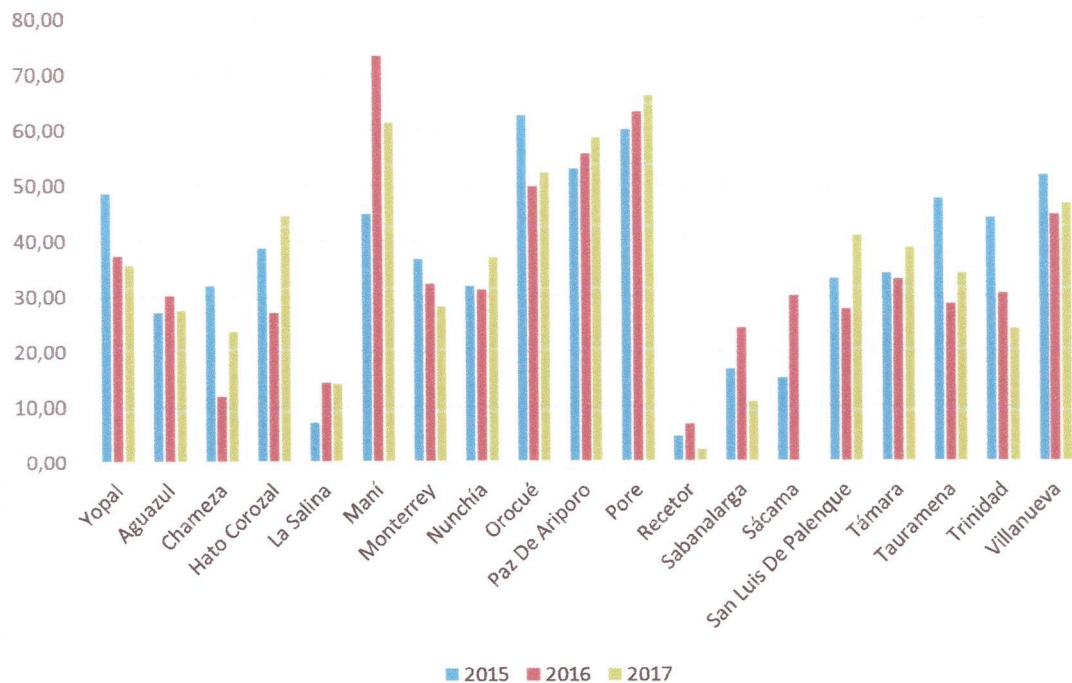
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2019



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Los municipios que presentaron las mayores tasas de fecundidad en este grupo de edad fueron Pore, Maní, Orocué y Paz de Ariporo. mientras que los que presentaron las menores tasas fueron Recetor, La Salina, Sácama y Sabanalarga. (Figura 16)

Figura 16. Promedio tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años por municipio de residencia. Casanare 2015 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2019

### 1.7. Esperanza de vida

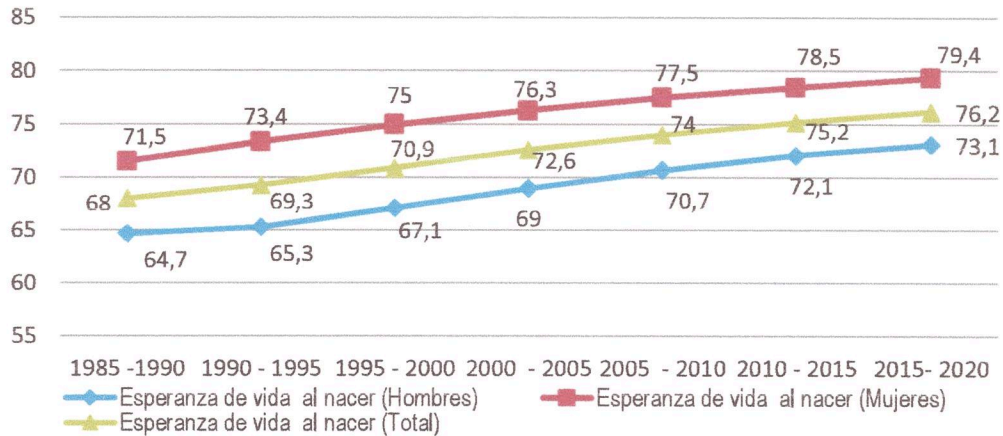
La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

En la Figura 16 se observa la esperanza de vida al nacer en el departamento se ha incrementado, pasando de 68 años en el 2005 a 75,2 para el periodo 2010 a 2015 y se estima que para el 2020 será de 76,2 años (79,9 para las mujeres y 73,1 para los hombres). La esperanza de vida en las mujeres es superior a la de los hombres para todos los quinquenios analizados.





Figura 17. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Casanare 1885 – 2020

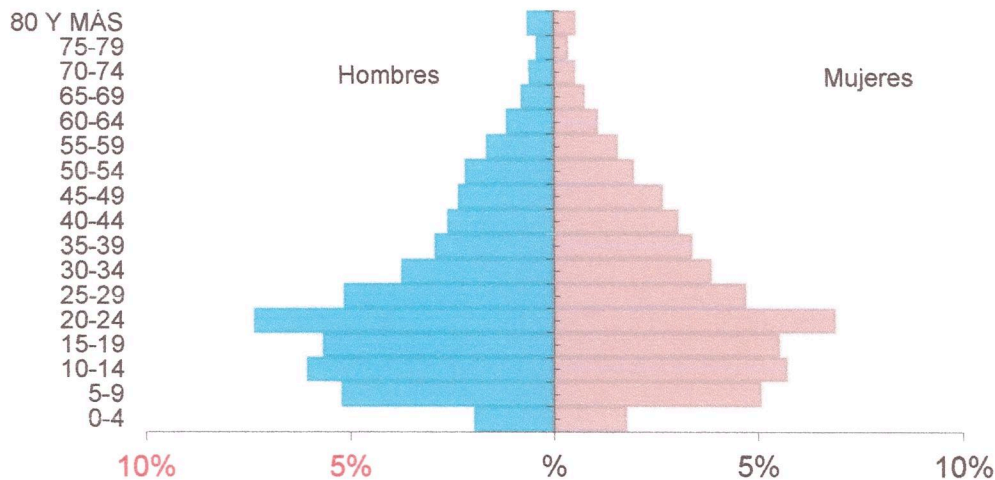


Fuente: DANE. Indicadores demográficos y tablas abreviadas 2005 – 2020

### 1.8. Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno genera situaciones de vulnerabilidad y potencialmente determina el deterioro de la salud de las personas. El Registro Único de Víctimas con corte a 2 de septiembre de 2019, tenía un total de 68.906 víctimas de desplazamiento forzado, de las cuales el 50,57% (34.730) son hombres y 49,43% (33.944) mujeres. El 25,79% (17.712) corresponde a menores de 15 años y el 6,94% (4.769) a mayores de 60 años. La pirámide poblacional de la población desplazada (Figura 18) muestra un predominio de los grupos laboralmente activos, siendo el grupo etario de mayor proporción el de 20 a 24 años

Figura 18. Estructura de la población desplazada, Casanare 2019



Fuente: Registro Único de Víctimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Datos para actualización ASIS 2019

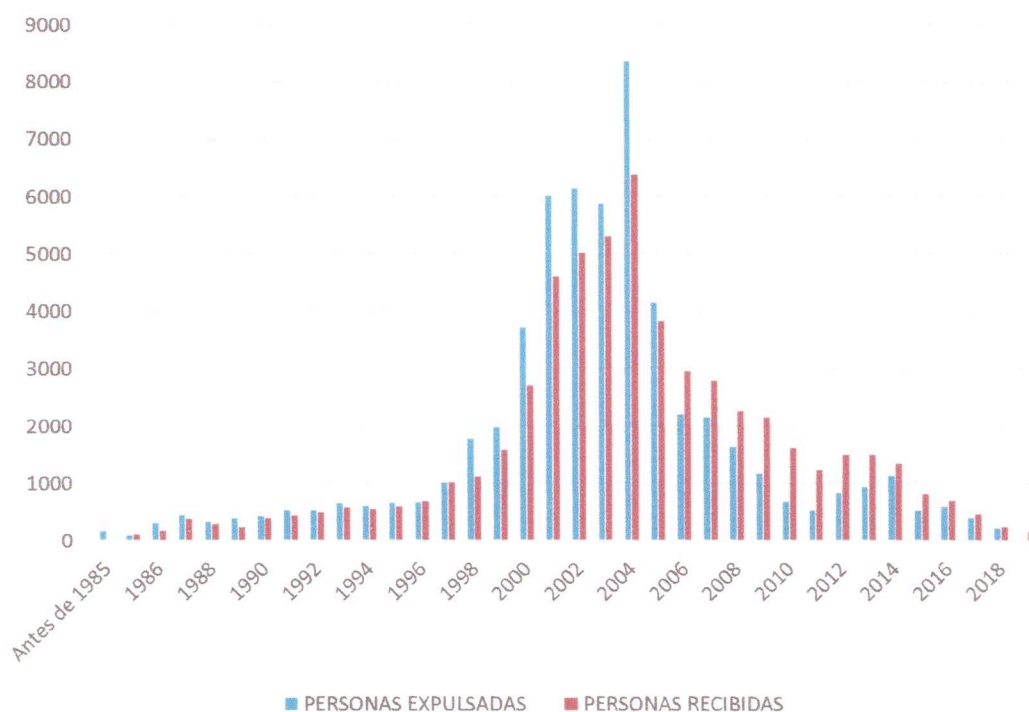


## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

A partir de 1984, se observa que el fenómeno del desplazamiento forzado fue un problema creciente hasta el 2004, año en donde se presentó el mayor número de desplazados en el departamento, tanto para población expulsada como para población recibida. A partir de ese año, se observa una marcada tendencia al descenso. En general, para todos los años, el número de personas que han sido expulsadas ha sido inferior a al número de personas recibidas. (Figura 19).

**Figura 19. Personas desplazadas por año de ocurrencia. Casanare 1985- 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de Registro único de víctimas, Consultado <https://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>. Fecha de corte: 02 de septiembre 2019

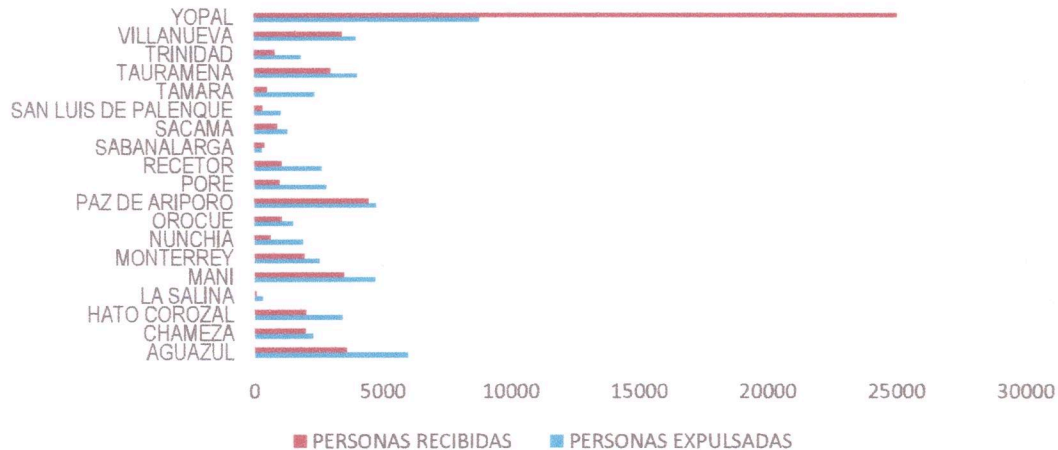
En el periodo 1984 a 2019, de Casanare como departamento expulsor han salido 58.957y como departamento receptor han ingresado 57.181 personas. Los municipios con mayor número de personas desplazadas es Yopal, seguido de Aguazul, Paz de Ariporo y Maní. Con excepción de Yopal, el número de personas expulsadas es mayor que el número de personas recibidas (Figura 20)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 20. Personas desplazadas por municipio de ocurrencia. Casanare 1980- 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de Registro único de víctimas, Consultado <https://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>. Fecha de corte: 02 de septiembre 2019

### 1.9. Dinámica Migratoria población venezolana.

Las migraciones humanas se refieren a “el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen. Estos movimientos migratorios son originados por diversas causas, algunas asociadas a la búsqueda de oportunidades de trabajo, mejores condiciones socioeconómicas, continuación de estudios, huida ante violaciones a los derechos humanos, traslados por desastres naturales y guerras; en definitiva, se caracteriza por la búsqueda de mejores perspectivas de vida

Estos fenómenos migratorios plantean nuevos retos y obligan al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del municipio para la atención en salud especialmente en lo relacionado con salud mental, derechos sexuales y reproductivos, identificación de enfermedades infecciosas y la atención a maternas y niños, el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública para la detección oportuna de brotes y el acceso al programa ampliado de inmunizaciones.

El flujo migratorio se refiere a emigrantes colombianos que retornan (en muchos casos con sus familias) y a nacionales de otros países que residen o se consideran en tránsito por cualquier lugar del territorio colombiano, ya sea porque se dirigen hacia otros países o bien, porque traspasan la frontera para adquirir bienes y servicios de primera necesidad, incluyendo medicamentos y atención en salud. Este flujo, especialmente proveniente de República Bolivariana de Venezuela.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que, por su localización geográfica, el departamento se encuentra en el cordón de tránsito de la población migrante venezolana bien porque eligen a Casanare como destino o porque temporalmente se albergan en su travesía hacia otros lugares del del País. Esta población es altamente



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

vulnerable y se convierte en una población potencialmente demandante de servicios de salud especialmente en el área de urgencias, aumentando el riesgo brotes y epidemias y de presencia de eventos de interés en salud pública.

Según el censo Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos -RAMV- realizado por las oficinas de gestión del riesgo en Casanare se registraron 4.378 ciudadanos venezolanos registrados en el departamento, siendo Yopal el municipio con el mayor registro (2.262), seguido de Paz de Ariporo con 750 y Villanueva con 361 personas registradas. En Nunchía, Recetor y Maní no se realizó registro. (Tabla 9)

**Tabla 9. Registro de Población Venezolana por municipio. Casanare 2018**

MUNICIPIO	Personas	Porcentaje
Yopal	2262	51,67%
Paz de Ariporo	750	17,13%
Villanueva	361	8,25%
Aguazul	212	4,84%
Pore	170	3,88%
Tauramena	146	3,33%
Monterrey	144	3,29%
Trinidad	119	2,72%
Hato Corozal	76	1,74%
Orocué	54	1,23%
San Luis de Palenque	42	0,96%
Támara	17	0,39%
Sácama	13	0,30%
La Salina	5	0,11%
Chámeza	6	0,14%
Sabanalarga	1	0,02%
<b>TOTAL VENEZOLANOS REGISTRADOS</b>	<b>4.378</b>	<b>100,00%</b>

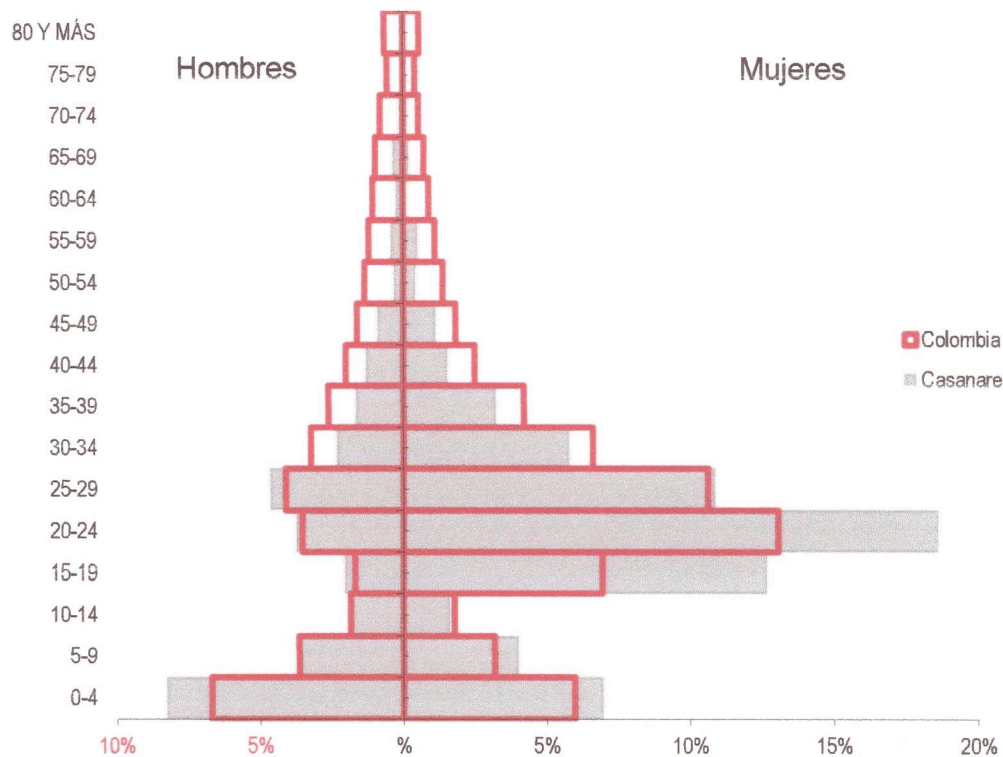
Fuente: Coordinación Departamental Para La Gestión Del Riesgo De Desastres De Casanare

Teniendo en cuenta los datos de atenciones en salud generadas según reporte de la circular 029 de 2017, con excepción de los grupos de mayores de 30 años, la proporción de atenciones brindadas por el sistema de salud de Casanare es superior al promedio nacional, siendo superior para los grupos de 20 a 24 años y de 15 a 19 años con predominio de las atenciones a mujeres en edad fértil. En el grupo de 0 a 4 años, predominaron las atenciones de niños. (Figura 21)





Figura 21. Pirámide poblacional de la población migrante. Casanare 2019



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019

#### 1.9.1. Índices demográficos de la población migrante:

Relación hombres/mujer: En el departamento de Casanare para el año 2019 por cada 47 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para Colombia en el año 2018 por cada 60 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud

Razón niños por mujer: En Casanare para el año 2019 por cada 28 niños y niñas (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49 años) que recibieron atenciones en salud, en contraste el Colombia para el año 2018 por cada 28 niños y niñas (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud

El 93% de las atenciones brindadas por el sistema de salud de Casanare se realizó a población migrante procedente de la República Bolivariana de Venezuela. En 6% de los casos no se estableció el origen. (Tabla 9)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

**Tabla 10. Atenciones en salud a población migrante según país de procedencia. Casanare 2019**

Casanare	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia	
		2019	Proporción
Casanare	Brasil	0	0%
	Ecuador	4	0%
	Nicaragua	0	0%
	Otros	19	1%
	Panamá	0	0%
	Perú	1	0%
	República Bolivariana de Venezuela	2373	93%
	Sin identificador de país	143	6%
	<b>Total</b>	<b>2540</b>	<b>100%</b>

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019

Tipo de atención: El 34% de las atenciones a población migrante fue realizada por procedimientos, el 32% por consulta externa y el 22% recibió entrega de medicamentos. (Tabla 11)

**Tabla 11. Tipo de atención brindada a población migrante. Casanare 2019**

Casanare	Tipo de atención	Casanare	
		2019	Distribución
Casanare	Consulta Externa	1981	32%
	Servicios de urgencias	378	6%
	Hospitalización	311	5%
	Procedimientos	2136	34%
	Medicamentos	1367	22%
	Nacimientos	31	0%
	<b>Total</b>	<b>6.204</b>	<b>100%</b>

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019

En el 58,5% de los casos, las atenciones fueron brindadas a población no afiliada a la seguridad social, en el 38,8% de los casos no se especificó el régimen de seguridad social de afiliación y fueron registrados como otros. (Tabla 12)

**Tabla 12. Régimen de afiliación de la población migrante atendida. Casanare 2019**

Régimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en la entidad territorial	%
Contributivo	22	0,9





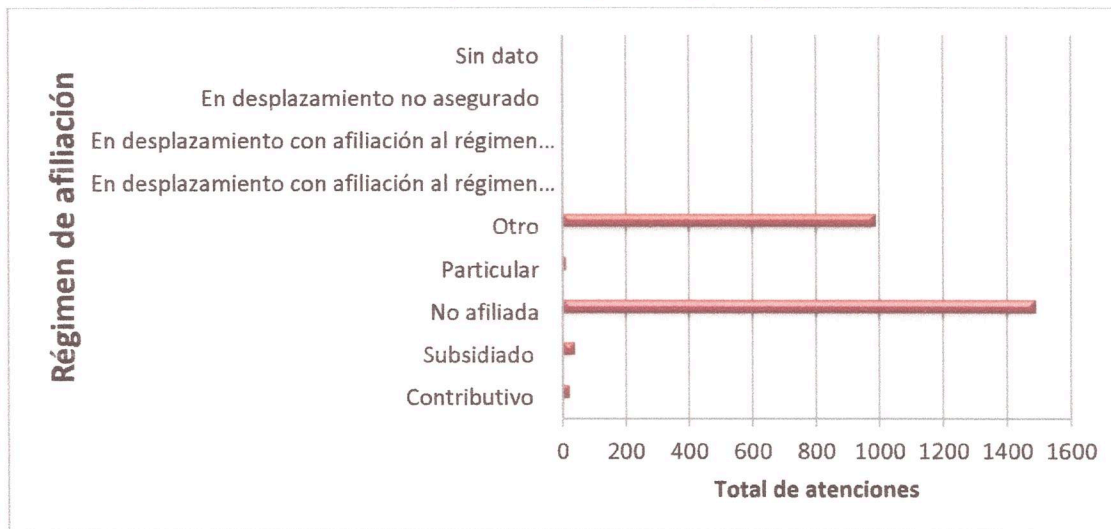
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Subsidiado	37	1,5
No afiliada	1489	58,5
Particular	11	0,4
Otro	987	38,8
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	1	0,0
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0
En desplazamiento no asegurado	0	0,0
Sin dato		0,0
<b>Total de migrantes atendidos</b>	<b>2547</b>	<b>100</b>

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019

Según el régimen de afiliación, el mayor número de atenciones fue brindada a población no afiliada a población identificada como otro tipo de afiliación (Figura 22)

**Figura 22. Atenciones en salud población migrante según régimen de afiliación 2018**



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 1.10. Conclusiones contexto territorial y demográfico

El territorio Casanareño corresponde al 3,5 % del territorio nacional y al 18% del total de la región de la Orinoquía

El 50% del territorio departamental corresponde a 3 municipios: Paz de Ariporo, Hato Corozal y Orocué

El departamento presenta 3 regiones eco epidemiológicas bien definidas: Zona de cordillera, zona de piedemonte y zona de llanura

Durante el año, se presentan 2 periodos climáticos: un periodo seco o de verano en los meses de noviembre a marzo y un periodo de lluvias de abril a mediados de noviembre

Los riesgos naturales más importantes son el de incendios forestales en el periodo de verano y las inundaciones en el periodo de lluvias

Las principales actividades económicas y de las cuales se generan los mayores ingresos económicos son la extracción petrolera, la ganadería y la agroindustria de la palma de aceite y los cultivos de arroz

El 73% de la población de Casanare reside en el área urbana; los municipios con mayor grado de urbanismo son Yopal, Monterrey y Villanueva

La densidad poblacional del departamento es de 8 habitantes por kilómetro cuadrado; el municipio con mayor densidad poblacional es Yopal mientras que el que el que presenta la densidad más baja es San Luis de Palenque.

La dispersión poblacional es un factor que dificulta el acceso a los servicios de salud especialmente para los resguardos indígenas y la población rural en general

Para el año 2017 la pirámide poblacional es progresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2019 comparado con el año 2005.

El desplazamiento En Casanare es un problema social que ha disminuido notoriamente a partir del año 2004, año en que se registró el mayor número de personas desplazadas tanto expulsadas como recibidas.

Los indicadores demográficos muestran una disminución en la tasa de natalidad y de mortalidad, siendo superior la tasa bruta de natalidad, lo que conlleva a un crecimiento natural de la población positivo.

Las tasas de fecundidad en mujeres de 19 años residentes en el departamento de Casanare son superiores al promedio Nacional

La esperanza de vida al nacer en el departamento ha aumentado, sin embargo, es inferior al promedio nacional.

La población víctima del desplazamiento forzado representa un 8% del total de la población lo que representa un grave problema social





## CAPÍTULO II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD POBLACIONAL



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE Nit. 800.228.493 - 1

### 2. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizó utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad se estiman para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles.

También se van a estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos, condiciones de vida (acueducto, alcantarillado, aseo, calidad del agua, disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario).

#### 2.1. Pobreza

De acuerdo con la estimación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) con base en los datos censales de 2005, el 35,55% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 13,62% en la miseria, el 13,36% en viviendas inadecuadas, el 5,61% con servicios inadecuados, el 17,36% en hacinamiento crítico, el 4,81% en viviendas con niños en edad escolar que no asistían a la escuela y el 14,40% en viviendas con alta dependencia económica. La proporción fue 2,2 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales. De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza. Los municipios Tamara, Nunchía, Orocué, Hato Corozal, Pore, Trinidad, San Luis De Palenque, La Salina, Chámeza, Recetor, Paz De Ariporo Y Sácama presentan índices de necesidades básicas insatisfechas significativamente más altos que el promedio del departamento. (Tabla 10)

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), desarrollado por el Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), es un indicador que refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. La medida permite determinar la naturaleza de la privación (de acuerdo con las dimensiones seleccionadas) y la intensidad y profundidad de la misma. Para 2005 la pobreza multidimensional en Casanare fue del 56,74%, 45,4% en el área urbana y 82,97% en el área rural. Los municipios con mayor incidencia de IPM son Nunchía, Támara, San Luis de Palenque, Hato Corozal, Recetor, Orocué, Trinidad, Pore, La Salina, Maní, Paz de Ariporo, Sácama, Chámeza y Sabanalarga presentan índice de IPM superior al promedio Departamental. (Tabla 10)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 13. Pobreza de Casanare según municipio

Municipio	Índice de necesidades básicas insatisfechas			Índice de pobreza multidimensional		
	NBI Total	NBI urbano	NBI rural	Total	Urbano	Rural
Yopal	24,47	20,51	47,75	41,59	35,96	74,71
Aguazul	26,69	22,15	38,91	54,78	47,20	75,17
Chameza	46,35	32,11	73,14	61,62	51,92	79,86
Hato Corozal	57,31	40,43	66,65	79,92	64,77	88,31
La Salina	51,15	21,29	67,67	71,78	43,32	87,53
Mani	35,24	30,21	44,87	70,27	62,58	84,98
Monterrey	27,24	26,33	33,55	49,99	46,61	73,40
Nunchía	64,02	39,95	70,62	83,47	52,77	91,90
Orocue	62,83	50,67	77,50	79,49	68,47	92,76
Paz de Ariporo	43,56	32,71	61,93	66,64	56,66	83,56
Pore	55,49	40,27	68,97	75,53	63,13	86,52
Recetor	46,29	38,74	50,10	79,92	56,39	91,80
Sabanalarga	26,64	14,34	37,37	57,85	38,69	74,56
Sacama	37,70	20,13	64,38	64,24	53,61	80,39
San Luis de Palenque	53,45	31,87	60,27	80,13	49,18	89,91
Támara	72,42	42,01	84,03	82,73	48,47	95,81
Tauramena	33,73	30,16	41,64	54,01	44,28	75,52
Trinidad	54,92	48,81	62,04	79,39	74,94	84,58
Villanueva	31,92	27,30	56,83	53,92	49,34	78,64

Fuente: IPM: Cálculo DNP-SPSCV con datos del Censo 2005. INB: DANE, Censo 2005, Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, total, cabecera y resto, según departamento y total nacional, a 30 de junio de 2012

## 2.2. Educación

La educación tiene repercusiones importantes sobre otras variables cuyos efectos sobre la salud son determinantes, y de esta manera también actúa indirectamente sobre ésta. Entre las más importantes variables relacionadas con el nivel educativo de las personas están el tipo de ocupación, que está relacionado con los niveles de ingreso y, por ende, con la capacidad adquisitiva y sus posibilidades de acceso a servicios y medios de subsistencia.

### 2.2.1. Cobertura Bruta de educación

De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Educación, en Casanare la cobertura bruta de educación en 2019 fue de 108,45%. La cobertura bruta en transición fue de 100,55%, en primaria de 112,66%, en secundaria 115,43%, en educación media de 87,75% y en educación básica 112,56%. Los municipios con las mayores coberturas brutas en educación fueron en su orden Paz de Ariporo (137,01%), Mani (136,43%) y Pore con 133,39%, mientras que el municipio de más%, Chámeza con 67,16%, Sácama con 55,43% y Recetor con 17,45%. (Tabla 11)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 14. Coberturas brutas de educación por nivel y municipio. Casanare 2018

MUNICIPIO	COBERTURAS BRUTAS					
	TRANSICIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIA	BÁSICA	TOTAL
Yopal	113,99%	116,35%	122,43%	99,08%	118,64%	115,29%
Aguazul	72,27%	86,58%	91,40%	74,48%	87,09%	84,93%
Chámeza	81,25%	67,45%	72,64%	49,52%	70,83%	67,16%
Hato Corozal	100,66%	108,84%	94,57%	65,81%	102,45%	96,70%
La Salina	59,38%	80,65%	86,78%	61,40%	80,84%	77,81%
Maní	133,80%	145,02%	148,10%	92,60%	145,09%	136,43%
Monterrey	93,02%	101,14%	108,35%	93,23%	103,17%	101,52%
Nunchía	71,63%	90,89%	88,89%	63,82%	88,03%	84,26%
Orocúé	102,03%	141,34%	134,21%	80,17%	134,57%	126,40%
Paz de Ariporo	127,69%	151,43%	137,67%	101,89%	143,60%	137,01%
Pore	95,32%	143,16%	154,30%	92,16%	142,16%	133,99%
Recetor	13,21%	17,33%	19,79%	15,43%	17,83%	17,45%
Sabanalarga	73,21%	100,71%	147,42%	100,93%	116,03%	113,55%
Sácama	55,56%	43,50%	73,14%	50,00%	56,43%	55,43%
San Luis de Palenque	65,63%	95,99%	81,39%	51,89%	87,13%	81,69%
Támara	86,78%	102,86%	84,93%	53,31%	94,36%	88,49%
Tauramena	95,67%	102,46%	122,34%	101,03%	109,34%	108,01%
Trinidad	70,52%	93,82%	86,77%	55,81%	88,63%	83,33%
Villanueva	119,88%	138,75%	140,89%	95,39%	137,71%	130,55%
Casanare	100,55%	112,66%	115,43%	87,75%	112,56%	108,45%

Fuente: Ministerio de Salud, Bases externas para actualización del ASIS 2019

Al comparar las coberturas de educación del Departamento con el nivel promedio del País (semaforización tabla 12), con intervalo de confianza del 95%, se observa lo siguiente:

El porcentaje de hogares con analfabetismo en Casanare en 2005 era de 21,4%, superior al promedio Nacional (18,5%), pero la diferencia no es estadísticamente significativa; la tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria del departamento de Casanare era de 112,66%, cifra superior al promedio Nacional (100,78%), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa; la tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario en Casanare era de 115,43%, cifra superior al promedio Nacional (101,76%), la diferencia no es estadísticamente significativa y la tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2018) del departamento de Casanare era de 87,75, cifra superior al promedio Nacional (80,43), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 15. Tasa de cobertura bruta de educación. Casanare 2019

Cobertura bruta	Colombia	Casanare
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	21,54
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2018)	100,78	112,66
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2018)	101,76	115,43
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2018)	80,43	87,75

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores para ASIS 2019

### 2.3. Circunstancias materiales: servicios públicos

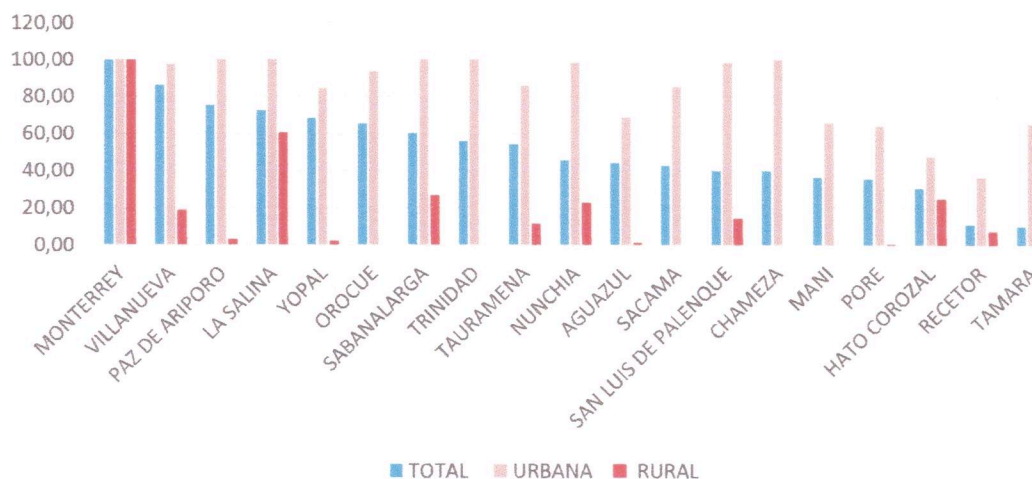
#### 2.3.1. Condiciones de vida

Incluye condiciones de vida (acueducto, alcantarillado, aseo, calidad del agua, disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

#### 2.3.2. Cobertura de acueducto

Los municipios con mayor cobertura de acueducto (urbano y rural) son Monterrey (98,87%), Paz de Ariporo (72,30%), La salina (72,19%) y Villanueva con el 70,65%, mientras que los de menor cobertura son en su orden Támara con el 9,14%, Recetor con el 10,67, Chámeza con el 15,22% y Hato Corozal con el 15,24%. Los municipios de mayor cobertura de acueducto en el área urbana son Monterrey, La Salina, Sabanalarga y Trinidad, mientras que los de menor cobertura son Hato Corozal, Recetor, Maní, Pore y Támara. En el área rural, los municipios con mayor cobertura son Monterrey, Yopal, La Salina y Nunchía. (Figura 21)

Figura 23. Cobertura total de acueducto según municipio. Casanare 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2019



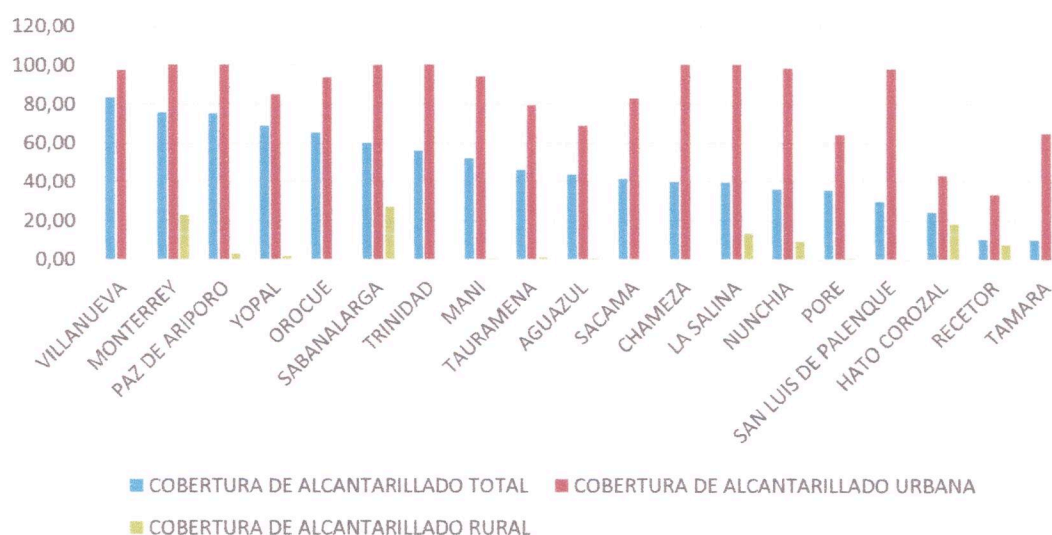
## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 2.3.3. Cobertura de Alcantarillado

Los municipios con mayor cobertura de alcantarillado (urbano y rural) son Monterrey (74,71%), Paz de Ariporo (72,30%), Yopal (68,89%), Villanueva con el 67,85% y Orocué con 65,00%, mientras que los de menor cobertura son en su orden Támara con el 9,05%, Recetor con el 10,41, Hato Corozal con el 15,13% y Chámeza con el 15,22%. Los municipios de mayor cobertura de alcantarillado en el área urbana son Monterrey, La Salina, Sabanalarga y Trinidad, mientras que los de menor cobertura son Hato Corozal, Recetor, Maní, Pore y Támara. (Figura 23)

Figura 24. Cobertura total de alcantarillado según municipio. Casanare 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2019

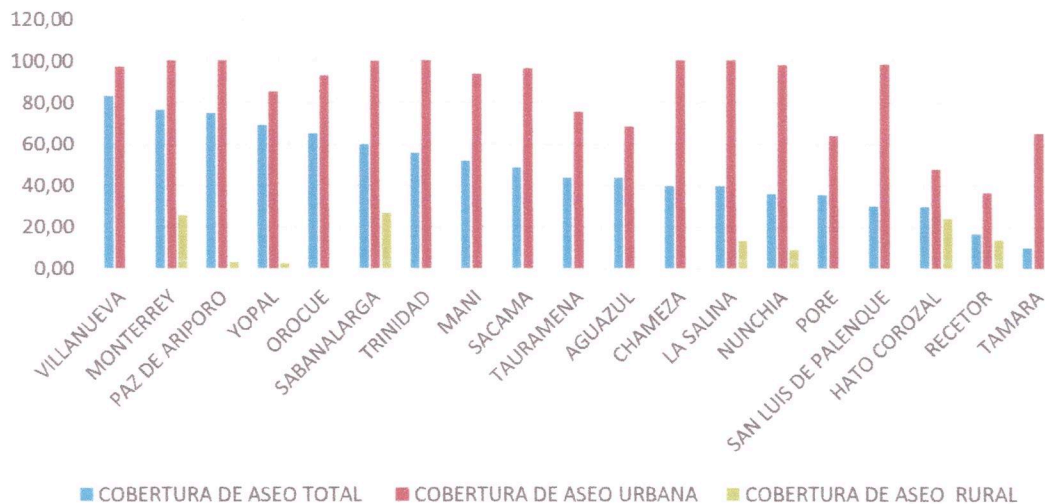
Los municipios de mayor cobertura de aseo en el área urbana son Monterrey, Paz de Ariporo, Sabanalarga y Trinidad, mientras que los de menor cobertura son Hato Corozal, Recetor, Maní, Pore y Támara. En el área rural, los municipios con mayor cobertura son Yopal, Monterrey, Sabanalarga y Nunchía. Los municipios con mayor cobertura de aseo (urbano y rural) son Monterrey (75,95%), Paz de Ariporo (72,30%), Villanueva con el 68,16% y Orocué con 65,00%, mientras que los de menor cobertura son en su orden Támara con el 9,12%, Recetor con el 15,13, Hato Corozal con el 15,22% y Chámeza con el 15,91% (Figura 25)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 25. Cobertura de aseo por municipio y por área. Casanare 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2019

#### 2.3.4. Índice de riesgo calidad del agua (IRCA)

El agua contaminada con microorganismos patógenos causa diversas patologías que se vehiculizan mediante este elemento vital del consumo humano, tales como la Hepatitis A, el Cólera, la fiebre Tifoidea y paratifoidea y en gran porcentaje de casos las enfermedades Diarreicas agudas, todas consideradas de interés en salud pública.

Los instrumentos básicos son los indicadores de riesgo que hacen parte del Capítulo IV del Decreto No. 1575 de 2007, por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de Calidad del Agua para Consumo Humano y que deben ser reportados por las Autoridades Sanitarias Departamentales y de los municipios Categorías Especial, 1, 2 y 3, al Subsistema de Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano – SIVICAP

Índice de riesgo de la calidad de agua para consumo humano – IRCA es el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. Este indicador es el resultado de asignar el puntaje de riesgo del Cuadro No. 6 de la Resolución No. 2115 de 2007 a las características contempladas allí por no cumplimiento de los valores aceptables establecidos en dicha Resolución.

Clasificación del nivel de riesgo: Teniendo en cuenta los resultados del IRCA por muestra y del IRCA mensual (Tabla 11), se define la siguiente clasificación del nivel de riesgo del agua suministrada para el consumo humano por la persona prestadora y se señalan las acciones que debe realizar la autoridad sanitaria competente, según lo establecido en la resolución 2115 de 2007 y las acciones a desarrollar según los resultados de IRCA mensual.

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 16. Puntajes de riesgo IRCA y acciones a desarrollar según resultados mensuales.

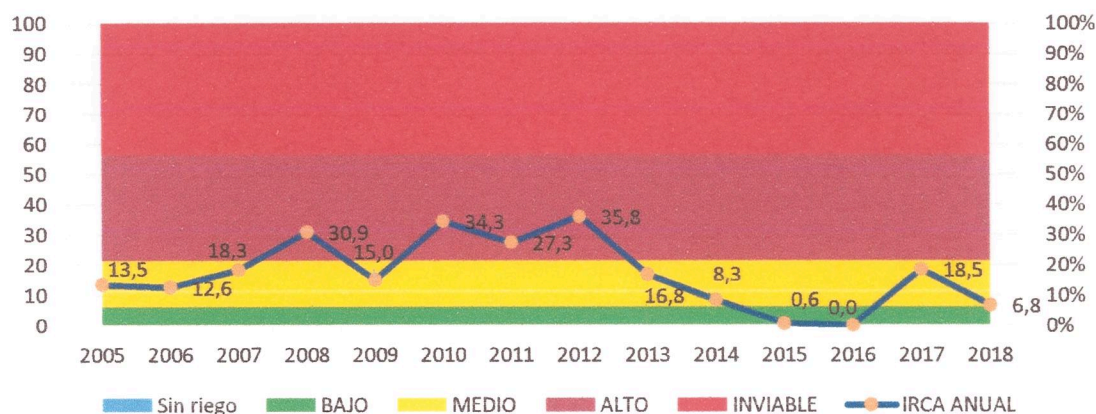
Clasificación IRCA (%)	Nivel de Riesgo	IRCA por muestra (Notificaciones que adelantará la autoridad sanitaria de manera inmediata)	IRCA mensual (Acciones)
0 - 5	Sin riesgo	Continuar el control y la vigilancia.	Agua apta para consumo humano. Continuar la vigilancia.
5.1 - 14	Bajo	Informar a la persona prestadora y al COVE.	Agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento.
14.1 - 35	Medio	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde y Gobernador.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de la persona prestadora.
35.1 - 80	Alto	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde, Gobernador y a la SSPD.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora y de los alcaldes y gobernadores respectivos.
80.1 -100	Inviabile sanitaria mente	Informar a la persona prestadora, al COVE, Alcalde, Gobernador, SSPD, MPS, INS, MAVDT, Contraloría General y Procuraduría General.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora, alcaldes, gobernadores y entidades del orden nacional.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, resolución 2115 de 2007

Índice de riesgo de la calidad del agua

El promedio anual del índice de riesgo de la calidad del agua (IRCA) para el periodo 2005 a 2018 presentó el siguiente comportamiento (Figura 26): en 2005, 2006 y 2016 el riesgo fue bajo, en los años 2007, 2007, 2011, 2013 y 2015, el IRCA presentó valores de riesgo medio, mientras que para los años 2009, 2010 y 2012), el riesgo fue alto.

Figura 26. Índice de riesgo de la calidad del agua. Casanare 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2019

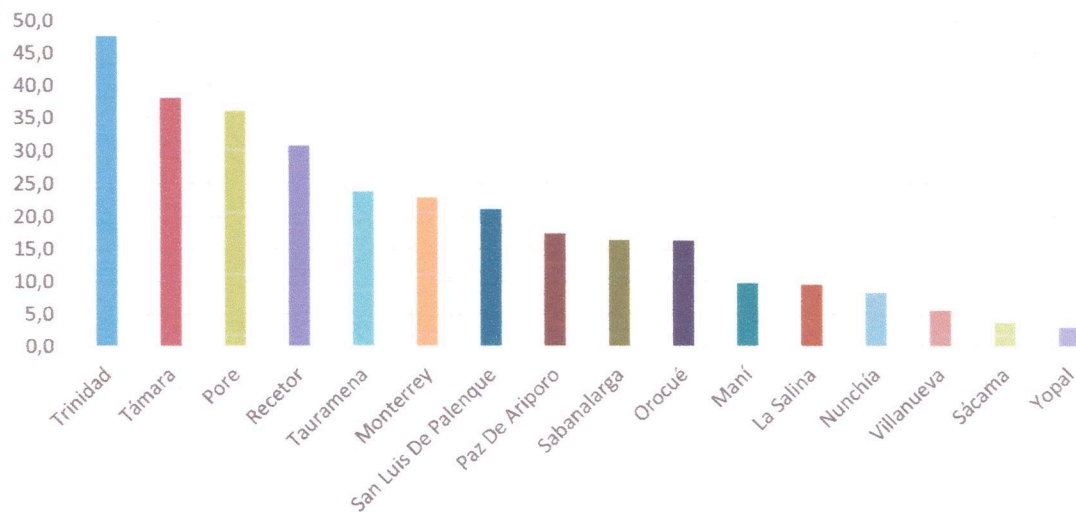




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Para el año 2018, el IRCA promedio anual del departamento fue de 6,8 (riesgo bajo): Los municipios de Sácama y Yopal presentaron IRCA sin riesgo; Trinidad, Támara y Pore presentaron IRCA con riesgo alto. (Figura 27)

Figura 27. Índice de riesgo de la calidad del agua por municipios. Casanare 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2019

#### 2.4. Disponibilidad de alimentos

El análisis descriptivo de la disponibilidad de alimentos según la estimación de la razón de prevalencias, razón de porcentaje de los indicadores de disponibilidad de alimentos y sus intervalos de confianza al 95%. El departamento tomó como valor de referencia la Nación, a partir de la información de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2010 (ENSIS 2010) y a los datos de Estadísticas vitales DANE. Los resultados de la comparación de los indicadores del Departamento con relación al promedio Nacional (semaforización) son los siguientes (tabla 17)

Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: Casanare presenta duración de la lactancia materna exclusiva es de 4,60 meses en promedio, superior al promedio Nacional (1,8) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer: En Casanare el porcentaje de bajo peso al nacer en 2015 fue de 6,5, inferior al promedio Nacional (9,1) pero la diferencia no es estadísticamente representativa. Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años.

La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años encontrada en Casanare fue 10,10, inferior al promedio Nacional (13,2) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La prevalencia de desnutrición crónica: Casanare presenta una tasa de prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años fue de 2,5, cifra inferior al promedio Nacional (3,4) pero la diferencia no es estadísticamente significativa



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

La prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años: Casanare presentó una prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años de 47,10, cifra superior al promedio Nacional (38,98) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años: Casanare presenta una prevalencia de obesidad encontrada en mujeres de 15 a 49 años fue de 58,50, cifra inferior al promedio Nacional, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa

La prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas con edad entre 6 meses y 4 años: la prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas en niños y niñas de este grupo de edad fue de 19,70, cifra inferior al promedio Nacional (27,5), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

**Tabla 17. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional. Casanare 2019**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Casanare
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	4,60
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2016)	9,1	6,50
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	10,10
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	2,50
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	38,98	47,10
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	62	58,50
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	19,70

Fuente: DANE, EEVV, y Encuesta Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición – ENSIN 2010

### 2.5. Factores conductuales, psicológicos y culturales

El Análisis de los factores psicológicos y culturales se realizó de acuerdo a la estimación de la razón de tasa, razón de prevalencia y sus intervalos de confianza al 95%. El departamento tomó como valor de referencia la nación. (Tabla 18), a partir de los resultados de la Encuesta Nacional del Estado Nutricional 2010 (ENSIN 2010)

Los resultados de la semaforización fueron los siguientes:

El porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente: En Casanare, el porcentaje de población de 5 a 64 años que consume frutas y verduras es 67,5% superior al promedio nacional (66,8), sin embargo. La diferencia no es estadísticamente significativa

La prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: En Casanare, la Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares) es 33,18 % superior al promedio Nacional (19,32) y la diferencia es estadísticamente significativa





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

El porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): En Casanare, el porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo es 87,00%, superior al promedio Nacional (80,9%), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa

La prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: La Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años en Casanare fue de 2,02, inferior al promedio Nacional (4,35)

El porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años fue de 0, cifra inferior al promedio Nacional (14,51) y la diferencia es estadísticamente significativa.

La cobertura de tratamiento antirretroviral: En Casanare, la cobertura fue del 83,13%, inferior al promedio Nacional (89,43), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa

La prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: Según los datos de ESPA 2013, en Casanare, la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año fue de 2,07 %, cifra inferior al promedio Nacional (3,6), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.

La prevalencia de fumadores actuales: Según los datos de la Encuesta Nacional de consumo de sustancias Psicoactivas 2013, la prevalencia de fumadores en Casanare era de 12,03, cifra inferior al promedio Nacional (012,95) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La tasa de incidencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes (Forensis 2018) en Casanare fue de 191,31, cifra superior al promedio nacional, la cual fue de 69,84, con una diferencia estadísticamente significativa

La tasa de incidencia de violencia contra el adulto mayor (Forensis 2018) en Casanare fue de 70,41, cifra superior al promedio nacional, la cual fue de 37,87, con una diferencia estadísticamente significativa

La tasa de incidencia de violencia entre familiares (Forensis 2018) en Casanare fue de 94,98, cifra superior al promedio nacional, la cual fue de 54,88, con una diferencia estadísticamente significativa

La tasa de incidencia de violencia de pareja (Forensis 2018) en Casanare fue de 336,36, cifra superior al promedio nacional, la cual fue de 120,57, con una diferencia estadísticamente significativa

La tasa de incidencia de violencia interpersonal (Forensis 2018) en Casanare fue de 352,83, cifra superior al promedio nacional, la cual fue de 233,00, con una diferencia estadísticamente significativa

**Tabla 18. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales de Casanare**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Casanare
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	66,8	67,50
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	19,32	33,18



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005-2015)	80,9	87,00
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015)	79,4	85,90
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS 2015	17,6	16,70
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS 2015	16,2	15,90
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	4,35	2,02
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	14,51	0,00
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	0,9	0,80
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	3,6	2,07
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,95	12,03
Tasa de incidencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes (Forensis 2018)	69,84	191,31
Tasa de incidencia de violencia contra el adulto mayor (Forensis 2018)	37,87	70,41
Tasa de incidencia de violencia entre familiares (Forensis 2018)	54,88	94,98
Tasa de incidencia de violencia de pareja (Forensis 2018)	120,57	336,36
Tasa de incidencia de violencia interpersonal (Forensis 2018)	233,00	352,83

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Datos para el ASIS 2019





### Capítulo III. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional

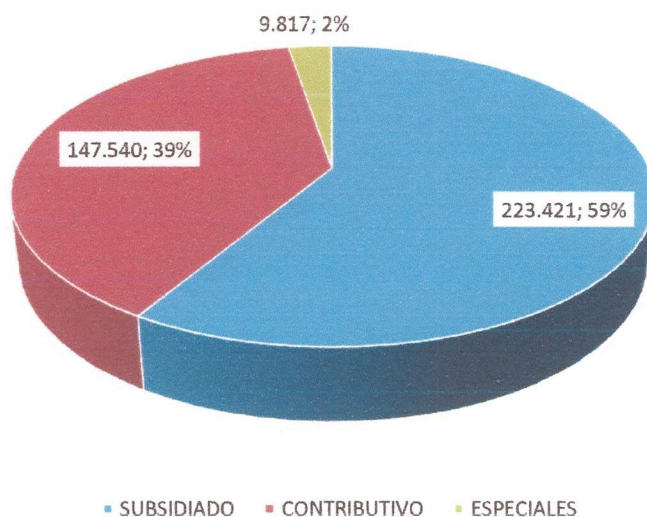


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

3. Cobertura de afiliación a la seguridad social en salud

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), para 2018 el 99,26% de la población del departamento se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Todos los municipios presentan coberturas superiores al 99%. El 59% (223.421) están afiliados al régimen subsidiado, 39% (147.540) al régimen contributivo y 2% (9.817) al régimen especial. (Figura 28)

Figura 28. Afiliación al sistema de seguridad social en Salud. Casanare 2018



Fuente: Fosyga MS8500001072018, MCS8500001072018 - Colombiana de Salud 07062018

En todos los municipios del Departamento, la cobertura de afiliación a la seguridad social en salud es superior al 99%, excepto Hato Corozal que es del 98,2%, Orocué 98,7%, Paz de Ariporo 98,4% y Trinidad con una cobertura del 98,8% (Tabla 19)

Tabla 19. Afiliación al sistema de seguridad social en Salud por municipio. Casanare 2018

MUNICIPIO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	ESPECIALES	Cobertura
YOPAL	73185	87525	5578	99,4%
AGUAZUL	19917	11501	505	99,5%
CHAMEZA	1457	230	52	99,7%
HATO COROZAL	8835	889	229	98,2%
LA SALINA	722	218	40	99,5%
MANI	8635	4557	204	99,2%
MONTERREY	9311	3476	480	99,4%
NUNCHIA	6275	824	89	99,3%
OROCUE	8069	1596	190	98,7%

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Providencia - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

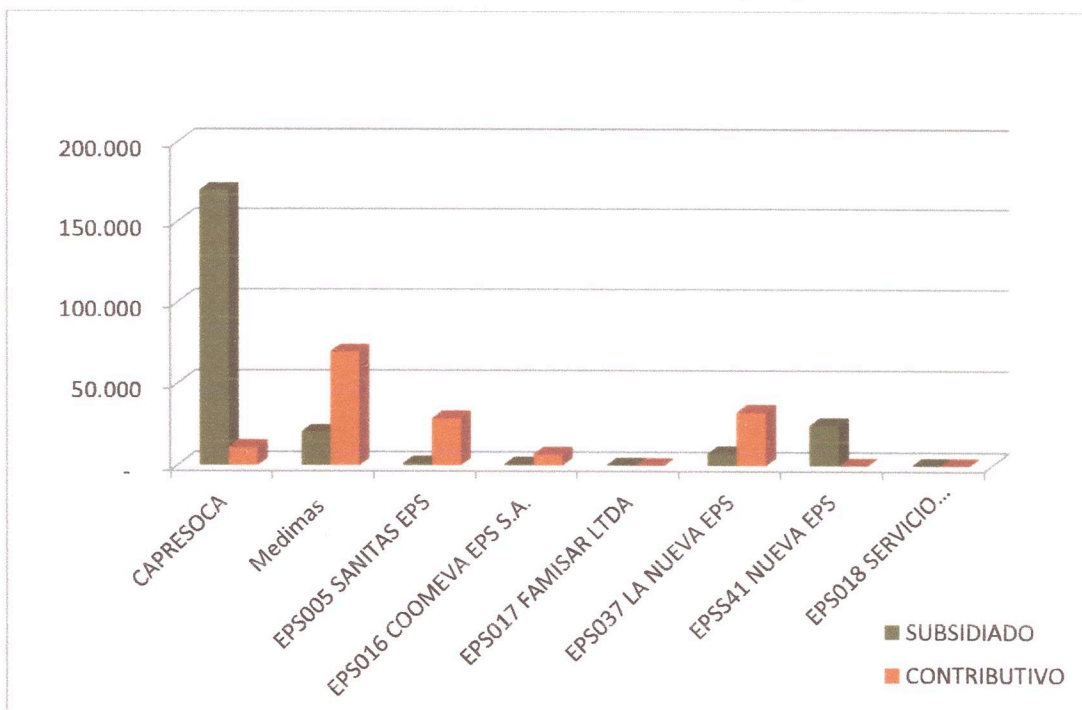
PAZ DE ARIPORO	28762	5148	691	98,4%
PORE	8311	1387	223	99,4%
RECETOR	883	165	28	99,4%
SABANALARGA	2069	491	57	99,5%
SACAMA	1152	229	36	99,2%
SAN LUIS DE PALENQUE	5858	1089	110	98,9%
TAMARA	4984	545	143	99,5%
TAURAMENA	12174	7793	368	99,4%
TRINIDAD	9419	1609	203	98,8%
VILLANUEVA	13403	18268	591	99,4%
<b>Total Casanare</b>	<b>223421</b>	<b>147540</b>	<b>9817</b>	<b>99,3%</b>

Fuente: Fosyga MS8500001072018, MCS8500001072018 - Colombiana de Salud 07062018

### 3.1. Afiliación según EPS y Régimen de Seguridad Social

La EPS con mayor número de afiliados en el régimen subsidiado es Capresoca con 169.477 y en el régimen contributivo MEDIMAS con 69.317. (Figura 29)

Figura 29. Afiliación a la seguridad social en salud por EPS y Régimen. Casanare 2018



Fuente: Fosyga MS8500001072018, MCS8500001072018 - Colombiana de Salud 07062018

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
 E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

La población pobre no asegurada (PPNA) del departamento para el año 2018 es de 2.826 personas. Los municipios con mayor número de PPNA son Paz de Ariporo con 548, Hato Corozal con 178 y Orocué con 127. (Tabla 20)

**Tabla 20. Población pobre no asegurada por municipio. Casanare 2018**

MUNICIPIO	PPNA
YOPAL	949
AGUAZUL	153
CHAMEZA	5
HATO COROZAL	178
LA SALINA	5
MANI	107
MONTERREY	75
NUNCHIA	52
OROCUE	127
PAZ DE ARIPORO	548
PORE	59
RECETOR	7
SABANALARGA	12
SACAMA	11
SAN LUIS DE PALENQUE	77
TAMARA	26
TAURAMENA	118
TRINIDAD	138
VILLANUEVA	179
Total Casanare	<b>2826</b>

Fuente: Fosyga MS8500001072018, MCS8500001072018 - Colombiana de Salud 07062018

### 3.2. Infraestructura

#### 3.2.1. Prestación de servicios: Capacidad instalada

El análisis de la capacidad instalada en el departamento se realizó con la información del registro especial de Prestadores de servicios de Salud, para lo que se tuvo en cuenta las camas de hospitalización, las salas de cirugía y/o parto y las ambulancias

Camas de internación: En el departamento se encuentran habilitadas 449 camas, el 65% (292) se localizan en Yopal, el 7,35% (33) en Tauramena y el 6,46% en Aguazul. La proporción de camas de internación por cada 10.000 habitantes es de 12. Los municipios con la mayor proporción de camas por habitante son La Salina, Sácama, Yopal, Chámeza y Tauramena. (Tabla 21)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 21. Camas de internación hospitalaria habilitadas por municipio. Casanare 2019

Municipio	Cantidad	Camas por 10.000 habitantes	Porcentaje
Aguazul	29	7	6,46%
Chámeza	4	16	0,89%
Hato Corozal	6	5	1,34%
La Salina	4	28	0,89%
Maní	6	5	1,34%
Monterrey	8	5	1,78%
Nunchía	3	3	0,67%
Orocué	6	7	1,34%
Paz de Ariporo	9	3	2,00%
Pore	5	6	1,11%
Recetor	4	9	0,89%
Sabanalarga	4	14	0,89%
Sácama	4	20	0,89%
San Luis de Palenque	6	8	1,34%
Támara	4	6	0,89%
Tauramena	33	15	7,35%
Trinidad	8	5	1,78%
Villanueva	14	6	3,12%
Yopal	292	20	65,03%
Total Casanare	449	12	100,00%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, registro especial de prestadores –REPS.

La distribución de camas por tipo de servicio, tipo de prestador y nivel de complejidad, se observa en la tabla 22

Tabla 22. Distribución de camas según tipo de servicio, tipo de prestador y nivel de complejidad. Casanare 2019

Camas	II Nivel			I Nivel			Total
	Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total	
Adultos	140	36	176	86	5	91	267
Pediátricas	13	12	25	39	-	39	64
Obstétricas	18	1	19	26	1	27	46
Psiquiátricas	-	12	12	-	-	-	12
Farmacodependencia	-	4	4	-	-	-	4
UCI Adulto	-	17	17	-	-	-	17
UCI Neonatal	-	11	11	-	-	-	11
UCI Pediátrico	-	2	2	-	-	-	2
UCIN Neonatal	-	5	5	-	-	-	5

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Camas	II Nivel			I Nivel			Total
	Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total	
UCIN Pediátrico	-	2	2	-	-	-	2
UCIN Adultos	-	13	13	-	-	-	13
Cuidado Básico Neonatal	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado Agudo Mental	-	3	3	-	-	-	3
Cuidado Intermedio Mental	-	3	3	-	-	-	3
Total	171	121	292	151	6	157	449

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, registro especial de prestadores –REPS.

Salas: este ítem incluye los quirófanos, las salas de partos y las salas de procedimientos. En el departamento de Casanare se encuentran habilitadas 53 salas, de las cuales el 50,94% (27) se encuentran ubicadas en Yopal, el 9,43% (5) en Villanueva, el 5,66% (3) en Monterrey. La proporción de salas es de 1 por cada 10.000 habitantes. Los municipios con las mayores proporciones de salas por habitantes son La Salina (7), Sácama (5) y Chámeza con 4. La distribución de salas por municipio, se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Salas habilitadas por municipio. Casanare 2019

Municipio	Numero salas	Salas por 10.000 habitantes	Porcentaje
Aguazul	1	0	1,89%
Chámeza	1	4	1,89%
Hato Corozal	1	1	1,89%
La Salina	1	7	1,89%
Maní	1	1	1,89%
Monterrey	3	2	5,66%
Nunchía	1	1	1,89%
Orocué	1	1	1,89%
Paz de Ariporo	2	1	3,77%
Pore	1	1	1,89%
Recetor	1	2	1,89%
Sabanalarga	1	3	1,89%
Sácama	1	5	1,89%
San Luis de Palenque	1	1	1,89%
Támara	1	1	1,89%
Tauramena	2	1	3,77%
Trinidad	1	1	1,89%
Villanueva	5	2	9,43%
Yopal	27	2	50,94%
Total Casanare	53	1	100,00%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, registro especial de prestadores –REPS





**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

De las salas habilitadas, 15 corresponden a quirófanos, 20 a salas de partos y 18 a salas de procedimientos. La distribución de salas según tipo de servicio, nivel de complejidad y naturaleza jurídica se muestran en la tabla 24

**Tabla 24. Distribución de salas según tipo de servicio, naturaleza jurídica y nivel de complejidad. Casanare 2019**

Salas	II Nivel			I Nivel			Total
	Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total	
Quirófanos	6	9	15	-	-	-	15
Salas de Partos	2	-	2	18	-	18	20
Sala de Procedimientos	-	3	3	-	15	15	18
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>53</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, registro especial de prestadores –REPS.

Ambulancias: Incluye las ambulancias habilitadas por las IPS, tanto públicas como privadas y ambulancias con objeto social diferente (ODS). La proporción en el departamento es de 2 ambulancias por cada 10.000 habitantes. Los municipios que tienen la mayor proporción de ambulancias por habitantes son La salina (7), Sácama (5), Yopal (4) y Chámeza (4). El 68%(58) de las ambulancias están localizadas en Yopal, el 6% (5) en Villanueva. La relación de ambulancias habilitadas se muestra en la tabla 25

**Tabla 25. Ambulancias habilitadas por municipio. Casanare 2019**

Municipio	Ambulancias	Ambulancias por 10.000 habitantes	Porcentaje
Aguazul	2	1	2%
Chámeza	1	4	1%
Hato Corozal	1	1	1%
La Salina	1	7	1%
Maní	3	3	4%
Monterrey	3	2	4%
Nunchía	1	1	1%
Orocué	2	2	2%
Paz de Ariporo	2	1	2%
Pore	1	1	1%
Recetor	0	0	0%
Sabanalarga	1	3	1%
Sácama	1	5	1%
San Luis de Palenque	0	0	0%
Támara	1	1	1%
Tauramena	1	0	1%
Trinidad	1	1	1%
Villanueva	5	2	6%
Yopal	58	4	68%
<b>Total Casanare</b>	<b>85</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, registro especial de prestadores –REPS.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

La distribución de ambulancias por tipo de servicio y naturaleza jurídica se muestran en la tabla 26

**Tabla 26. Distribución de las ambulancias según tipo de servicio y naturaleza jurídica. Casanare 2019**

Ambulancias	Públicas			Privadas				Total
	IPS	OSD	Sub Total	IPS	TEP	OSD	Sub Total	
Medicalizada	2	-	2	6	11	-	17	19
Básicas	17	1	18	25	17	6	48	66
Total	19	1	20	31	28	6	65	85

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, registro especial de prestadores –REPS

### 3.2.2. Acceso a servicios básicos de salud

Según la OMS, “la atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido a la vez que permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud”<sup>46</sup>. En el mundo, cerca del 80% de las mujeres son asistidas por lo menos una vez durante el embarazo (por razones relacionadas) por personal de salud capacitado; en países de ingreso medio alto, la cobertura es del 95%

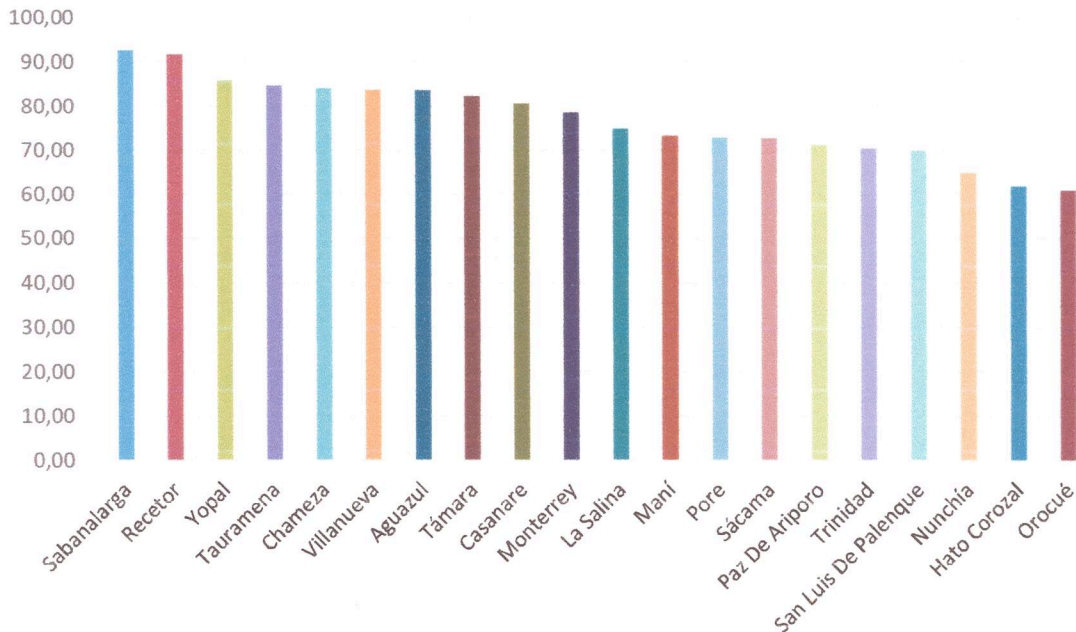
Control Prenatal: En el departamento, el 80,06%% de los recién nacidos tuvieron cuatro o más controles prenatales. Los municipios con recién nacidos que tuvieron un promedio de controles prenatales superiores al promedio departamental fueron en su orden Sabanalarga, Recetor, Yopal, Tauramena, Chámeza, Villanueva, Aguazul, Támara. Lo municipios con promedio de controles prenatales inferior al promedio departamental fueron Monterrey, La Salina, Maní, Pore, Sácama, Paz de Ariporo, Trinidad, San Luis De Palenque, Nunchía, Hato Corozal y Orocué. (Figura 30)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nít. 800.228.493 - 1

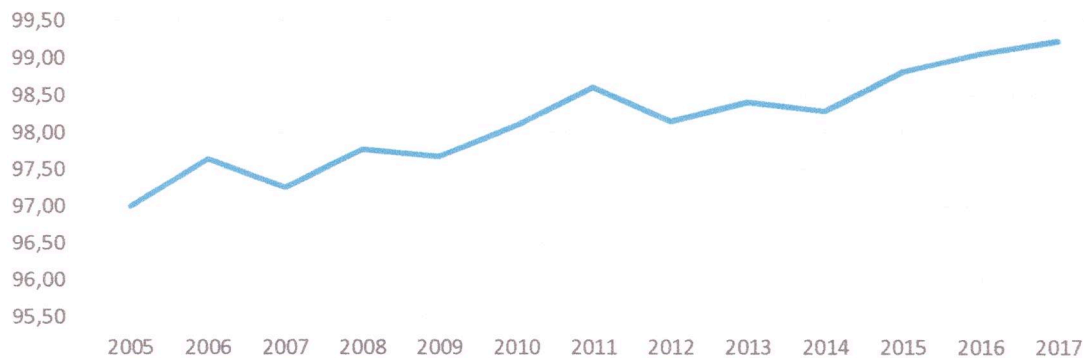
Figura 30. Porcentajes de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según municipio. Casanare 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019

Parto institucional: La cobertura del parto institucional en el departamento muestra un incremento sostenido entre 2015 y 2017, pasando de 97,00% a 99,23%. (Figura 31)

Figura 31. Cobertura del parto institucional. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019

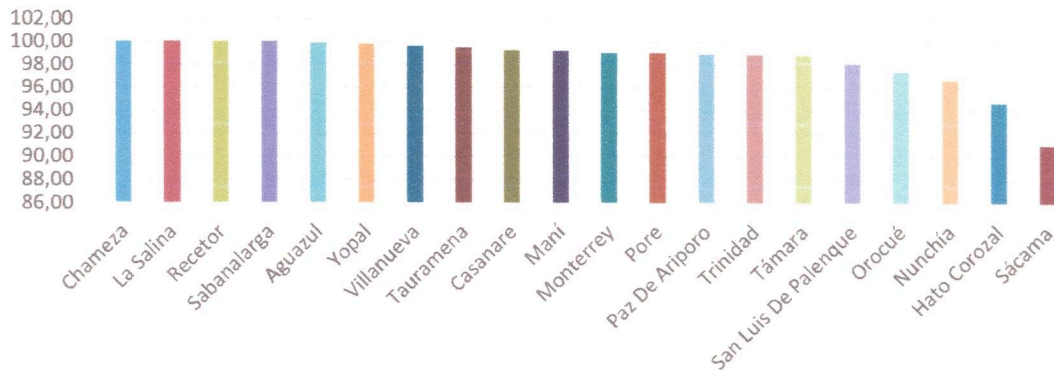
La cobertura de atención de parto institucional en 2017 fue del 99,23%. Los municipios con promedio de cobertura de atención de parto institucional superior al promedio departamental en el año 2017 fueron Chámeza,



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

La Salina, Recetor, Sabanalarga, Aguazul, Yopal, Villanueva y Tauramena. Los municipios con promedio de atención del parto inferior al promedio departamental fueron Maní, Monterrey, Pore, Paz de Ariporo, Trinidad, Támara, San Luis de Palenque, Orocué, Nunchía, Hato Corozal y Sácama. (Figura 32)

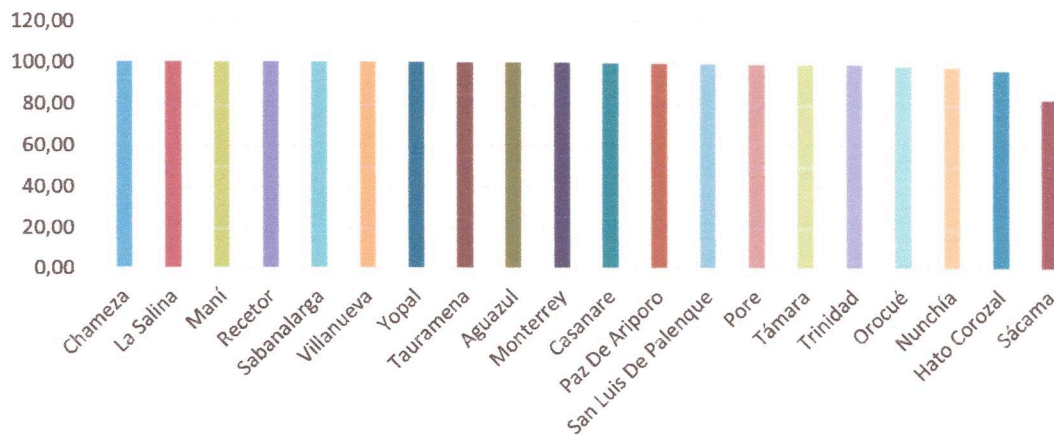
Figura 32. Cobertura del parto institucional por municipio. Casanare 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019

Atención del parto: En Casanare, el 99,43% de los partos fueron atendidos por personal profesional. Los municipios con menor porcentaje de atención de partos por personal profesional fueron Sácama, Hato Corozal, Nunchía y Orocué. (Figura 33)

Figura 33. Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019

Nacimientos por cesárea: En Colombia, aunque el porcentaje de partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos invariablemente; para 2017 el 45,47%, de los nacimientos se atendieron. En

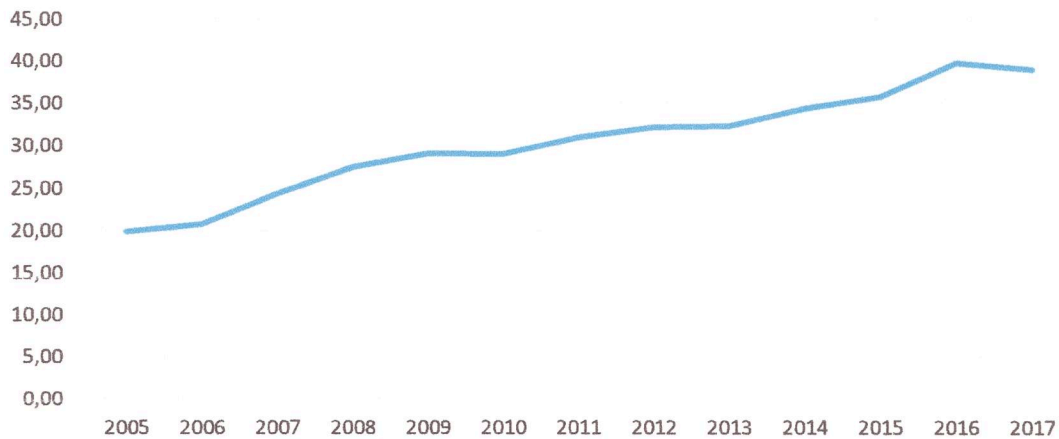




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Casanare, el promedio de cesáreas realizadas en el periodo 2005 a 2017 muestra una clara tendencia al aumento, pasando de 19,93% en el año 2005 a 38,93% en 2017. (Figura 34)

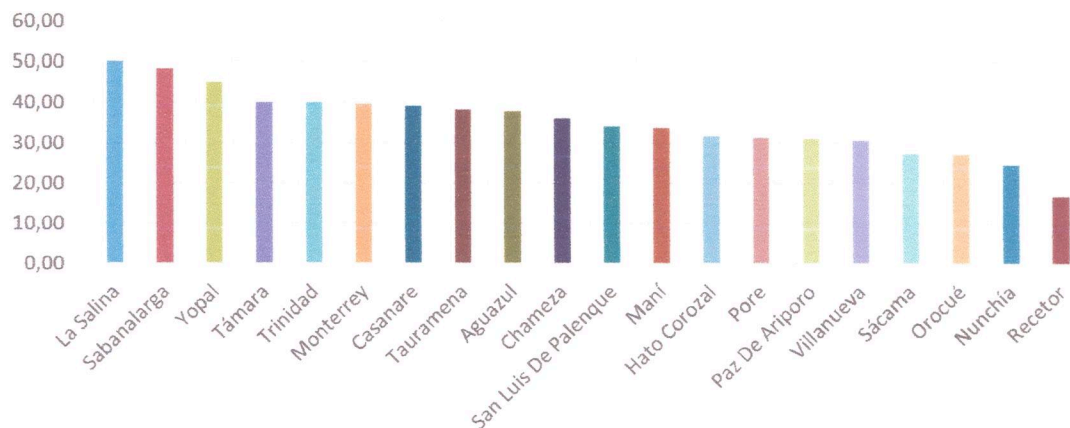
Figura 34. Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019

En el año 2017, el promedio de cesáreas realizadas fue de 38,93%. Los municipios con promedio de nacimientos por cesárea superior al promedio del departamento fueron La Salina, Sabanalarga, Yopal, Támara, Trinidad y Monterrey. (Figura 35)

Figura 35. Nacimientos por cesárea según municipio de residencia de la madre. Casanare 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 3.2.3. Semaforización del sistema sanitario de Casanare

El análisis del sistema sanitario se realizó según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. Se tomó como valor de referencia la nación. El análisis de la tendencia en el tiempo se realizó según la disponibilidad de información (Tabla 27).

El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: El valor para este indicador en Casanare es de 16,09, superior al promedio Nacional (15,08) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: El valor para este indicador en Casanare es de 4,08, cifra inferior al promedio Nacional (6,03) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La cobertura de afiliación al SGSSS: El valor para este indicador en Casanare es de 105,08, cifra superior al promedio Nacional (95,97) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Las coberturas administrativas de vacunación del Programa ampliada de Inmunizaciones (PAI) en 2018, fueron las siguientes:

Las coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: El valor para este indicador en Casanare fue de 88,90%, cifra inferior al promedio Nacional (92,46%) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Las coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: El valor para este indicador en Casanare fue de 88,84%, inferior al promedio Nacional (92,49) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Las coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año: El valor para este indicador en Casanare fue de 89,84% inferior al promedio Nacional (92,49%) pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Su tendencia fue a la disminución.

Las coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: El valor para este indicador en Casanare 92,23%, inferior al promedio Nacional (95,18%) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La semaforización de control prenatal, parto institucional y atención de parto por personal calificado, en 2017, muestra lo siguiente:

El porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: El valor para este indicador en Casanare en el año 2017 fue de 80,60%, inferior al promedio Nacional (87,7%) y la diferencia no es estadísticamente significativa.

La cobertura de parto institucional: El valor para este indicador en Casanare fue de 99,23%, superior al promedio Nacional (98,89%) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

El porcentaje de partos atendidos por personal calificado: El valor para este indicador en Casanare fue de 99,43%, superior al promedio Nacional (98,98%) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.





**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario de Casanare

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Casanare	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,1	16,09														
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,03	4,08														
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2018)	94,43	100,00				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2018)	89,13	82,83	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗		↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	92,46	88,90	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘		↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	92,49	88,84	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘		↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	95,18	92,23	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗		↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2017)	87,7	80,60	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2017)	98,89	99,23	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Casanare	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2017)	98,98	99,43	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización de ASIS 2019





## Capítulo IV. Situación Epidemiológica



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 4. Morbilidad

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y diciembre de 2018 se prestaron 4.185.262 atenciones, es decir que, en promedio, anualmente se brindaron 418.526. El 60% de las atenciones fueron a mujeres (2.495.766) y el 40% (1.689.496) a hombre

#### 4.1. Morbilidad atendida por grupo de causas

De las atenciones que demandaron el mayor número de atenciones fueron las enfermedades no transmisibles con el 66 % (2.765.444), el 12% (511.016) por condiciones transmisibles y nutricionales, el 5,30% (185.883) por lesiones y el 2% (787.820) por condiciones maternas y perinatales. El 14% (581.106) de las atenciones del periodo fueron por signos y síntomas mal clasificados, siendo la segunda causa de atención, hecho que preocupa por cuanto no permiten establecer la verdadera causa por la cual, los servicios de alud brindaron estas atenciones.

En general todas las causas han mostrado tendencia al incremento lo cual puede ser indicador del aumento en la demanda de los servicios; sin embargo, también es necesario tener en cuenta que la fase de fortalecimiento del sistema de información que, ha incrementado el uso de los datos existentes en las fuentes oficiales de información para la toma de decisiones y esto ha motivado el aumento del reporte de los RIPS al ministerio para alimentar la base de datos.

#### 4.2. Morbilidad atendida por ciclo vital

**Primera infancia (0 a 5 años):** Durante el periodo 2009 a 2018 fueron prestadas 372.567 atenciones menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 37.257. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 43% (161.073), seguido por las enfermedades transmisibles u nutricionales con el 36% (135.694) y las condiciones mal clasificadas con el 15% (54.542). (Tabla 28).

**Infancia (6 a 11 años):** En el periodo 2009 a 2018, fueron prestadas 318.016 atenciones menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 31.802. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 59% (187.627), seguido por las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 21% (65.274) y las condiciones mal clasificadas con el 15,05% (47.865). (Tabla 28)

**Adolescencia (12 a 18 años):** Durante el periodo 2009 a 2018, se brindaron 506.611 atenciones a personas de este grupo de edad para un promedio anual de 50.661. Las mayores proporciones de morbilidad atendidas fueron las Enfermedades no transmisibles con un promedio anual del 61% (309.425), las condiciones mal clasificadas con el 17% (86.069) y las condiciones transmisibles y nutricionales con el 12% (61.851). Con excepción de las enfermedades no transmisibles, todas las patologías presentaron aumento del número de atenciones. (Tabla 28)

**Juventud (14 a 26 años):** Durante el periodo 2009 a 2018, fueron brindadas 747.260 atenciones a personas pertenecientes a este grupo de edad, para un promedio anual de 74.726 atenciones. Las enfermedades no transmisibles demandaron en promedio el 61% (457.702), las condiciones mal clasificadas con el 15% (115.581), las condiciones transmisibles y nutricionales el 10% (75.961). Con excepción de las enfermedades no transmisibles, todas las patologías presentaron aumento del número de atenciones. (Tabla 28)

**Adultez (27 a 59 años):** Fueron atendidas durante el periodo 1.706.949 atenciones a personas de este grupo de edad, para un promedio anual de 170.695 atenciones. Las enfermedades transmisibles demandaron el 71%

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

(1.2184.38), las condiciones mal clasificadas con el 13% (224.280) y las condiciones transmisibles y nutricionales el 8% (141.705), Todos los eventos presentaron tendencia a disminuir. (Tabla 28)

**Persona mayor (60 años y más):** Fueron brindadas 534.359 atenciones a personas pertenecientes a este grupo de edad. Las enfermedades no transmisibles con el 81% (431.179), las condiciones mal clasificadas con el 10% (52.771) y las condiciones transmisibles y nutricionales con el 6% (30.531). Todos los eventos presentaron incremento en la demanda. (Tabla 28)

**Tabla 28. Morbilidad atendida según grandes grupos y etapa del curso de vida. Casanare 2009- 2018**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,17	37,22	41,68	45,74	40,10	35,78	33,45	37,62	32,31	31,20	-1,12
	Condiciones perinatales	1,07	1,67	1,50	0,94	0,70	0,83	1,16	1,38	1,06	1,24	0,18
	Enfermedades no transmisibles	40,17	43,61	37,13	35,70	42,04	47,71	47,69	42,97	42,91	41,57	-1,34
	Lesiones	2,66	3,48	4,47	3,72	3,73	3,92	4,93	5,60	5,39	5,81	0,42
	Condiciones mal clasificadas	13,93	14,02	15,22	13,91	13,43	11,76	12,77	12,44	18,33	20,18	1,85
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,60	24,55	23,07	22,43	20,06	17,82	18,17	21,77	19,57	18,83	-0,73
	Condiciones maternas	0,08	0,03	0,05	0,02	0,03	0,04	0,14	0,17	0,68	0,23	-0,45
	Enfermedades no transmisibles	51,65	56,74	57,44	61,03	63,26	65,90	63,61	57,34	54,64	53,22	-1,42
	Lesiones	3,40	4,29	5,75	3,25	3,85	3,96	5,01	6,86	6,56	6,75	0,19
	Condiciones mal clasificadas	14,28	14,39	13,69	13,27	12,80	12,28	13,07	13,86	18,55	20,96	2,41
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,46	16,07	15,42	14,11	13,17	11,13	11,42	11,82	11,03	8,94	-2,09
	Condiciones maternas	2,09	1,92	1,64	1,61	1,89	2,80	4,55	5,16	3,81	3,23	-0,58
	Enfermedades no transmisibles	55,59	60,53	60,68	63,85	63,50	66,10	62,87	58,59	58,36	59,34	0,98
	Lesiones	4,65	5,86	6,05	4,56	4,61	4,76	6,26	7,92	7,08	8,10	1,01
	Condiciones mal clasificadas	17,21	15,62	16,21	15,87	16,82	15,21	14,90	16,51	19,72	20,39	0,67
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,00	12,26	11,99	11,39	9,70	8,78	11,25	9,59	8,53	9,50	0,97
	Condiciones maternas	3,74	3,71	4,81	3,26	3,44	4,26	6,83	8,58	7,42	6,60	-0,81
	Enfermedades no transmisibles	62,57	63,68	61,43	66,03	64,85	67,02	61,96	56,66	56,77	55,24	-1,53
	Lesiones	4,68	6,06	7,00	5,77	6,04	6,65	6,86	9,66	8,43	10,06	1,62
	Condiciones mal clasificadas	15,02	14,30	14,76	13,55	15,96	13,29	13,10	15,51	18,85	18,59	-0,26
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,67	9,55	9,23	8,90	7,95	7,11	8,87	8,44	7,25	8,03	0,78
	Condiciones maternas	1,19	0,81	1,34	0,84	0,89	1,06	1,64	1,51	1,84	1,61	-0,23
	Enfermedades no transmisibles	69,75	71,54	70,32	73,30	73,50	74,40	72,59	70,17	70,05	67,46	-2,60
	Lesiones	4,30	5,33	5,94	5,01	5,51	5,34	5,18	6,43	6,17	7,48	1,31
	Condiciones mal clasificadas	13,09	12,76	13,17	11,94	12,14	12,10	11,72	13,45	14,69	15,42	0,73
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,33	6,59	6,38	6,86	6,09	5,75	6,00	5,79	5,02	4,93	-0,10
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,07	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	77,95	79,27	79,31	80,85	80,95	81,30	81,21	80,72	80,89	80,15	-0,74
	Lesiones	3,58	4,18	3,89	3,00	4,36	3,56	3,67	4,01	3,36	4,09	0,73
	Condiciones mal clasificadas	10,14	9,94	10,35	9,28	8,59	9,38	9,12	9,48	10,73	10,83	0,10

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases para actualización de ASIS 2019





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

4.2.1. **Morbilidad atendida por curso de vida en hombres:**

En hombres, ciclo vital primera infancia (0 a 5 años) en hombres, durante el periodo 2009 a 2018, fueron atendidos 199.240 menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 19.920. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 42,86% (85.392), seguido por las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 36% (72.314) y las condiciones mal clasificadas con el 14,50% (28.895).  
Tabla 29

En el ciclo vital infancia (6 a 11 años), en el periodo 2009 a 2018, fueron prestadas 164.174 atenciones en menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 16.417. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 58,89% (96.675), seguido por las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 20,63% (27.491) y las condiciones mal clasificadas con el 13,16% (17.532).  
Tabla 29

En el ciclo vital adolescencia (12 a 17 años), fueron prestadas 208.191 atenciones en personas de este grupo de edad para un promedio anual de 20.819. Las mayores proporciones de morbilidad atendidas fueron las enfermedades no transmisibles con un promedio anual del 61,47% (127.912), las condiciones transmisibles y nutricionales con el 13,98% (29.091) y las condiciones mal clasificadas con el 14,99% (31.187). Con excepción de las enfermedades no transmisibles, todas las patologías presentaron aumento del número de atenciones.  
Tabla 29

En el ciclo vital juventud (18 a 27 años) durante el periodo 2009 a 2018, fueron prestadas 243.694 atenciones en personas pertenecientes a este grupo de edad, para un promedio anual de 24.369 atenciones. Las enfermedades no transmisibles demandaron en promedio el 60,27% (146.865), las condiciones transmisibles y nutricionales el 12,48% (30.409) y las lesiones con el 15,19% (37.009) y las condiciones mal definidas con el 11,94% (29.092). Con excepción de las enfermedades no transmisibles, todas las patologías presentaron aumento del número de atenciones.  
Tabla 29

En el ciclo vital adultez (28 a 59 años), durante el periodo 2009 a 2018 fueron prestadas 630.179 atenciones a personas de este grupo de edad, para un promedio anual de 59.018 atenciones. Las enfermedades transmisibles demandaron el 69,66% (439.002), las condiciones mal clasificadas con el 10,01% (69.363), las lesiones con 10,14% (63.905) y las condiciones transmisibles y nutricionales el 9,18% (57.867), Todos los eventos presentaron tendencia a disminuir.  
Tabla 29

En este ciclo vital de persona mayor (60 años y más, en el periodo 2009 a 2018, fueron prestadas 244.118 atenciones, para un promedio anual de 24.412. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 79,52% (194.129), seguido por las condiciones mal clasificadas con el 10,01% (24.425) y las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 5,93% (14.483).  
Tabla 29





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 29. Morbilidad atendida por ciclo vital en hombres. Casanare 2009 – 2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,44	37,64	41,97	46,69	40,10	35,65	33,28	36,95	31,42	31,30	-0,12
	Condiciones perinatales	0,92	1,98	1,92	1,11	0,77	0,93	1,39	1,56	1,11	1,21	0,10
	Enfermedades no transmisibles	39,14	42,28	36,28	34,63	41,32	47,77	46,99	42,84	43,09	41,78	-1,31
	Lesiones	3,07	3,62	4,76	3,94	4,12	4,13	5,48	6,36	6,41	6,30	-0,11
	Condiciones mal clasificadas	14,43	14,48	15,06	13,64	13,70	11,52	12,86	12,29	17,97	19,40	1,43
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,09	24,37	22,34	21,99	20,12	17,83	17,73	21,24	19,19	18,68	-0,51
	Condiciones maternas	0,05	0,00	0,08	0,03	0,02	0,03	0,11	0,20	0,75	0,22	-0,53
	Enfermedades no transmisibles	51,83	56,69	57,72	60,93	63,44	65,50	63,40	57,20	54,56	53,33	-1,23
	Lesiones	4,27	4,95	7,49	4,03	4,74	4,95	6,07	8,40	7,88	7,95	0,07
	Condiciones mal clasificadas	13,75	13,99	12,37	13,01	11,68	11,67	12,70	12,96	17,63	19,83	2,20
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,90	17,55	17,20	16,49	15,69	13,51	12,83	13,01	12,45	10,01	-2,44
	Condiciones maternas	0,03	0,00	0,04	0,03	0,09	0,07	0,13	0,14	0,20	0,24	0,04
	Enfermedades no transmisibles	51,63	57,78	58,53	63,39	63,00	65,78	63,85	60,99	59,31	61,26	1,95
	Lesiones	7,28	8,42	9,47	6,36	7,45	7,08	9,43	11,87	11,06	11,50	0,43
	Condiciones mal clasificadas	17,16	16,25	14,77	13,74	13,77	13,56	13,77	13,99	16,97	16,99	0,02
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,46	15,66	15,24	13,68	12,01	10,80	14,32	11,33	10,30	11,43	1,13
	Condiciones maternas	0,05	0,00	0,01	0,02	0,02	0,00	0,08	0,94	0,09	0,11	0,02
	Enfermedades no transmisibles	58,97	60,40	58,37	64,78	64,49	65,65	61,14	54,81	57,24	55,34	-1,90
	Lesiones	10,35	11,16	13,33	10,55	12,78	12,81	14,59	21,59	18,25	19,26	1,01
	Condiciones mal clasificadas	13,18	12,78	13,05	10,97	10,70	10,73	9,87	11,33	14,13	13,86	-0,26
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,99	10,64	10,13	9,52	8,44	7,96	9,65	8,88	8,23	9,46	1,22
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,01	0,01	0,00
	Enfermedades no transmisibles	67,49	68,35	68,22	71,86	72,74	73,23	71,12	66,95	68,06	65,75	-2,31
	Lesiones	7,64	8,82	9,77	8,00	8,98	8,67	9,48	13,13	11,45	12,78	1,33
	Condiciones mal clasificadas	11,88	12,18	11,88	10,62	9,83	10,13	9,75	11,01	12,25	12,01	-0,25

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases para actualización de ASIS 2019

Morbilidad atendida por curso de vida en mujeres:

En el ciclo vital primera infancia (0 a 5 años) en hombres, durante el periodo 2009 a 2018, fueron atendidas 173.327 menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 17.333 La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 43,66% (75.681), seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 36,57% (63.380) y las condiciones mal clasificadas con el 14,80% (25.647). Tabla 30

En el ciclo vital infancia (6 a 11 años), en el periodo 2009 a 2018, fueron prestadas 153.842 atenciones menores de este ciclo vital, para un promedio anual de 15.384. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 59,12% (90.952), seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 20,87% (32.101) y las condiciones mal clasificadas con el 15,82% (24.345). Tabla 30

En el ciclo vital adolescencia (12 a 17 años), se atendieron 298.020 personas de este grupo de edad para un promedio anual de 29.802. Las mayores proporciones de morbilidad atendidas fueron las Enfermedades no transmisibles con un promedio anual del 60,91% (181.519), seguido por las condiciones mal clasificadas con el 18,42% (54.882) y las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 10,99% (32.101). Tabla 30

En el ciclo vital juventud (18 a 27 años) durante el periodo 2009 a 2018, fueron atendidas 503.566 personas pertenecientes a este grupo de edad, para un promedio anual de 50.356 atenciones. Las enfermedades no





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

transmisibles demandaron en promedio el 61,73% (310.870), seguido por las condiciones mal clasificadas con el 17,18% (86.489) y las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 9,05% (45.552). Tabla 30

En el ciclo vital adultez (28 a 59 años) fueron atendidas durante el periodo 1.076.770 personas de este grupo de edad, para un promedio anual de 107.677 atenciones. Las enfermedades transmisibles demandaron el 72,39% (779.436), las condiciones mal clasificadas con el 14,39% (154.917) y las condiciones transmisibles y nutricionales el 7,79% (83.838). Todos los eventos presentaron tendencia a disminuir. Tabla 30

En el ciclo vital persona mayor (60 años y más, en el periodo 2009 a 2018, se prestaron 290.241 atenciones, para un promedio anual de 29.024. La principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 81,67% (237.050), seguido por las condiciones mal clasificadas con el 9,77% (28.346) y las enfermedades transmisibles y nutricionales con el 5,53% (16.048). Tabla 30

**Tabla 30. Morbilidad atendida por ciclo vital en mujeres. Casanare 2009 – 2018**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2016-2017
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,87	36,76	41,33	44,66	40,10	36,57	36,57	42,17	37,22	41,68	4,46
	Condiciones perinatales	1,23	1,33	0,99	0,74	0,62	0,97	0,97	1,07	1,67	1,50	-0,17
	Enfermedades no transmisibles	41,30	45,07	39,14	36,92	42,93	43,66	43,66	40,17	43,61	37,13	-6,48
	Lesiones	2,21	3,32	4,14	3,46	3,25	4,00	4,00	2,66	3,48	4,47	1,00
	Condiciones mal clasificadas	13,39	13,51	15,40	14,22	13,11	14,80	14,80	13,93	14,02	15,22	1,20
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,14	24,75	23,84	22,87	19,99	17,80	18,64	22,34	19,98	19,01	-0,97
	Condiciones maternas	0,11	0,06	0,03	0,02	0,05	0,04	0,18	0,14	0,61	0,25	-0,36
	Enfermedades no transmisibles	51,45	56,80	57,14	61,13	63,07	66,32	63,84	57,48	54,73	53,10	-1,63
	Lesiones	2,48	3,60	3,88	2,43	2,95	2,90	3,89	5,20	5,13	5,42	0,29
	Condiciones mal clasificadas	14,83	14,80	15,11	13,55	13,94	12,93	13,46	14,84	19,55	22,23	2,68
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,05	14,93	14,07	12,43	11,43	9,53	10,46	11,00	10,06	8,12	-1,93
	Condiciones maternas	3,53	3,41	2,86	2,73	3,14	4,64	7,54	8,61	6,27	5,51	-0,76
	Enfermedades no transmisibles	58,36	62,67	62,31	64,17	63,85	66,32	62,21	56,94	57,71	57,89	0,17
	Lesiones	2,81	3,87	3,46	3,30	2,65	3,20	4,12	5,21	4,38	5,51	1,13
	Condiciones mal clasificadas	17,24	15,12	17,30	17,37	18,92	16,31	15,66	18,24	21,58	22,97	1,38
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,46	10,53	10,28	10,24	8,61	7,70	9,90	8,88	7,70	8,41	0,72
	Condiciones maternas	5,38	5,59	7,35	4,88	5,08	6,53	9,79	11,69	10,86	10,28	-0,58
	Enfermedades no transmisibles	64,17	65,34	63,06	66,67	65,02	67,75	62,32	57,42	56,55	55,19	-1,36
	Lesiones	2,15	3,48	3,66	3,37	2,83	3,36	3,47	4,80	3,82	4,86	1,03
	Condiciones mal clasificadas	15,84	15,07	15,66	14,85	18,46	14,66	14,51	17,21	21,07	21,27	0,20
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,87	8,81	8,62	8,50	7,62	6,54	8,48	8,25	6,73	7,10	0,37
	Condiciones maternas	1,90	1,35	2,25	1,40	1,49	1,75	2,46	2,17	2,81	2,66	-0,15
	Enfermedades no transmisibles	71,13	73,73	71,74	74,24	74,02	75,16	73,33	71,58	71,12	68,58	-2,54
	Lesiones	2,28	2,96	3,34	3,06	3,17	3,14	3,03	3,47	3,36	4,01	0,65
	Condiciones mal clasificadas	13,82	13,16	14,05	12,81	13,71	13,39	12,71	14,52	15,98	17,65	1,66
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,57	6,46	5,94	7,20	6,19	5,79	5,85	5,46	4,75	4,55	-0,20
	Condiciones maternas	0,01	0,04	0,10	0,01	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
	Enfermedades no transmisibles	78,34	80,36	81,21	81,05	81,57	82,06	82,33	81,86	81,76	81,39	-0,36
	Lesiones	3,20	3,27	3,05	2,15	3,58	2,79	2,76	3,57	2,81	3,30	0,50
	Condiciones mal clasificadas	9,88	9,87	9,70	9,58	8,63	9,35	9,06	9,11	10,69	10,74	0,06

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases para actualización de ASIS 2019





#### 4.3. Morbilidad atendida por subgrupo de grupo causas

En el grupo Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64), demandaron el 12% (511.016) del total de atenciones en el periodo 2009 a 2018. El subgrupo que demandó el mayor número de atenciones fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73) con el 51,33% del total de atenciones, seguido por las Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66) con el 42,57% (217.527) y las deficiencias nutricionales E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64) con el 6,08% (31.054) del total de atenciones. (Tabla 31)

En el grupo Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96), los subgrupos con mayor número de atenciones fueron las condiciones maternas (O00-O99) con el 93,42% (82.043) y las condiciones las derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96) con el 6,58% (5.777) y Tabla 31

En el grupo Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99), los subgrupos de patologías con mayor número de atenciones fueron las condiciones orales (K00-K14) con el 27,07% (748.476), seguido por las enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98) con el 12,25% (338.896), las enfermedades musculo esqueléticas con el 10,54% (291.590) y las enfermedades cardiovasculares (I00-I99) con el 9,77% (270.239). Tabla 31

En el grupo lesiones, los subgrupos de causas con mayor número de atenciones en el periodo 2009 a 2018 fueron los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) con el 93,35% (239-874) y las lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con el 5,99% (14.376) del total de atenciones. Tabla 31

Signos y síntomas mal definidos (R00-R99): Del total de atenciones recibidas durante el periodo 2009 a 2018, 581.108 corresponden a este grupo de patologías



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 31. Morbilidad atendida por subgrupo de causas. Casanare 2009 – 2018

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-C04, N70-N73, J00-J06, J10-J22, J20-J22, H65-H66, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	44,76	47,32	47,69	50,21	49,91	48,31	58,57	53,04	48,05	55,07	7,02
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	50,90	46,99	47,77	43,40	43,51	44,80	34,56	39,48	45,67	39,70	-5,97
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,33	5,69	4,54	6,39	6,58	6,89	5,87	7,46	6,27	5,22	-1,05
Condiciones maternas (O00-O99)	Condiciones maternas (O00-O99)	89,42	86,85	91,74	93,42	93,35	94,37	94,99	91,97	94,13	93,66	-0,47
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	10,58	13,15	8,26	6,58	6,65	5,63	5,01	8,03	5,87	6,34	0,47
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, E10-E14, E20-E34, E55-E88, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G05-G08, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, L00-L98, M00-M99, N00-N64, N75-N98, O00-Q99, R00-R99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,67	1,01	1,17	1,03	0,98	1,09	1,46	1,48	1,72	1,52	-0,20
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,74	0,97	1,10	1,09	1,01	1,22	1,27	1,23	1,29	1,38	0,08
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,43	1,44	1,87	1,75	1,93	1,70	2,64	3,36	3,19	3,12	-0,08
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,82	4,64	5,60	6,15	5,99	5,88	5,30	6,02	5,55	6,00	0,46
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G05-G08)	4,52	5,42	5,20	4,69	5,05	4,97	6,28	8,85	7,43	7,53	0,11
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,29	8,48	8,55	7,57	6,93	7,50	7,67	7,97	11,05	9,66	-1,38
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	7,19	5,44	7,74	6,10	6,39	7,05	10,89	14,21	12,62	10,91	-1,71
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,69	3,31	3,37	2,94	2,76	2,62	2,48	2,84	2,62	2,59	-0,03
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,43	6,10	6,37	6,22	5,91	5,69	5,40	6,19	5,74	5,89	0,15
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	14,10	13,22	13,35	13,31	12,49	12,38	11,46	13,20	11,40	11,27	-0,13
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,30	7,11	6,38	5,90	5,83	5,18	4,52	5,35	4,92	5,14	0,22
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10,56	11,46	11,32	11,95	11,55	11,07	10,51	9,26	9,39	10,65	1,26
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,53	0,65	0,67	0,65	1,02	0,86	0,83	1,02	0,87	0,90	0,04
Condiciones orales (K00-K14)	29,72	30,75	27,32	30,66	32,16	32,80	29,29	19,02	22,22	23,44	1,22	
Lesiones (V01-Y88, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,54	8,74	5,80	4,81	4,41	5,42	5,65	8,01	6,21	5,71	-0,50
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,33	0,25	0,66	0,38	0,43	0,47	0,76	0,82	0,63	0,53	-0,10
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,06	0,06	0,07	0,05	0,12	0,10	0,08	0,04	0,04	-0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,08	90,95	93,48	94,74	95,11	93,99	93,50	91,09	93,12	93,72	0,60
Signos y síntomas mal definidos (R00-)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2019





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

### Nit. 800.228.493 - 1

#### 4.3.1. Morbilidad atendida por subgrupo de causas en hombres

En el periodo 2009 a 2018 fueron prestadas 237.393 atenciones por patologías del grupo Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64). para los hombres, el subgrupo que demandó el mayor número de atenciones fueron las atenciones por enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73) con el 51,93% (123.239), seguido por las Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66) con el 42,78% (101.526) y las deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64) con el 5,30% (12.572). Tabla 32

En el periodo 2009 a 2018 fueron brindadas 2.856 atenciones por patologías del grupo Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96), los subgrupos con mayor número de atenciones en hombres, fueron las condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96) con el 92,91% (3.156) y las condiciones maternas (O00-O99) con el 7,09% (241) del total de atenciones. Tabla 32

De las 1.089.975 atenciones recibidas por personas del sexo masculino por patologías del grupo Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99), los subgrupos de patologías con mayor número de atenciones fueron las condiciones orales (K00-K14) con el 28,92% (315.253), seguido por las enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99) con 11,35% (123.666) y las enfermedades cardiovasculares (I00-I99) con el 10,04% (109.407). Tabla 32

Las patologías del grupo lesiones, demandaron 152.305 atenciones. Los subgrupos de causas con mayor número de atenciones en hombres, fueron los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) con el 94,19% (143.451) y las lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con el 5,47% (8.333) del total de atenciones. Tabla 32

Signos y síntomas mal definidos (R00-R99): durante el periodo 2009 a 2018, del total de atenciones, 206.482 casos correspondieron a estos de este grupo de patologías. Tabla 32.



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

**Tabla 32. Morbilidad atendida por subgrupo de causas en hombres. Casanare 2009 – 2018**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,88	48,11	48,65	51,71	51,17	49,25	58,81	51,70	48,97	57,19	8,22
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	50,94	47,44	47,69	42,72	43,25	44,75	35,90	40,95	45,51	38,38	-7,13
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,17	4,46	3,66	5,57	5,58	6,00	5,29	7,35	5,51	4,43	-1,09
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	5,92	1,53	2,54	5,63	8,38	3,52	9,40	6,62	8,05	10,00	1,95
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	94,08	98,47	97,46	94,36	91,62	96,48	90,60	93,38	91,95	90,00	-1,95
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G08, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K32, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, C00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,75	0,99	1,14	0,99	1,01	1,04	1,68	1,76	1,70	1,46	-0,24
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,50	0,66	0,85	0,78	0,75	0,82	0,95	0,70	0,80	0,83	0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,56	1,84	2,27	2,14	2,33	1,96	2,68	3,45	3,44	3,36	-0,08
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,89	5,04	5,71	6,25	5,74	5,41	4,61	4,71	4,38	4,90	0,52
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G08)	4,30	5,38	5,11	4,68	5,08	5,09	7,55	11,64	8,84	8,53	-0,31
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,58	9,44	9,26	8,33	7,71	8,17	8,25	8,57	12,24	10,15	-2,09
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	7,47	6,02	8,14	6,52	7,15	7,53	11,10	14,50	12,83	11,04	-1,79
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,84	4,37	4,06	3,78	3,29	3,23	3,24	3,67	3,23	2,99	-0,24
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,42	6,47	7,15	6,46	6,28	6,13	5,57	6,13	6,08	6,23	0,15
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	5,20	5,37	6,60	6,13	6,10	6,11	6,55	7,53	6,26	7,43	1,17
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,79	6,29	7,73	6,93	6,77	6,04	5,40	6,43	5,73	5,73	-0,01
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,19	12,69	12,73	13,33	12,81	12,19	10,30	9,48	9,90	11,76	1,87
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,62	0,73	0,72	0,62	1,13	0,97	0,99	1,29	0,98	0,96	-0,02
Condiciones orales (K00-K14)	32,88	32,71	28,51	33,06	33,84	35,31	31,13	20,13	23,60	24,64	1,05	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,89	7,10	5,31	4,09	4,02	4,83	5,09	7,32	5,87	5,47	-0,40
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,34	0,15	0,34	0,27	0,29	0,29	0,35	0,36	0,28	0,18	-0,10
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,07	0,03	0,06	0,05	0,08	0,07	0,07	0,04	0,04	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,74	92,68	94,33	95,58	95,64	94,80	94,49	92,25	93,81	94,31	0,50
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2019





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

### 4.3.2. Morbilidad atendida por subgrupo de causas en mujeres

El grupo Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64) demandó 273.679 atenciones por parte de las mujeres; el subgrupo que demandó el mayor número de atenciones en el periodo 2009 a 2018 fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73) con el 50,86% (139.196) del total de atenciones, seguido por las Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66) con el 42,39% (116.001) y las deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64) con el 6,75% (18.482) Tabla 33.

En el grupo Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96) se brindaron por parte de los servicios de salud en el periodo 2009 a 2018 en total 84.423 atenciones. Los subgrupos con mayor número de atenciones en mujeres, fueron las condiciones maternas (O00-O99) con el 96,90% (81.802) y las condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96) con el 3,10% (2.621) del total de atenciones del periodo. Tabla 33

Durante el periodo 2009 a 2018 se brindaron 1.675.469 atenciones por patologías del grupo Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99). Los subgrupos de patologías con mayor número de atenciones en mujeres, fueron las condiciones orales (K00-K14) con el 25,86% (433.223), seguido por las enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98) con el 16,01% (268.261) y enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99) con el 10,02% (167.924). Tabla 33

En el periodo 2009 a 2018 se prestaron 87.529 atenciones a mujeres por eventos del grupo lesiones, los subgrupos de causas con mayor número de atenciones fueron los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) con el 91,89% (80.467) y las lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89) con el 6,90% (6.043) del total de atenciones. Tabla 33

Signos y síntomas mal definidos (R00-R99): durante el periodo 2009 a 2018, de las atenciones brindadas por el sistema sanitario, 374.626 correspondieron a eventos de este grupo. Tabla 33.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 33. Morbilidad atendida por subgrupo de causas en mujeres. Casanare 2009 – 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	43,78	46,59	46,79	48,90	48,76	47,44	60,18	64,08	47,29	55,07	7,78
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	50,87	46,58	47,85	43,99	43,75	44,84	33,49	38,34	45,80	39,70	-5,10
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E54)	5,35	6,82	5,37	7,11	7,49	7,72	6,33	7,58	6,90	5,22	-1,68
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	93,36	93,33	96,70	96,91	96,46	97,14	98,00	96,47	97,31	10993,00	10895,69
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	6,64	6,67	3,30	3,09	3,54	2,86	2,00	3,53	2,69	6,34	3,65
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,62	1,03	1,19	1,06	0,96	1,13	1,32	1,31	1,73	1,57	-0,17
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,89	1,17	1,26	1,30	1,19	1,50	1,47	1,53	1,60	1,77	0,17
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,35	1,18	1,60	1,48	1,65	1,53	2,62	3,32	3,04	2,94	-0,10
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,78	4,38	5,52	6,08	6,16	6,20	5,73	6,78	6,28	6,80	0,52
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,66	5,45	5,26	4,70	5,02	4,88	5,50	7,22	6,54	6,62	0,26
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,48	7,84	8,07	7,06	6,39	7,04	7,32	7,62	10,30	9,31	-0,99
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	7,02	5,06	7,46	5,82	5,85	6,71	10,76	14,05	12,49	10,81	-1,68
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	2,96	2,60	2,89	2,38	2,39	2,19	2,01	2,36	2,24	2,30	0,06
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,44	5,86	5,84	6,06	5,66	5,38	5,29	6,23	5,53	5,64	0,12
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	19,67	18,41	17,95	18,08	16,93	16,71	14,46	16,49	14,63	14,04	-0,59
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,36	6,33	5,46	5,22	5,18	4,58	3,99	4,72	4,40	4,71	0,31
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	9,55	10,64	10,35	11,03	10,67	10,29	10,64	9,12	9,07	9,85	0,78
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,47	0,60	0,63	0,57	0,95	0,79	0,73	0,86	0,80	0,87	0,07
Condiciones orales (K00-K14)	27,75	29,45	26,50	29,06	30,98	31,06	28,17	18,39	21,35	22,57	1,22	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,76	11,56	6,72	5,97	5,14	6,45	6,54	9,11	6,81	6,15	-0,65
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,33	0,42	1,28	0,56	0,69	0,78	1,40	1,56	1,26	1,20	-0,06
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,07	0,04	0,12	0,07	0,05	0,21	0,15	0,10	0,04	0,03	-0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,84	87,97	91,87	93,40	94,13	92,56	91,92	89,23	91,89	92,62	0,73
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2019





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.4. Morbilidad por eventos de salud mental:

Durante el periodo 2009 a 2018, los servicios sanitarios brindaron 130.819 atenciones por eventos de salud mental. Para todas las etapas del curso de vida, la primera causa de atención fueron los trastornos mentales y del comportamiento, seguido por las atenciones por epilepsia y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias Psicoactivas. Tabla 34

Tabla 34. Morbilidad por eventos de salud mental. Casanare 2009 a 2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,66	84,84	80,74	85,38	79,28	84,47	87,41	72,44	89,04	91,32	2,28
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,30	0,14	0,11	0,14	0,08	-0,05
	Epilepsia	12,34	15,16	19,26	14,62	20,20	15,23	12,45	27,45	10,83	8,60	-2,23
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,21	89,09	90,73	93,40	91,83	88,38	92,08	86,84	93,67	96,37	2,70
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,04	0,16	0,21	0,02	0,00	-0,02
	Epilepsia	6,79	10,91	9,27	6,60	7,59	10,58	7,76	12,95	6,12	3,63	-2,49
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,96	82,92	70,20	73,61	80,34	76,90	75,81	72,31	79,54	81,80	2,26
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,14	1,82	3,97	4,72	4,43	4,73	5,16	3,90	3,88	5,89	2,01
	Epilepsia	27,90	15,26	25,83	21,67	15,23	18,37	19,03	23,79	16,58	12,31	-4,27
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,25	85,25	75,93	66,85	66,03	70,67	69,34	66,21	66,79	77,88	11,09
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7,01	1,09	2,47	2,75	3,72	4,32	3,66	3,47	3,73	4,63	0,90
	Epilepsia	31,73	13,66	21,60	30,40	30,25	25,01	27,00	30,33	29,47	17,49	-11,98
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,68	86,96	83,94	78,98	74,00	73,30	77,79	71,90	76,35	82,85	6,50
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,26	0,49	1,41	1,34	2,21	2,04	1,35	0,47	0,63	1,13	0,49
	Epilepsia	30,07	12,54	14,65	19,68	23,78	24,66	20,86	27,63	23,01	16,02	-6,99
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,11	89,67	87,54	82,50	82,46	88,89	86,27	89,37	84,69	89,77	5,07
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,21	0,76	0,73	0,44	0,28	-0,16
	Epilepsia	20,90	10,33	12,46	17,50	16,54	10,90	12,97	9,91	14,87	9,96	-4,91

Fuente: Elaboración propia a partir de los Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2019

Los hombres demandaron 68.173 (52%) atenciones por eventos de salud mental. Para todos los grupos poblacionales y durante todos los años del periodo 2009 a 2018, la primera causa de atención fueron los trastornos mentales y del comportamiento, seguido por las atenciones por epilepsia y en menor proporción los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. Tabla 35



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 35. Morbilidad por eventos de salud mental en hombres. Casanare 2009 a 2018

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,99	87,64	91,37	89,11	82,14	85,66	89,19	73,50	90,55	93,08	2,53
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,21	0,17	0,22	0,00	-0,22
	Epilepsia	6,01	12,36	8,63	10,89	17,86	13,82	10,59	26,33	9,23	6,92	-2,30
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	94,39	90,96	91,28	92,95	93,17	91,31	92,46	87,81	95,00	97,01	2,01
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,06	0,07	0,33	0,03	0,00	-0,03
	Epilepsia	5,61	9,02	8,72	7,05	6,25	8,63	7,46	11,86	4,97	2,98	-1,99
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,67	83,14	76,64	75,60	78,35	76,80	70,49	63,35	77,85	79,47	1,62
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,62	1,57	5,22	6,22	4,62	4,77	6,12	4,27	4,50	9,68	5,18
	Epilepsia	32,72	15,29	18,14	18,18	17,03	18,43	23,39	32,38	17,65	10,85	-6,51
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	50,00	76,56	70,78	64,75	63,07	65,84	64,94	62,09	61,08	72,93	11,85
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	13,70	0,78	3,57	5,04	6,88	8,02	6,25	5,68	5,41	7,19	1,78
	Epilepsia	36,30	22,66	25,65	30,22	30,05	26,15	28,80	32,23	33,52	19,88	-13,64
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,71	83,23	77,08	79,08	64,48	65,18	71,92	60,27	68,94	79,16	9,82
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,86	1,24	4,44	2,68	5,43	4,39	2,49	0,73	1,12	1,83	0,71
	Epilepsia	35,43	15,53	18,46	18,24	30,08	30,43	25,58	39,00	29,54	19,01	-10,53
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,56	78,05	87,16	91,55	89,76	94,26	94,29	87,49	81,46	89,61	7,15
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,85	0,00	0,00	0,00	1,81	0,00	1,43	1,53	0,60	0,27	-0,33
	Epilepsia	17,59	21,95	12,84	8,45	8,43	5,74	14,29	10,99	17,94	11,13	-6,82

Fuente: Elaboración propia a partir de los Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2019





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Las mujeres demandaron 62.646 (48%) atenciones por eventos de salud mental. Para todos los grupos poblacionales y durante todos los años del periodo 2009 a 2018, la primera causa de atención fueron los trastornos mentales y del comportamiento, seguido por las atenciones por epilepsia y en menor proporción los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. Tabla 36

**Tabla 36. Morbilidad por eventos de salud mental en mujeres. Casanare 2009 a 2018**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,26	74,05	82,54	78,84	73,78	81,88	81,88	87,66	84,84	80,74	-4,10
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	19,74	25,95	37,46	21,16	24,72	17,99	17,99	12,34	15,16	19,26	4,10
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,08	85,16	89,83	94,20	89,55	85,25	91,41	85,12	95,17	95,17	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	8,82	14,84	10,07	5,80	9,86	14,75	8,27	14,88	4,83	4,83	0,00
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,00	82,61	81,15	70,86	82,63	77,04	83,17	84,19	84,88	84,98	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7,00	2,17	2,23	2,65	4,20	4,68	3,84	3,41	0,71	0,71	0,00
	Epilepsia	24,00	15,22	36,62	26,49	13,17	18,28	13,00	12,40	14,31	14,31	0,00
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,43	89,92	80,59	68,64	68,34	75,78	73,82	71,19	84,05	84,05	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,37	1,26	1,47	0,81	1,25	0,40	1,02	0,78	1,44	1,44	0,00
	Epilepsia	27,21	8,82	17,94	30,55	30,41	23,81	25,16	28,02	14,51	14,51	0,00
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,14	88,68	86,96	78,88	80,28	77,44	81,38	80,07	85,95	85,95	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,14	0,08	0,10	0,09	0,85	0,66	0,29	0,54	0,54	0,00
	Epilepsia	25,86	11,17	12,96	21,02	19,63	21,71	17,96	19,65	13,51	13,51	0,00
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	75,27	93,01	87,72	75,28	77,25	85,49	87,04	90,81	90,60	90,60	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,35	0,23	0,11	0,29	0,29	0,00
	Epilepsia	24,73	6,99	12,28	24,72	22,32	14,16	11,93	9,08	9,12	9,12	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2019

#### 4.5. Morbilidad de eventos de alto costo

El MSPS define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de interés en salud pública directamente relacionados con el alto costo, puntualizando sobre la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking, la epilepsia, la artritis reumatoide y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La ERC es un problema de salud pública que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. De acuerdo con el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2010, la enfermedad pasó al puesto 18 como causa de muerte



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

más frecuente después de haber estado en el puesto 27 en 1990; así mismo, se reportó como la tercera causa que mayor cantidad de años de vida perdidos genera por muerte prematura. En la actualidad hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada mediante pruebas de laboratorio simples, y que el tratamiento puede prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal disminuida, retrasar la progresión de la enfermedad renal, y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Se realizó estimación de los siguientes indicadores la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal; la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información para el primer indicador anteriormente enlistado fue la cuenta de alto costo y para los restantes índices la fuente de información corresponde a SIVIGILA.

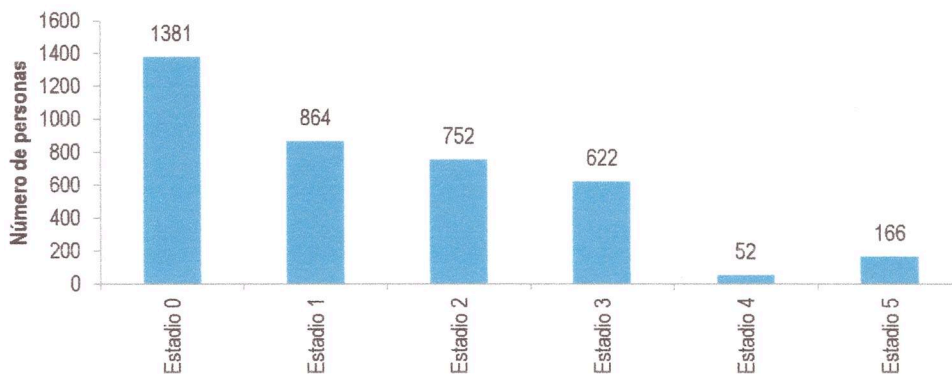
En la tabla 37 y figura 36 se muestran la progresión de la enfermedad renal crónica en Casanare en el 2014 a 2018

Tabla 37. Progresión de la enfermedad renal crónica. Casanare 2014-2018

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018
Número de personas con ERC en estadio 1	1.760	150	2.152	451	864
Número de personas con ERC en estadio 2	3.132	157	60	323	752
Número de personas con ERC en estadio 3	2.001	291	53	390	622
Número de personas con ERC en estadio 4	74	32	271	64	52
Número de personas con ERC en estadio 5	110	125	38	197	166
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	0	0	149	0	5,51
Prevalencia de ERC en estadio 5	0,04	0	0	0	0
Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años por mil habitantes	42,1	30,9	31,5	22,72	32,5

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. Datos para actualización ASIS 2019

Figura 36. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Casanare 2018



Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. Datos para actualización ASIS 2019





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

La semaforización de los eventos de alto costo del departamento con relación al promedio Nacional (Tabla 38) nos permite evidenciar:

La prevalencia de diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal fue de 4,33, superior al promedio Nacional (1,32) con una diferencia estadísticamente significativa.

La Tasa de incidencia acumulada de VIH notificada en el año 2018 fue de 21,00 inferior al promedio Nacional (22,71) con una diferencia que no es estadísticamente significativa

Tabla 38. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Casanare, 2006-2018

Evento	Colombia 2018	Casanare 2018
Prevalencia en diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	1,32	4,33
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,28	5,21
Tasa de incidencia de VIH notificada	22,71	21,00

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. Datos para actualización de ASIS 2019

#### 4.6. Morbilidad de eventos precursores

Se analizaron como eventos precursores la diabetes mellitus y la hipertensión arterial utilizando medidas relativas de desigualdad a través de la razón de prevalencia e intervalos de confianza al 95%. Tabla 39

La tasa de prevalencia de diabetes mellitus en Casanare para el año 2018 fue de 1,05, inferior a la tasa promedio para el País (2,61), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

La tasa de incidencia de hipertensión arterial en Casanare en el año 2018 fue de 0,04 casos por 100.000 habitantes, inferior a la tasa promedio Nacional (7,91) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

Tabla 39. Eventos precursores. Casanare 2018

Evento	Colombia	Casanare
Prevalencia de diabetes mellitus	2,61	0,01
Prevalencia de hipertensión arterial	7,91	0,04

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. Datos para el ASIS 2019



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

#### 4.7. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria (ENOS)

Durante el 2018 fueron notificados al sistema de vigilancia 7.094 casos de los cuales el 24,36% (1.728) de vigilancia en salud pública de la violencia de género Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual (VCM, VIF, VSX), 17,68% (1.254) Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, 17,11% (1.214) casos de dengue, 7,22% (512) de varicela individual. Los 15 eventos de mayor notificación representaron el 92,04% del total de casos notificados durante el 2018 (Tabla 40)

Tabla 40. Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA. Casanare 2018

EVENTO	2018	Frecuencia absoluta	Frecuencia acumulada
Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual (VCM, VIF, VSX)	1728	24,36%	24,36%
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1254	17,68%	42,04%
Dengue	1214	17,11%	59,15%
Varicela individual	512	7,22%	66,37%
Desnutrición aguda en menores de 5 años	417	5,88%	72,24%
Intento de suicidio	250	3,52%	75,77%
Accidente Ofídico	170	2,40%	78,16%
Exposición a flúor	154	2,17%	80,34%
Tuberculosis pulmonar	149	2,10%	82,44%
Morbilidad materna extrema	148	2,09%	84,52%
VIH/sida/mortalidad por sida	141	1,99%	86,51%
Parotiditis	112	1,58%	88,09%
Chagas	110	1,55%	89,64%
Bajo peso al nacer	97	1,37%	91,01%
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	73	1,03%	92,04%
Otros eventos	565	7,96%	100,00%
Total Casanare	7094	100,00%	

Fuente: Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2018

##### 4.7.1. Comportamiento 2007 a 2018

Para el análisis específico de los eventos de interés en salud pública notificados en el al SIVIGILA en el periodo 2007 a 2018, se tendrán en cuenta los siguientes grupos de eventos:

**Grupo de transmisibles:** incluye entre otros, los eventos Inmunoprevenibles, las enfermedades causadas por micobacterias, las enfermedades transmitidas por vectores (ETV), las zoonosis, las infecciones de transmisión sexual (ITS), las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA).

**Grupo factores de riesgo ambiental:** incluye las intoxicaciones por sustancias químicas y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

**Grupo salud mental:** incluye el intento de suicidio y la violencia de género

El comportamiento de los eventos de mayor notificación al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) durante el periodo 2007 a 2018 en el departamento de Casanare fue el siguiente:

#### 4.7.2. Enfermedades transmisibles

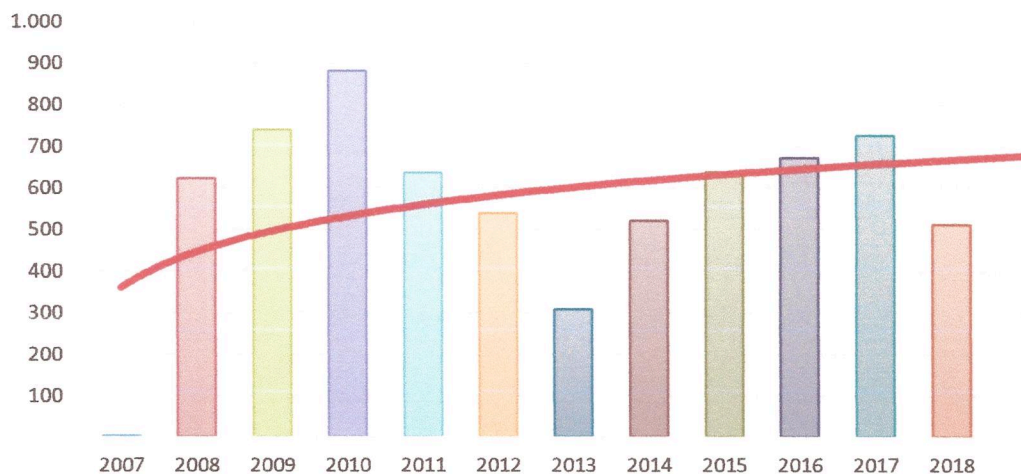
Son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas. Incluye los siguientes grupos: enfermedades Inmunoprevenibles, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades transmitidas por alimentos y agua, enfermedades causadas por micobacterias, infecciones de transmisión sexual y las zoonosis.

##### 4.7.2.1. Inmunoprevenibles

###### 4.7.2.1.1. Varicela

En el periodo 2007 a 2018 (Figura 37) se notificaron al sistema de Vigilancia en salud pública 6.797 casos de varicela, con un promedio anual de 566. El año de mayor reporte fue el 2010 con 308. La tendencia de este evento es al aumento

**Figura 37. Casos de varicela reportados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018**



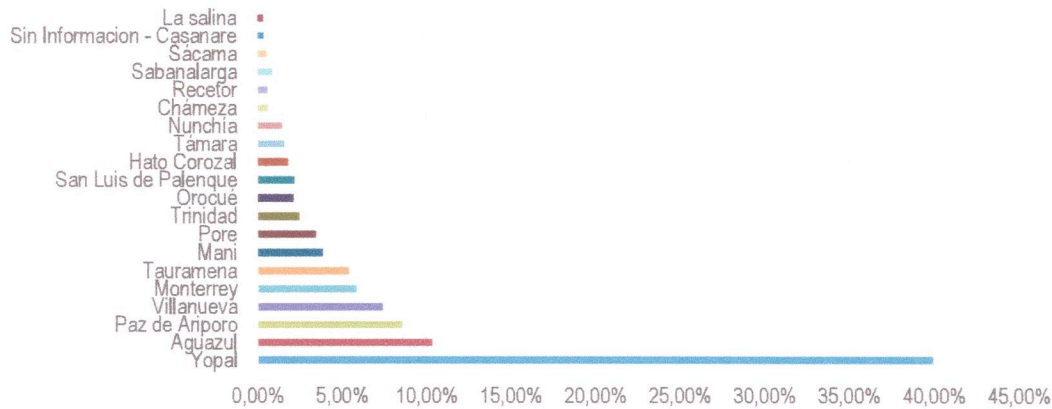
Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

En el año 2018 se notificaron 512 casos de varicela. Los municipios con mayor notificación de casos fueron Yopal, seguido de Aguazul y Paz de Ariporo (Figura 38)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 38. Porcentaje de casos de varicela reportados al SIVIGILA por municipio. Casanare 2007 a 2018

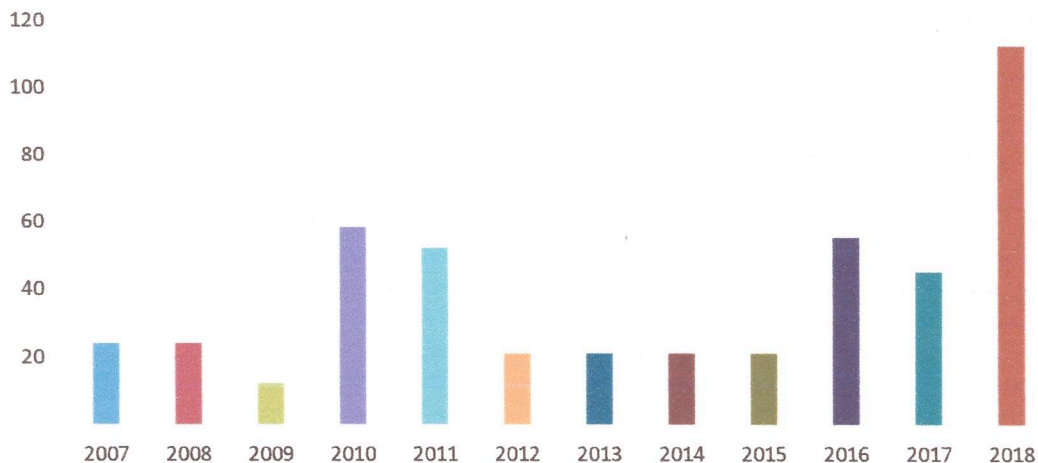


Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

4.7.2.2. Parotiditis

En el periodo 2007 a 2018 se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública 466 casos, con un promedio anual de 39. Los años con mayor número de casos notificados fueron 2010 con 58 y 2016 con 55, mientras que el menor número de caos reportados fue 2009 con 12 (Figura 39)

Figura 39. Casos de parotiditis reportados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019



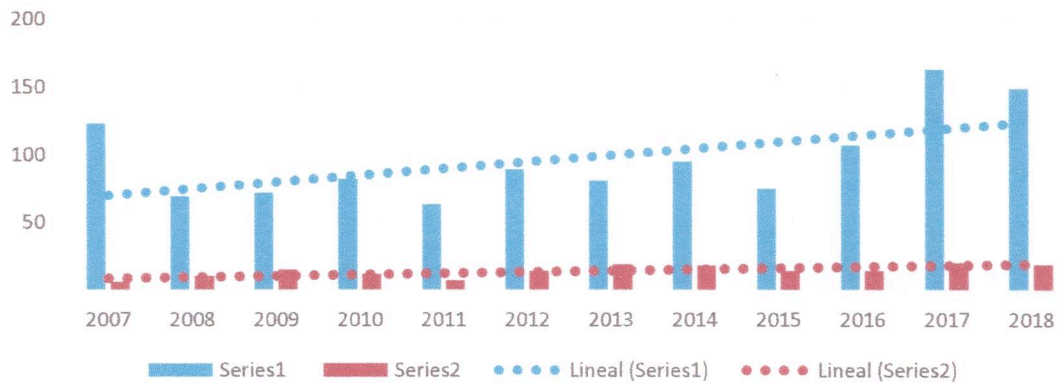


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.7.3. Enfermedades producidas por micobacterias:

Durante el periodo 2007 a 2018, fueron notificados 1.166 casos de tuberculosis pulmonar y 168 casos de tuberculosis extrapulmonar (figura 40), con una tendencia al aumento. Los municipios que notificaron el mayor número de casos fueron Yopal, Aguazul y Paz de Ariporo

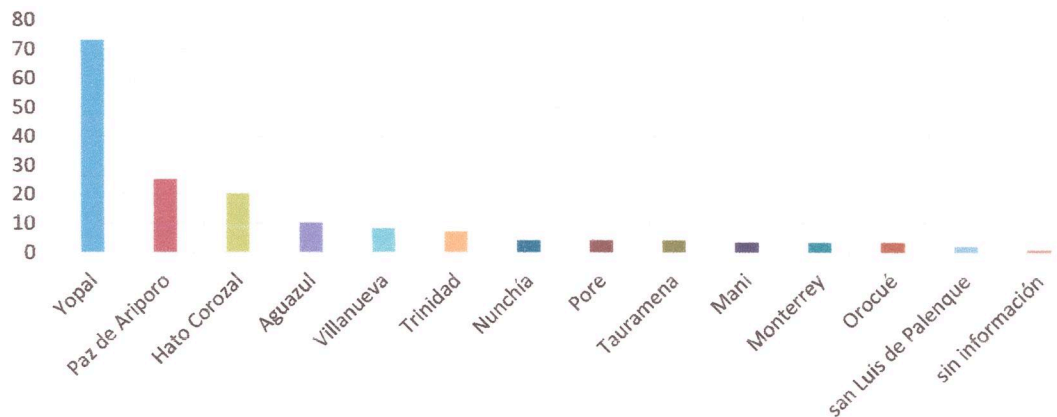
Figura 40. Casos de Tuberculosis notificados al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

Durante el año 2018 fueron notificados 167 casos de tuberculosis. Los municipios con mayor número de casos notificados fueron Yopal, Paz de Ariporo, Hato Corozal y Aguazul. (figura 41)

Figura 41. Casos de Tuberculosis notificados al SIVIGILA por municipio. Casanare 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.7.4. Enfermedades transmitidas por vectores (ETV):

Las ETV son enfermedades relacionadas con el saneamiento del ambiente doméstico y de los espacios cercanos a las comunidades, donde se reproducen o protegen los vectores y facilitan el contacto entre agentes y huéspedes; asimismo, otros procesos se dan por invasión de nichos silvestres o por migración de huéspedes como en la leishmaniosis o la encefalitis equina venezolana. Las presencias de las ETV obedecen al acercamiento y contacto de vectores que reciben y transmiten agentes patógenos entre los humanos o desde otros animales a los humanos. Incluye los siguientes eventos: Chagas, dengue, dengue grave, leishmaniasis en todas sus presentaciones (cutánea, mucosa y visceral), malaria (falciparum, malariae, vivax y mixta).

En el periodo 2007 a 2018 fueron reportados, de enfermedades transmitidas por el vector *Aedes aegypti*, 21.649 casos de dengue, 2.656 casos de chicunkunya, 884 casos de dengue grave y 1.833 casos de zika. En 2015 con la introducción de chicunkunya disminuyó en reporte de casos de dengue y en 2016 con la introducción de zika, se aumenta el reporte de caos de este evento y se disminuye el reporte de dengue y chicunkunya. (Figura 42)

Figura 42. Eventos transmitidos por vectores notificados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

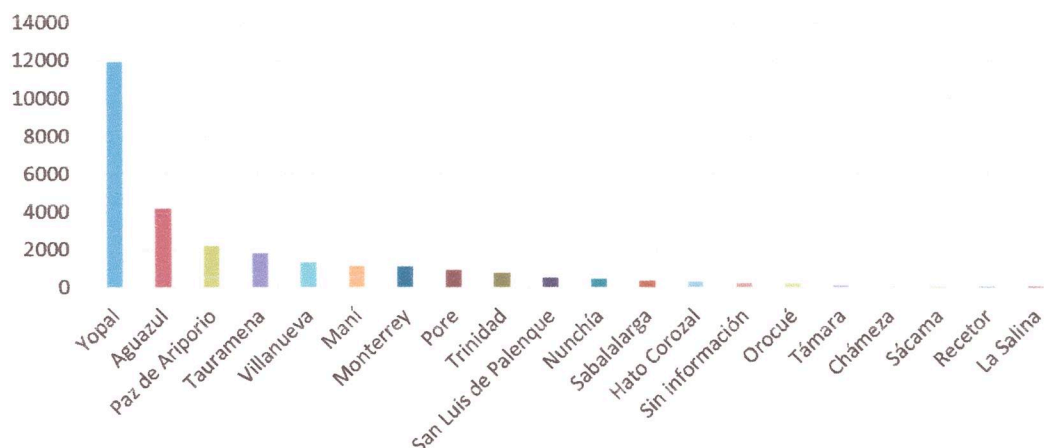
Los municipios con mayor reporte de casos de enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti* fueron Yopal, Aguazul, Paz de Ariporo, Tauramena y Villanueva. (Figura 43)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

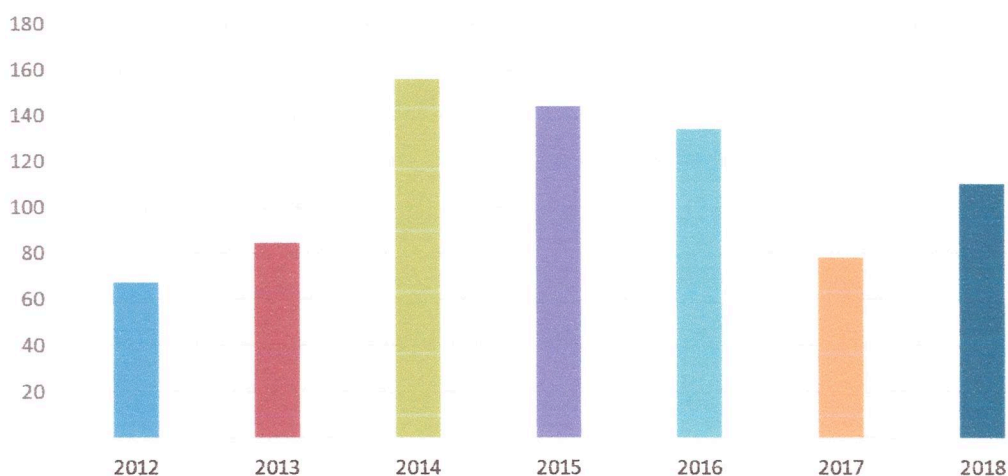
Figura 43. Casos reportados de enfermedades transmitidas por Aedes aegypti por municipio. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

En el período 2012 a 2018, fueron notificados 773 casos de Chagas, para un promedio anual de 110 casos. Los años de mayor notificación fueron 2014 con 156 casos y 2015 con 144 casos. En la figura 44 se observan los casos de enfermedad de Chagas notificados por año

Figura 44. Casos de Chagas notificados por año al SIVIGILA. Casanare 2012- 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019



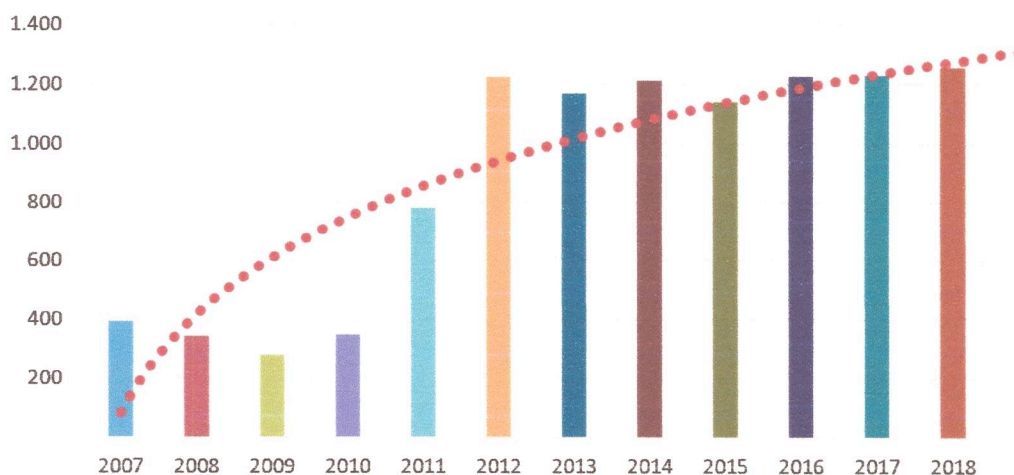
#### 4.7.5. Zoonosis:

En el sentido textual la palabra zoonosis significa enfermedades de los animales (del latín zoon: animal y gnosis: enfermedad). La OMS define zoonosis como enfermedades e infecciones que se transmiten entre los animales domésticos y el hombre. En un sentido más general un número importante de enfermedades infecciosas se clasifican como zoonosis debido a que los animales constituyen su reservorio natural. En ciertas zoonosis los animales juegan un papel fundamental en el mantenimiento de la infección en la naturaleza y la transmiten al hombre, pero en otras el hombre y los animales generalmente se infectan de la misma fuente (suelo, agua, animales invertebrados y plantas). En este caso, si bien los animales no desempeñan un papel esencial en el ciclo vital del microorganismo pueden contribuir a la distribución y transmisión de las infecciones.

#### 4.7.6. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

En el periodo 2007 a 2018 fueron reportados al Sistema de Vigilancia la salud pública 10.572 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, para un promedio anual de 881, con tendencia marcada al aumento en el número de casos reportadas anualmente. (Figura 45)

Figura 45. Casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia reportados por año al SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

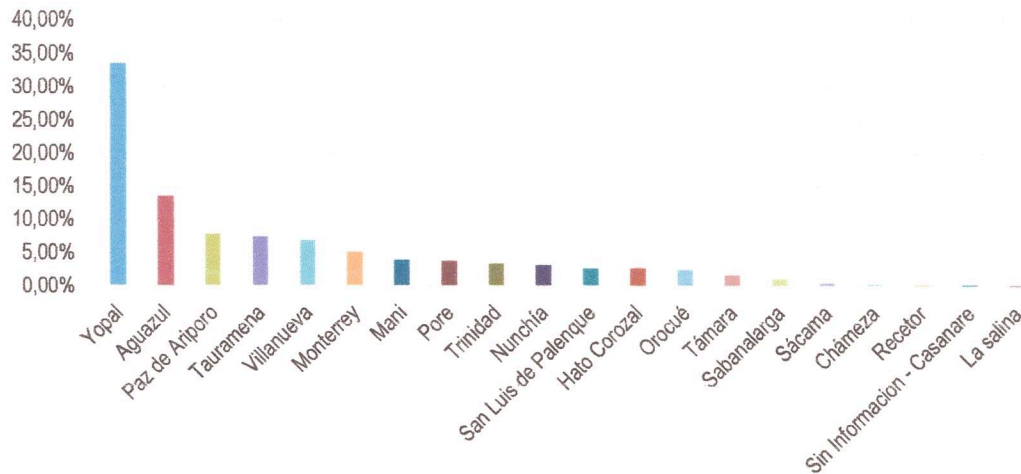
Los municipios con mayor número de casos reportados fueron Yopal, Aguazul y Paz de Ariporo. (Figura 46)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 46. Porcentaje de casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia reportados por municipio al SIMGILA. Casanare 2007 a 2018

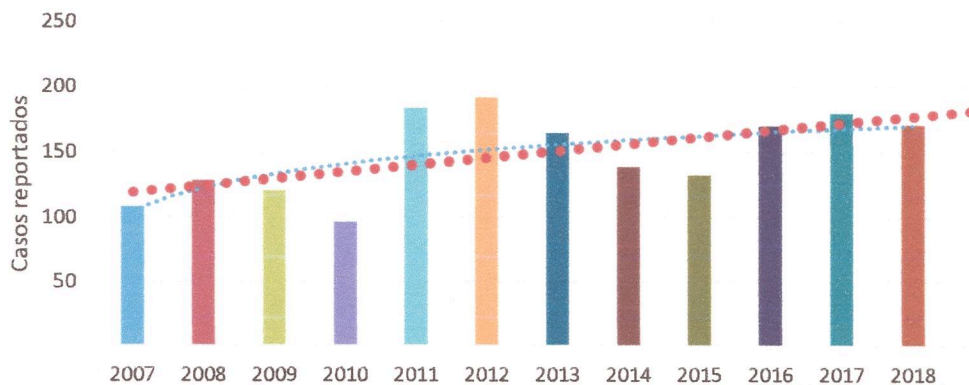


Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

#### 4.7.7. Accidente ofídico

Durante el periodo 2007 a 2018 fueron reportados 1.778 casos de accidente ofídico, para un promedio anual de 148 y una marcada tendencia al aumento. (Figura 47)

Figura 47. Casos de accidente ofídico reportados al SIMGILA por año. Casanare 2007 a 2018



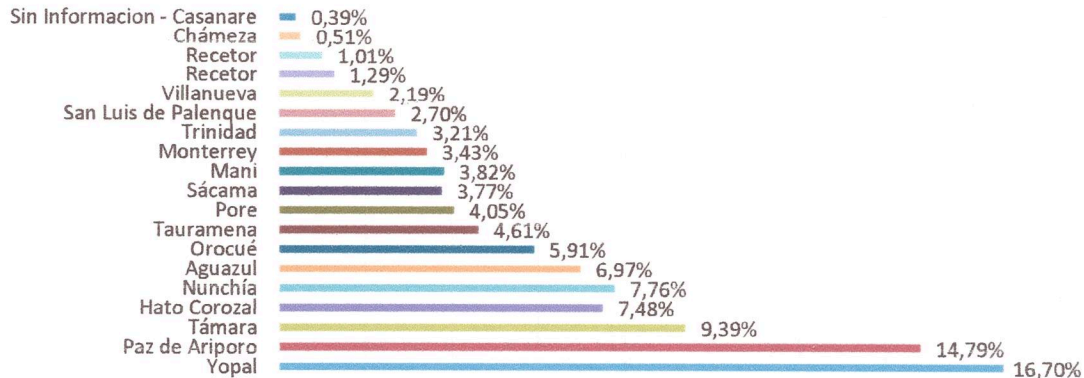
Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Los municipios con mayor reporte de casos en 2018 fueron Yopal, Paz de Ariporo, Támara y Hato Corozal. (Figura 48)

**Figura 48. Porcentaje de casos de accidente ofídico reportados al SIVIGILA por Municipio. Casanare 2018**

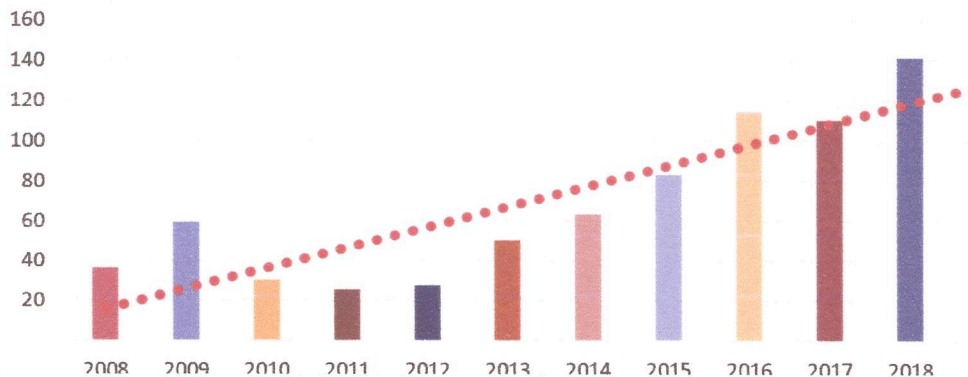


Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

4.7.8. Infecciones de transmisión sexual:

Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ITS son las bacterias, parásitos, hongos y virus. La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ITS, puede causarle graves problemas de salud a su hijo. Dentro de las ITS de mayor notificación en Casanare en el periodo 2008 a 2018 se encuentran el VIH/SIDA/mortalidad por SIDA con 738 casos notificados, para un promedio anual de 67. (Figura 49)

**Figura 49. Casos de VIH/sida reportados al SIVIGILA por año y municipio. Casanare 2008- 2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019



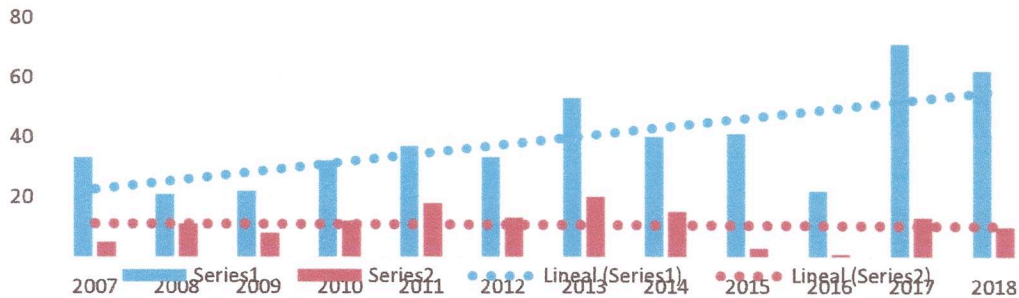


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.7.9. Sífilis

En el periodo 2007 a 2017 se notificaron 467 casos de sífilis gestacional par un promedio anual de 39 casos y tendencia al aumento. Así mismo, fueron reportados 129 casos de sífilis congénita, evento que presenta leve tendencia al a disminución. (Figura 50).

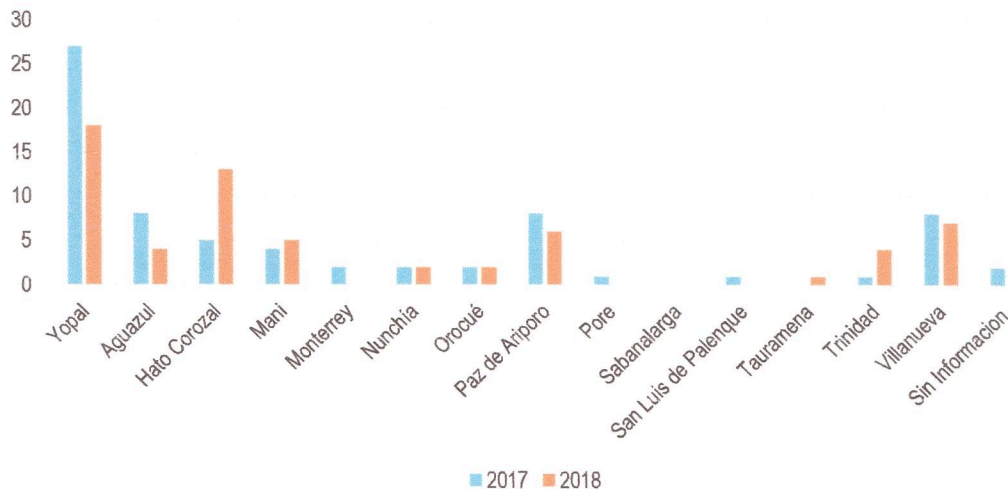
Figura 50. Casos de sífilis gestacional y sífilis congénita reportados a SIVIGILA. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

En 2018, fueron notificados 62 casos de sífilis congénita. Los municipios que reportaron más casos de sífilis gestacional fuero Yopal, hato Corozal y Villanueva. Con excepción de Hato Corozal y Maní, el número de casos notificados en 2.018 fue inferior a los notificados en 2017 (figura 51)

Figura 51. Casos de sífilis Gestacional reportados a SIVIGILA según municipio de procedencia. Casanare 2017, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019



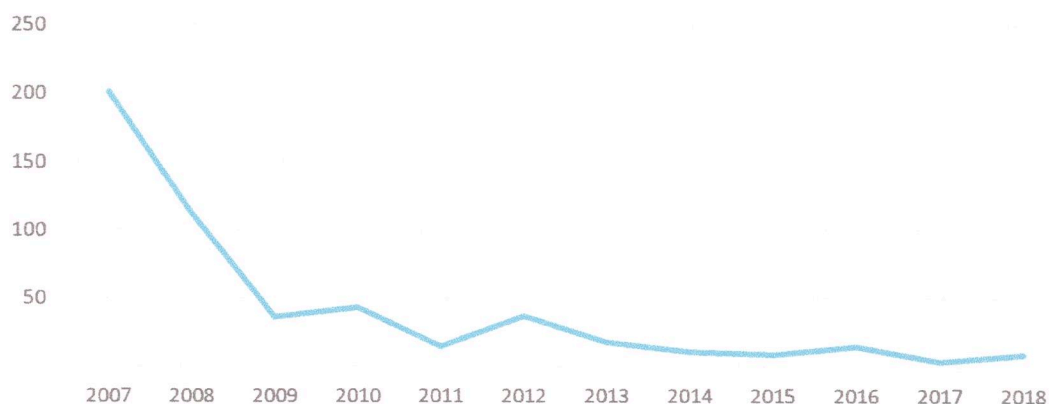
#### 4.8. Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) son el síndrome originado por la ingestión de alimentos y/o agua, que contengan agentes etiológicos en cantidades tales que afecten la salud del consumidor a nivel individual o grupos de población. Estas enfermedades se dividen en Infecciones alimentarias e Intoxicaciones alimentarias. Las Infecciones Alimentarias son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con agentes infecciosos específicos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse o lisarse y producir toxinas o invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros aparatos o sistemas.

Por los alimentos se transmiten numerosas enfermedades que, en su mayoría, pueden asociarse a los siguientes microorganismos: bacterias, virus, protozoos, parásitos, etc. así como sustancias químicas tóxicas, contaminación radiactiva y enfermedades causadas por toxinas vegetales y animales. Por su parte las Enfermedades Vehiculadas por Agua (EVA) son aquellas producidas por el agua contaminada con desechos humanos, animales o químicos, entre los que se destaca la Hepatitis A.

Durante el periodo 2007 a 2018 fueron notificados a SIVIGILA Casanare 510 casos de hepatitis A con un promedio anual de 48 casos y una marcada tendencia a la disminución, pasando de 201 casos en 2007 a 9 casos en 2018. (Figura 52)

Figura 52. Casos de Hepatitis A reportados. Casanare 2007 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

#### 4.9. Infección respiratoria aguda (IRA)

La infección respiratoria aguda (IRA) es una enfermedad que se produce en el aparato respiratorio y es causada por diferentes microorganismos como virus y bacterias. Las IRA comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Además, es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo



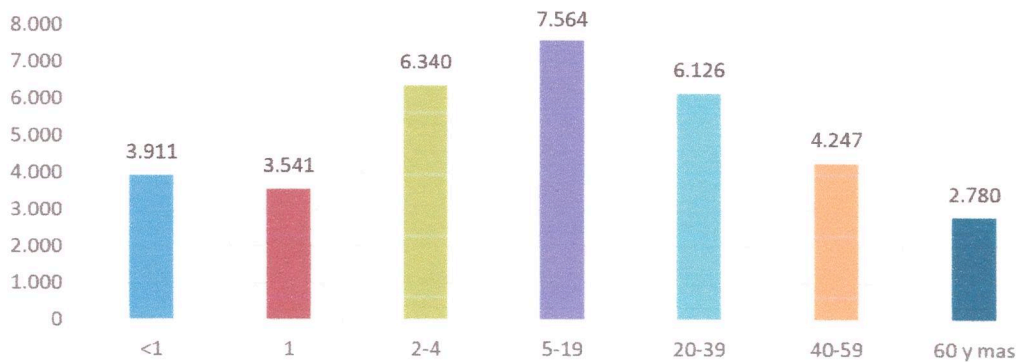


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

Durante el año 2018 fueron notificados 34.509 casos de IRA. Los grupos de edad que presentaron el mayor número de casos fueron el de 5 a 19 años con 7.564 casos, el de 2 a 4 con 6.340, y el de 20 a 39 con 6.126 casos. (Figura 53)

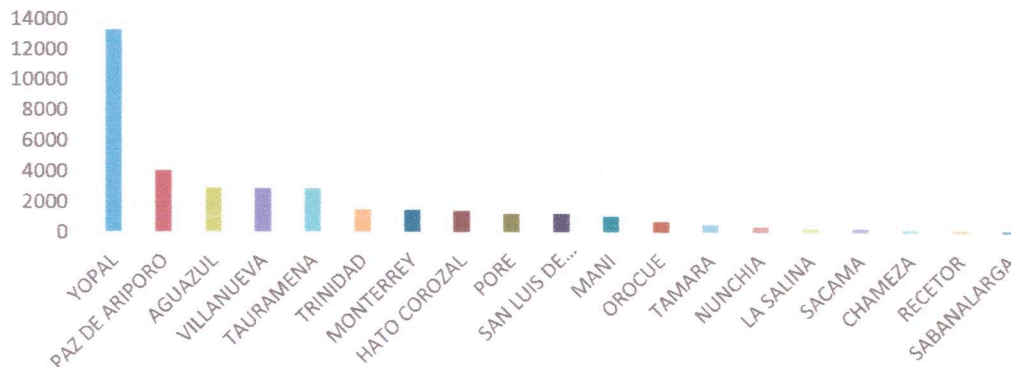
**Figura 53. Casos de Infección respiratoria aguda según grupos de edad. Casanare 2018**



Fuente: Elaborado a partir de Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2018

Los municipios que reportaron el mayor número de casos en 2018 fueron en su orden Yopal, Paz de Ariporo, Aguazul, Villanueva y Tauramena. (Figura 54)

**Figura 54. Casos de infección respiratoria aguda según municipio. Casanare 2018**



Fuente: Elaborado a partir de Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2018



#### 4.10. Factores de riesgo ambiental

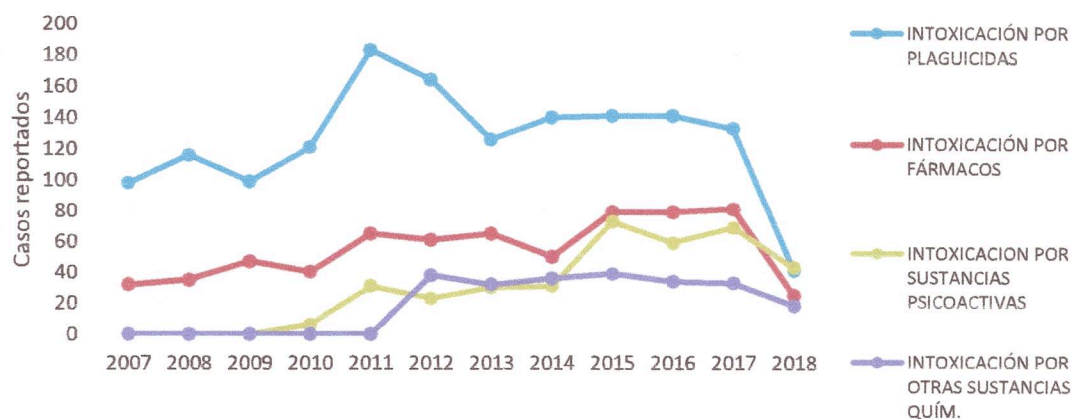
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud ambiental comprende “aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que están determinadas por factores físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales en el ambiente. Ese término también se refiere a la teoría y práctica de la valoración, corrección y prevención de los factores en el ambiente, que pueden potencialmente afectar negativamente la salud de las generaciones presentes y futuras”. En este contexto, la protección de la salud de la población se relaciona estrechamente con el conocimiento de su situación, que incluye necesariamente la comprensión y seguimiento de los factores ambientales que determinan su estructura y dinámica.

##### 4.10.1. Intoxicación por sustancias químicas

Una intoxicación química es un proceso patológico en el cual se presentan signos y síntomas causados por una sustancia química. Uno de los elementos más importantes para hablar de intoxicación es la dosis, ya que cada xenobiótico tiene una dosis a partir de la cual, produce manifestaciones de toxicidad y en general, una intoxicación se produce cuando se conjugan la dosis, la ruta y el tiempo de exposición a partir de la cual produce. En la vigilancia de las intoxicaciones por los siguientes grupos de sustancias químicas: medicamentos, plaguicidas, metanol, metales, solventes, otras sustancias químicas, gases y sustancias psicoactivas

Durante el periodo 2007 a 2018 fueron notificados 2.878 casos de intoxicación por sustancias químicas, de los cuales el 52% (1.503) correspondieron a intoxicación por plaguicidas, el 23% (659) a intoxicación por fármacos y el 13% (365) a intoxicación por sus tancias Psicoactivas. (Figura 55)

Figura 55. Casos de intoxicación según tipo de sustancia reportados a Sivigila. Casanare 2007 a 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2018





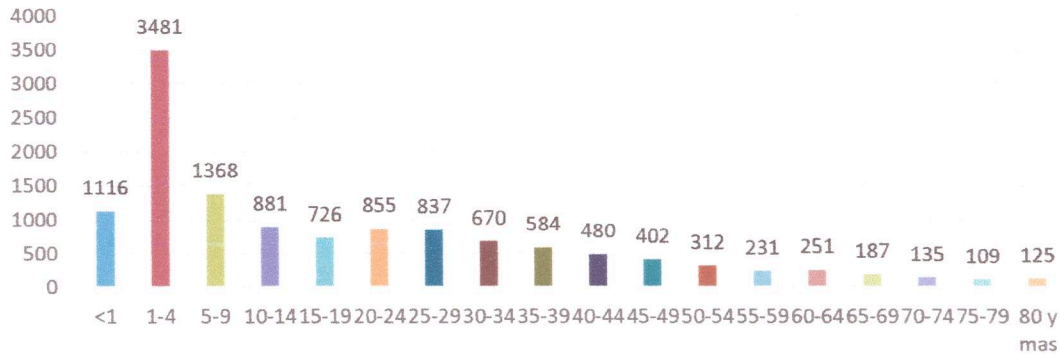
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.10.2. Enfermedad Diarreica Aguda

La enfermedad diarreica aguda (EDA), según la OMS se define por la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días. Se da en cualquier edad, pero, con mayor frecuencia en los lactantes y niños menores de cinco años, quienes pueden presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte. Al año en el mundo mueren cerca de 2 millones de niños menores de cinco años a causa de la EDA. En Colombia es la tercera causa de muerte en niños menores de cinco años y la cuarta en menores de un año.

Durante el año 2017 fueron notificados 12.750 casos de EDA, de los cuales 3.481 correspondieron al grupo de 1 a 4 años, 1.369 casos a población de 5 a 9 años y 1.116 casos en menores de 1 año. (Figura 56)

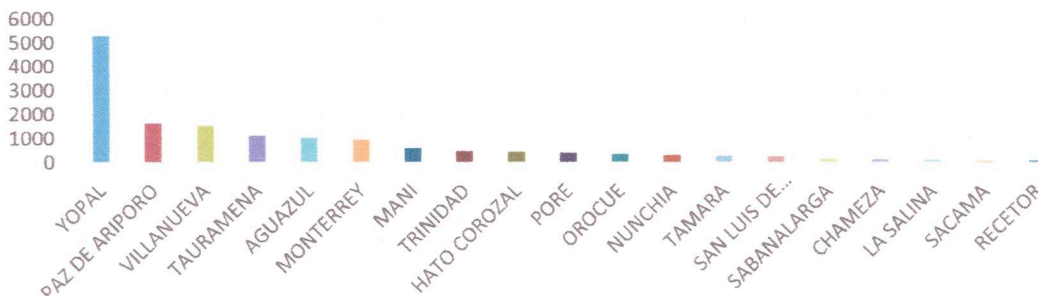
Figura 56. Casos de Enfermedad diarreica aguda por grupos de edad. Casanare 2018



Fuente: Elaborado a partir de Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2017

Los municipios con el reporte del mayor número de casos de EDA en 2018 fueron Yopal con 5.298, Paz de Ariporo con 1.416, Villanueva con 1.168, Aguazul con 1.291 y Monterrey con 7378 casos. (figura 57)

Figura 57. Casos de enfermedad diarreica aguda según municipio. Casanare 2018



Fuente: Elaborado a partir de Secretaría de Salud de Casanare, SIVIGILA 2018



#### 4.11. Eventos de salud mental

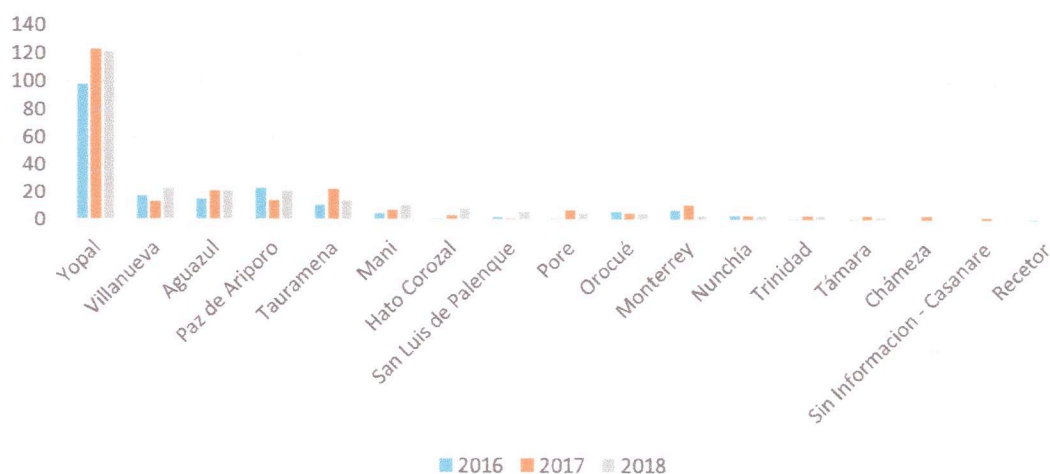
La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Afecta la forma en como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. Las enfermedades mentales son condiciones graves que pueden afectar la manera de pensar, su humor y su comportamiento. Existen muchas causas de enfermedades mentales. Sus genes y su historia familiar pueden jugar un papel, como así también sus experiencias de vida como el estrés o una historia de abuso. Otras causas pueden ser biológicas.

##### 4.11.1. Intento de suicidio

El suicidio es un fenómeno global, con significado existencial, impactante, que afecta todas las esferas de la sociedad y que ha acompañado al hombre durante toda su existencia. Históricamente, las sociedades han valorado este fenómeno desde diferentes ópticas: religiosas, sociales, culturales y científicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

En el periodo 2016 a 2018 se notificaron 679 casos de intento de suicidio. Los municipios con mayor notificación de casos fueron Yopal, Villanueva, Aguazul y Paz de Ariporo. (Figura 58)

**Figura 58. Casos de intento de suicidio reportados a SIVIGILA. Casanare 2016 a 2018**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2018





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

### Nit. 800.228.493 - 1

#### 4.11.2. Violencia de género

Se trata de una violencia que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo. Constituye un atentado contra la integridad, la dignidad y la libertad de las mujeres, independientemente del ámbito en el que se produzca. Se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o personal

El concepto "violencia de género" da nombre a un problema, que incluso hace poco, formaba parte de la vida personal de las personas; era considerado un asunto de familia que no debía trascender de puertas para fuera y, por lo tanto, en el que no se debía intervenir. Entender la violencia como un asunto personal refuerza a las mujeres a una situación de subordinación respecto del hombre e implica asumir las relaciones de poder históricamente desiguales entre ambos y a través de las cuales se legitima al hombre a mantener su status-quo de la dominación incluso a través de la violencia. Esta percepción contribuye a que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o culpabilidad.

**Violencia Intrafamiliar:** Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico o síquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar.

**Violencia contra la Mujer:** Cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado


**Violencia física:** es cualquier acto de agresión, mediante el uso de la fuerza o cualquier mecanismo, que pueda u ocasione daños físicos internos o externos a la persona agredida y pone en riesgo o disminuye su integridad corporal. Dentro de este tipo de violencia se incluyen golpizas, empujones, sacudidas, estrujones, agresiones con objetos o con líquidos, ácidos, álcalis, sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano

**Violencia Psicológica:** Entendida como toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de cualquier conducta que implique perjuicio, afectaciones en la salud psicológica, mental, la autodeterminación, la percepción de sí mismo o el desarrollo personal.

**Negligencia o abandono:** Son acciones u omisiones realizadas por parte de quienes son responsables del cuidado de niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad cuando no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, como: físicas, psicológicas, intelectuales, las cuales incluyen entre otras: salud, protección, educación, nutrición, recreación, soporte emocional, higiene.

**Violencia sexual:** Todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre una persona a través del uso de la fuerza; la amenaza del uso de la fuerza; la coacción física, psicológica o económica; o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal aprovechando las situaciones y condiciones de desigualdad;

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)

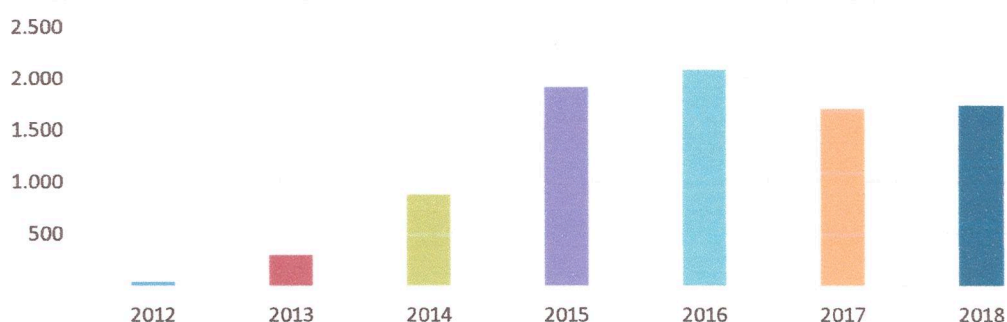


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. Se aclara, que todo acto sexual con persona menor de 14 años es considerado abuso en tanto no existe la capacidad de consentir y esto afecta su desarrollo personal, consecuentemente siempre será considerado violencia sexual. Las formas de coacción pueden ser chantaje, soborno, manipulación, entre otros.

Durante el periodo 2012 a 2018, se notificaron 8.615 casos de violencia intrafamiliar, siendo el año 2016 el de Mayor notificación. (Figura 59)

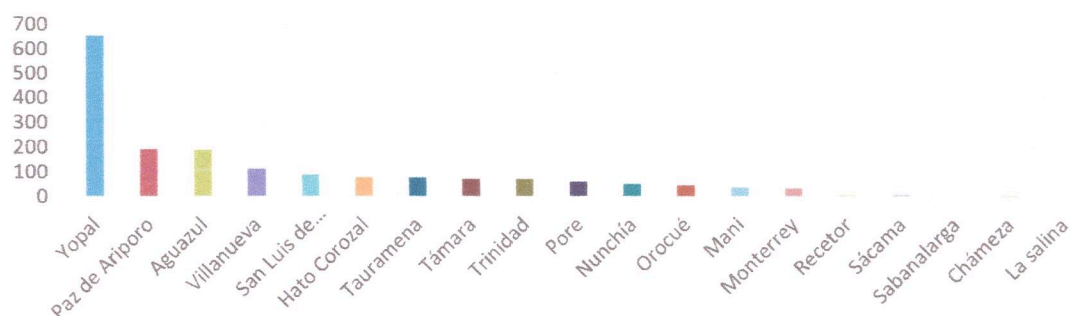
**Figura 59. Casos de Violencia Intrafamiliar reportados al SIVIGILA. Casanare 2012 a 2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

En el año se notificaron 1728 casos de violencia intrafamiliar (VCM, VIF, VSX). Los municipios que reportaron el Mayor número de casos fueron Yopal, Paz de Ariporo, y Aguazul. (Figura 60)

**Figura 60. Casos de Violencia Intrafamiliar reportados al SIVIGILA POR MUNICIPIO. Casanare 2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud y Protección Social, Bases externas para actualización de ASIS 2019

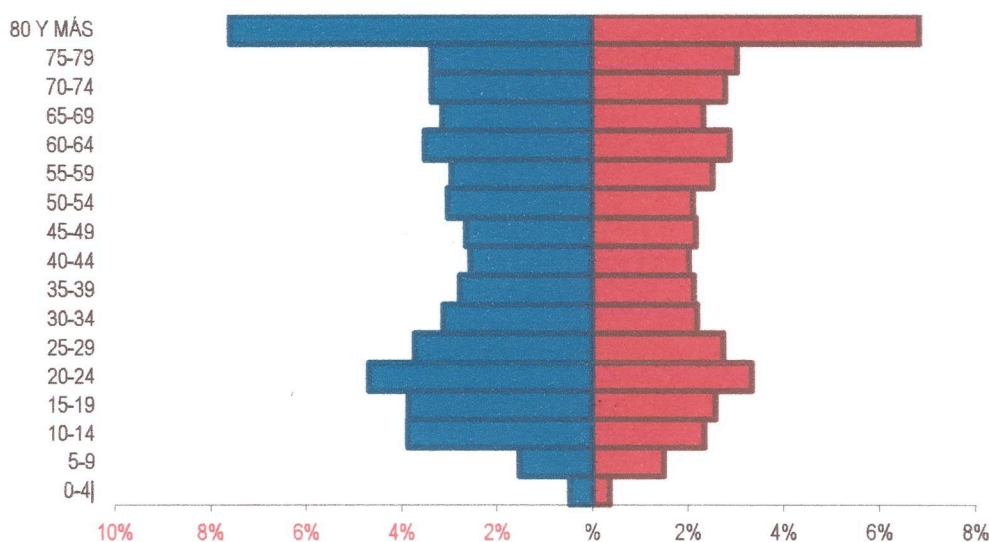




#### 4.10. Discapacidad declarada registrada

Según los datos del Sistema de Registro de Discapacidad, a septiembre de 2019 en Casanare se encontraban registradas 15.284 personas, de los cuales 8.553 (55,84%) eran mujeres y 6.731 (44,16%) hombres. La pirámide poblacional (Figura 61) es de tipo invertido. Angosta en la base y amplia en el vértice, lo que indica que la población con algún tipo de discapacidad aumenta considerablemente a medida que aumenta la edad. La discapacidad en el sexo masculino es ligeramente superior a la registrada para el sexo femenino.

Figura 61. Pirámide de población con discapacidad. Casanare 2019



Fuente: RLCP- SISPRO- MISANLUD. Fecha de corte 25 de septiembre de 2019

##### 4.10.1. Alteración que más le afecta

Según los datos del Sistema de Registro de Discapacidad, en Casanare se registraba como principal tipo de discapacidad las alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con 7.525 personas, seguido por las alteraciones del sistema cardiorrespiratorio con 2.882 personas y alteraciones del sistema genital y reproductivo con 1.150 casos. El comportamiento de la discapacidad según tipo de discapacidad es similar en hombres y en mujeres. En la tabla 41 se muestra la distribución de las alteraciones permanentes en Casanare con corte a 25 de septiembre de 2019.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 41. Proporción según tipo de discapacidad. Casanare 2019

Etiquetas de fila	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NO REPORTADO	Total
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	3.264	4.255		6	7.525
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1.435	1.445	1	1	2.882
El sistema genital y reproductivo	524	625		1	1.150
El sistema nervioso	3.240	3.658	1	6	6.905
La digestión, el metabolismo, las hormonas	820	808	1	1	1.630
La piel	323	333	1		657
La voz y el habla	1.621	2.058	1	4	3.684
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	294	377			671
Los oídos	1.623	1.908	1	2	3.534
Los ojos	2.908	3.445	1	2	6.356
<b>85 - CASANARE</b>	<b>6.750</b>	<b>8.615</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>15.382</b>

Fuente: RLCP- SISPRO- MISANLUD. Fecha de corte 25 de septiembre de 2019

#### 4.10.2. Origen de la discapacidad

Uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta para orientar las acciones de salud pública tendientes a reducir la discapacidad es el origen de la discapacidad, prioridad establecida en el Plan Decenal de Salud Pública. A la enfermedad general se le atribuye el 19,47% (2.962) de la discapacidad, a accidentes el 18% (2.696), a condiciones de salud 7% (1.149) y en el 36% (5.535) de los casos registrados no se establece la causa que originó la discapacidad. En la tabla 42 se observan las causas que originaron la discapacidad.

Tabla 42. Origen de la discapacidad. Casanare 2019

Presunto origen	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NR - NO REPORTADO	Total general	Porcentaje
No aplica	2666	2860	2	7	5535	36%
Enfermedad en general	1508	1453	1		2962	19%
Accidente	759	1936		1	2696	18%
Condiciones de salud	531	616		2	1149	7%
Alteración genética, hereditaria	424	477	3	1	905	6%
Complicaciones en el parto	315	491		1	807	5%
Otra causa	243	275		1	519	3%
Víctima de violencia	76	168			244	2%
Dificultades en la prestación	118	100			218	1%
Enfermedad profesional	39	72			111	1%





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

**Nit. 800.228.493 - 1**

Conflicto armado	12	91		103	1%
Lesión autoinfligida	26	41		67	0%
Consumo de psicoactivos	9	19		28	0%
No definido	10	7		1	18
Desastre natural	8	9		17	0%
<b>Total general</b>	<b>6744</b>	<b>8615</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>15379</b> 100%

Fuente Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. \*Corte 30 de septiembre de 2017. Consultado el 30 de septiembre de 2019

### 4.11. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

En la tabla 43 se muestran los eventos priorizados para el Departamento de Casanare. Primeras causas de morbilidad, eventos de alto costo, eventos precursores, la letalidad por eventos de notificación obligatoria y las tasas de incidencia de los eventos de mayor notificación al SIMGILA en el departamento.

Tabla 43. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Casanare 2018

Morbilidad	Prioridad	Casanare 2018	Colombia 2018	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	66,65	65,51%	Aumento	000
	2. Signos y síntomas mal definidos	1336	12,97%	Aumento	000
	3. Condiciones transmisibles y nutricionales	12,51%	14,18%	Oscilante	000
	4. Lesiones	5,30	5,32%	Oscilante	012
	5. Condiciones maternas perinatales	0,14%	2,01%		008
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causa externa	9333%		Al aumento	012
	2. Condiciones materno perinatales: condiciones derivadas del periodo perinatal	92,28%		Oscilante	008
	3. Transmisibles y nutricionales: Deficiencias nutricionales	21,85%		Al aumento	000
	4. No transmisibles: Condiciones orales	27,81%		Disminución	000
	5. Enfermedades cardiovasculares	9,15%		Al aumento	007
Alto Costo	1. Incidencia de Leucemia aguda pediátrica linfoide en menores de 15 años por 100.000	0,20	0,86	Oscilante	007
	2. Incidencia de enfermedad renal crónica en fase 5 por 100.000	0,04	0	Oscilante	001
Precursos	1. Prevalencia de Hipertensión arterial por 100.000	2,2	7,23	Al aumento	001
	Prevalencia de diabetes mellitus	2,27	2,17	Al aumento	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENOS)	1. Incidencia de dengue por 100.000	106,20	65,16	Al aumento	009
	2. Incidencia de VIH/SIDA por 100.000 (2014)	10,76	11,57	Al aumento	009
	3. Incidencia de dengue grave por 100.000	0,0	0,59	Oscilante	009
	4. tasa de incidencia de sífilis congénita por 100.000	100,8	15,64	Al aumento	009

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)  
 E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Discapacidad	1. Proporción de personas con discapacidad en el movimiento (2018)	49,51%	37,10	Oscilante	016
	2. Proporción de personas con discapacidad en el sistema nervioso (2018)	19,36%	34,08	Oscilante	016
	3. Proporción de personas con discapacidad en los ojos (2018)	7,47	9,93	Oscilante	015

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

#### 4.12. Conclusiones morbilidad atendida

Con relación a la tendencia, magnitud de la morbilidad atendida durante el periodo 2009 al 2018;

Para todos los grupos de edad, la mayor proporción de morbilidad la presentaron las enfermedades no transmisibles, las condiciones mal definidas y las “condiciones transmisibles y nutricionales”

Las lesiones por causa externa presentaron una proporción en incremento a medida que aumenta la edad, pasando de ocupar la cuarta causa de morbilidad en adolescentes a ser la segunda causa en la juventud lo que guarda una relación directa con lo observado en el análisis de las causas de mortalidad agrupada. La tendencia en el periodo 2011 a 2018 fue a la disminución.

Con relación a la morbilidad en hombres, presentaron como principal causa de morbilidad las enfermedades no transmisibles en los ciclos vitales de primera infancia, en la adolescencia, en la juventud y la adultez. En los demás ciclos vitales la principal causa de morbilidad fue el de las enfermedades transmisibles y nutricionales.

En mujeres, presentaron como principal causa de morbilidad las enfermedades no transmisibles en los ciclos vitales de primera infancia y en la juventud y la adultez. En los demás ciclos vitales la principal causa de morbilidad fue el de las enfermedades transmisibles y nutricionales.

Para todos los ciclos vitales, las causas específicas, el subgrupo de “Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73) presentó la mayor proporción entre las causas de morbilidad del grupo condiciones transmisibles y nutricionales y la tendencia fue al aumento en el periodo analizado.

Las condiciones materno perinatales fue la principal causa de morbilidad en la primera infancia, en la niñez y en la adultez. La proporción fue al incremento.

Del grupo de las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia la mayor proporción fue para las enfermedades de la piel, en la infancia las enfermedades de los órganos de los sentidos, en la adolescencia las condiciones orales, en la juventud las enfermedades genitourinarias, en la adultez las condiciones orales. En el ciclo vital de persona mayor fueron las enfermedades cardiovasculares.

Tanto para hombres como para mujeres, en todos los grupos de edad, las alteraciones permanentes en ojos fue la que presentó el mayor número de registros.

En general, las causas de morbilidad para todos los ciclos vitales tanto en hombres como en mujeres, no se observan cambios sustanciales en el 2018 con relación a los años anteriores

La proporción de consultas con diagnósticos mal definidos presenta tendencia al aumento, o que requiere un mayor análisis a fin de realizar acciones que permitan mejorar la calidad del dato





#### 4.13. Mortalidad

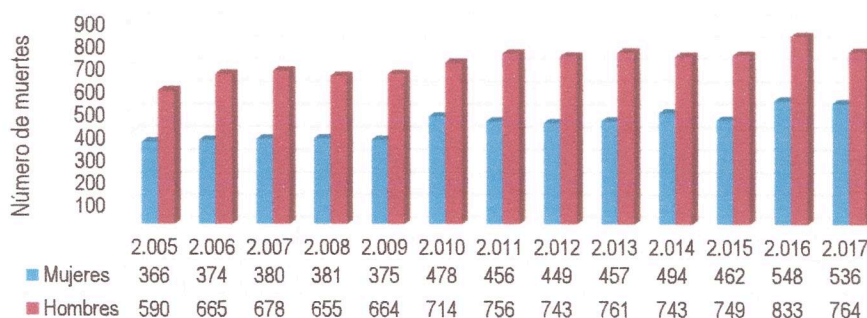
La mortalidad es un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población; sus niveles, tendencias, diferencias y causas constituyen elementos básicos que deben considerarse en la planificación de los servicios de salud. La mortalidad es un indicador de la magnitud y del riesgo absoluto de morir que refleja las condiciones de vida de la población, la utilización de los servicios de salud, los avances tecnológicos, los niveles de educación, el urbanismo planificado (...) y las enfermedades que padece la población y por las cuales está muriendo” (Cardona y Agudelo, 2007:354).

“Los aumentos de la esperanza de vida registrados en la primera mitad del siglo XX fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular de la materno- infantil y de la atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la edad adulta. El acceso a vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas, contribuyen sobremanera a esa transición epidemiológica” (OMS, 2003: 4).

Su análisis reviste trascendental importancia en el dinamismo poblacional, está asociado con diversos factores biológico, económico, social, cultural y político, interviene en el proceso salud- enfermedad lo que permite conocer e identificar y evaluar los problemas más relevantes en condiciones y hábitos de vida de las personas, atención intrahospitalaria y prestación de los servicios de salud, programas y acciones en salud pública, el éxito de reducir las tasas de mortalidad adquiere protagonismo como evento trazador del desarrollo y un reflejo de las condiciones sociales y económicas de un país, facilita el reconocimiento de las desigualdades para orientar las estrategias desde los diferentes sectores así como la gestión de políticas públicas que ayuden a reducir las inequidades y garanticen los derechos de los individuos.

Entre 2005 y 2017, en Casanare se produjeron 15.071 defunciones, en promedio 1.159 defunciones anuales, de las cuales 9.315 fueron hombres (61,81 %) y 5.756 mujeres (38,19%). lo que muestra una sobre mortalidad en hombres del 24% con relación a las mujeres (Figura 62).

Figura 62. Mortalidad según sexo. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cubo Indicadores ASIS 2019

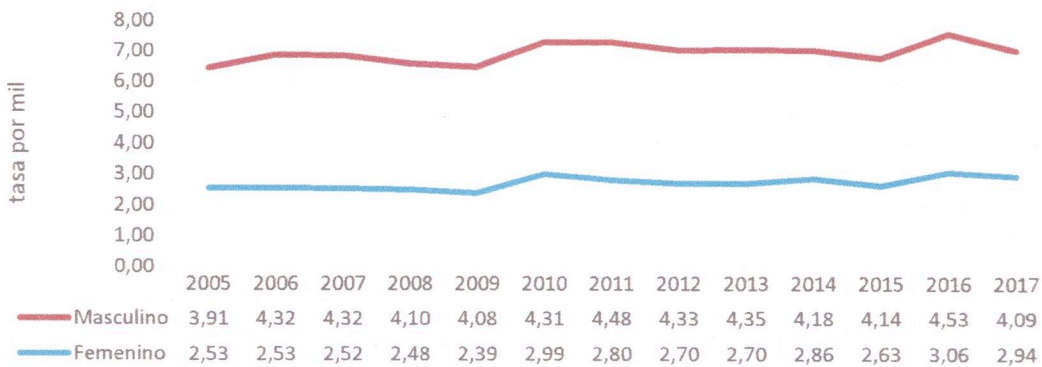


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.13.1. Tasa bruta de mortalidad

Durante el periodo 2005 a 2017, la tasa de mortalidad en el departamento osciló entre 3,24 y 3,81 defunciones por cada mil habitantes. Para todos los años del periodo, la tasa específica de mortalidad en hombres fue superior a la tasa de mortalidad de las mujeres (Figura 63)

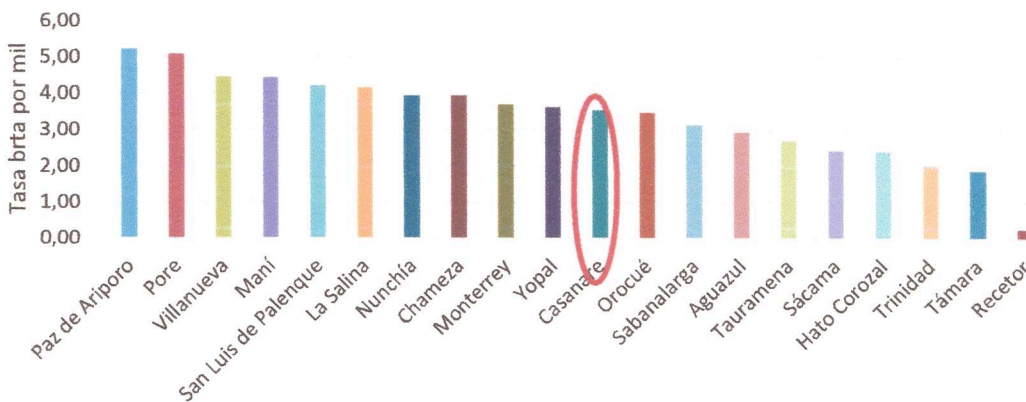
Figura 63. Tasa bruta de mortalidad según sexo del fallecido. Casanare 2005 a 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cubo Indicadores ASIS 2019

Los municipios que presentaron las mayores tasas brutas de mortalidad fueron Paz de Ariporo, Pore, Villanueva, y Maní municipios con tasa promedio superior a la tasa promedio del Departamento. Los demás municipios, presentaron tasas inferiores fueron Recetor, Támara y Trinidad (figura 64)

Figura 64. Tasa bruta de mortalidad por municipio de residencia del fallecido. Casanare 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cubo Indicadores ASIS 2019





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

### Nit. 800.228.493 - 1

#### 4.11.3. Mortalidad general por grandes causas y años de vida potencialmente perdidos

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (AVPP) constituyen un indicador que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros, permitiendo relacionar la mortalidad de determinadas causas de muerte en determinadas edades con el cambio de la esperanza de vida al nacimiento o entre edades seleccionadas.

Para el análisis de la mortalidad por grandes causas se realiza teniendo en cuenta la agrupación de la mortalidad 6/67 considera 7 grandes grupos así:

**Enfermedades transmisibles.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: enfermedades infecciosas intestinales, la tuberculosis, inclusive secuelas, ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, ciertas enfermedades prevenibles por vacuna, meningitis, septicemia, infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, enfermedad por el VIH/SIDA, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades infecciosas y parasitarias

**Neoplasias.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: t. maligno del estómago, t. maligno del colon, t. maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon, t. maligno hígado y vías biliares, t. maligno del páncreas, t. maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, t. maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, t. maligno de la mama, t. maligno del útero, t. maligno de la próstata, t. maligno de otros órganos genitourinarios, t. maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, otros tumores malignos, Carcinoma-in-situ, t. benignos y de comportamiento incierto o desconocido,

**Enfermedades del sistema circulatorio:** Incluye las siguientes patologías: fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad Cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, otras de enfermedades del sistema circulatorio.

**Ciertas afecciones originada en el periodo perinatal.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus, otras afecciones originadas en el periodo perinatal

**Causas externas.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas; otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas; caídas accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes; accidentes causados por disparo de armas de fuego; ahogamiento y sumersión accidentales; exposición al humo, fuego y llamas; envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas; complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

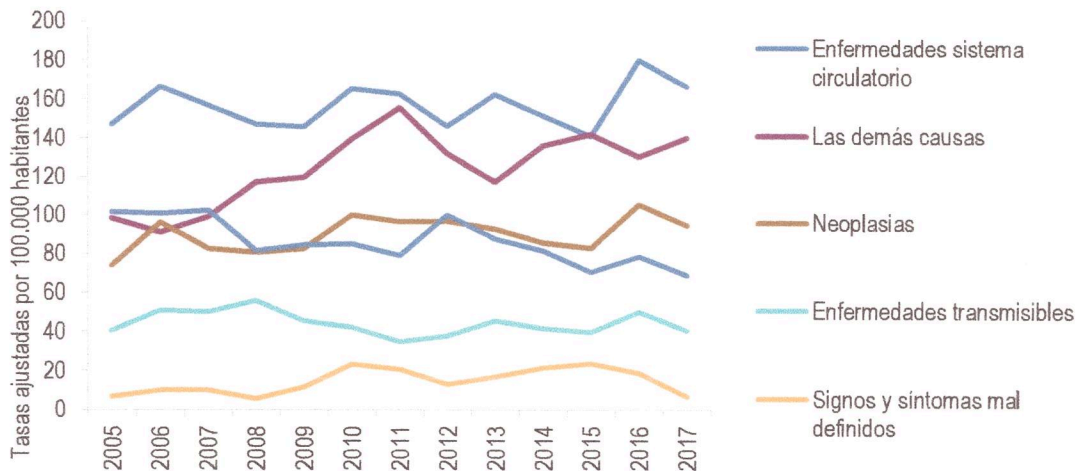
secuelas ; otros accidentes, inclusive secuelas; lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas; agresiones (homicidios), inclusive secuelas; intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas; eventos de intención no determinada, inclusive secuelas.

**Todas las demás causas.** En este grupo se encuentran las siguientes patologías: diabetes mellitus; deficiencias nutricionales y anemias nutricionales; trastornos mentales y del comportamiento; enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; otras enfermedades de las vías respiratorias superiores; enfermedades pulmón debidas a gentes externos; otras enfermedades respiratorias; apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal; ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis; resto de enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema urinario; hiperplasia de la próstata; embarazo, parto y puerperio; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y el residuo.

**Síntomas, signos y afecciones mal definidas:** En este grupo se ubican todas las demás causas de defunción que no pueden ser consideradas en ninguna de los subgrupos anteriores.

Durante el periodo 2005 a 2017, los grupos de patologías que presentaron las mayores tasas específicas de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por la agrupación "las demás causas" y en tercer lugar, las neoplasias (Figura 65)

Figura 65. Mortalidad por grandes causas. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

En hombres, las mayores tasas específicas de mortalidad por cien mil hombres fueron en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio con tasas que oscilaron entre 158,2 y 224,4 seguido por "las demás

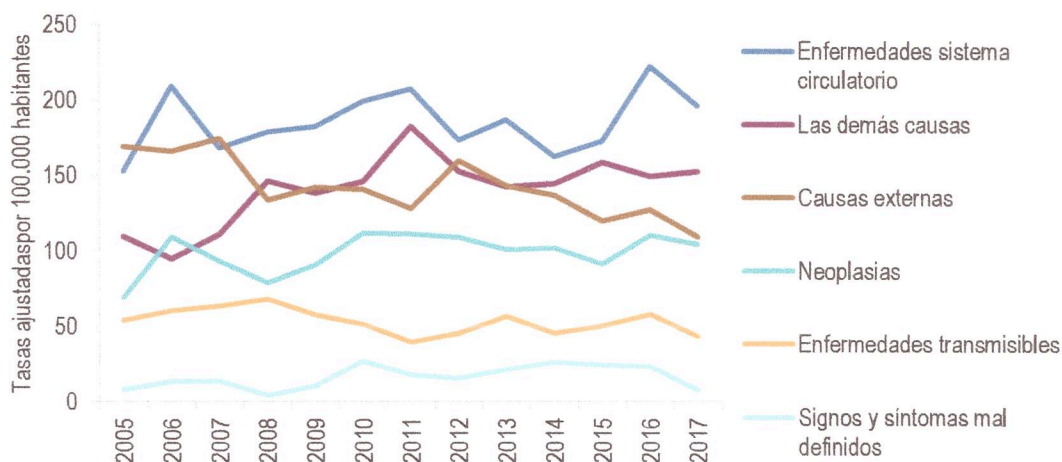




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

causas" con tasas entre 88,9 y 158,4 y en tercer lugar, las muertes por causa externa con tasas que oscilaron entre 168,9 y 104,2 y una marcada tendencia al descenso. (Figura 66)

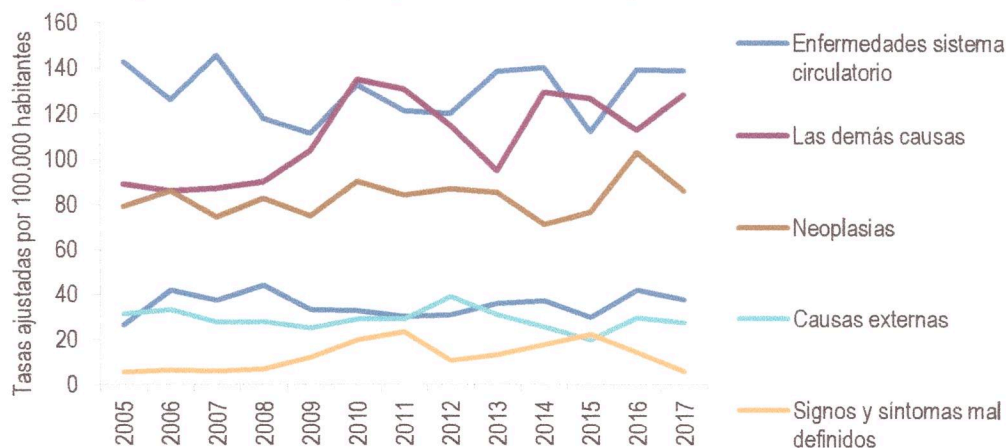
Figura 66. Mortalidad por grandes causas en hombres. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

En mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de defunción, seguido por las defunciones por el grupo "las demás causas" y en tercer lugar, las neoplasias. (Figura 67)

Figura 67. Mortalidad por grandes causas en mujeres. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



4.11.4. Mortalidad y Años de vida potencialmente perdidos

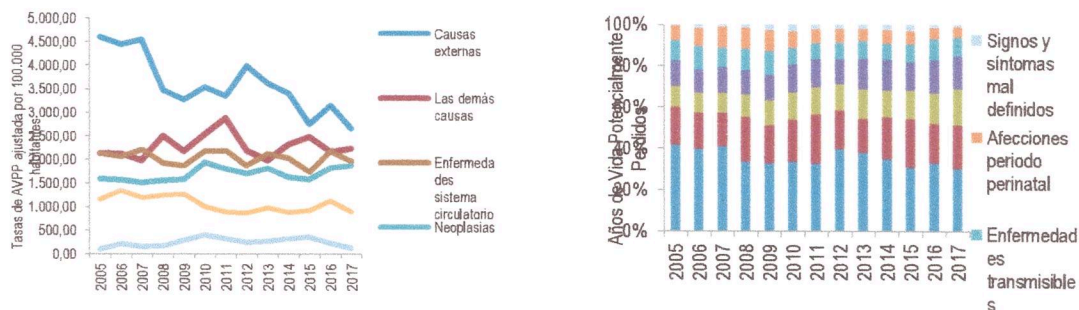
Entre el 2005 y 2017, en la población general residente en Casanare, las causas externas, aunque no fueron la primera causa de muerte fueron la primera causa de pérdida de años de vida por muerte prematura (AVPP) con tasas ajustadas que oscilaron entre 4.594,42 y 2657,73 AVPP por cien mil habitantes, lo que equivale a 155.221 años que representan el 35,53% del total de años perdidos por todas las causas. En 2017 se perdieron 231 defunciones debido a causas externas que ocasionaron 9.813 AVPP, siendo la segunda causa de defunción para ese año. (Figura 68).

La segunda causa de AVPP en el periodo 2.005 a 2.017 fue el grupo las demás causas, agrupación de diagnósticos conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, pasando de una tasa de AVPP de 2.137,12 en 2.005 a 2229,34 en 2.017, con 84.967 AVPP equivalentes al 19,45% del Total de AVPP del periodo. En el año 2017 fueron la causa de defunción de 325 personas con 6.868,49 AVPP. (Figura 68)

Por su parte, las neoplasias fueron la tercera causa de pérdida de AVPP con 55.652 equivalentes al 12,74% del total de AVPP del periodo. Las tasas de AVPP oscilaron entre 1.582,84 y 2.167 AVPP por cada cien mil habitantes. En 2017 fallecieron por neoplasias 241 personas que aportaron 6.868 AVPP, con una tasa de 1959,60 AVPP por cada cien mil habitantes. (Figura 68)

Las enfermedades del sistema circulatorio, aunque fueron la primera causa de defunción en la población general, fueron la cuarta causa generadora de AVPP con 58.568 AVPP que representan el 13,41% del total de AVPP del periodo 2.005 a 2017, año en el cual fallecieron 363 personas que aportaron 5.160 AVPP para este año, con una tasa de AVPP de 1.960. por su parte, las enfermedades transmisibles fueron la quinta causa de AVPP, con 40.962 (9,38% del total de AVPP), una tasa de 1.959 AVPP por cada cien mil habitantes. (Figura 68)

Figura 68. Mortalidad y Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP) según grandes causas. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

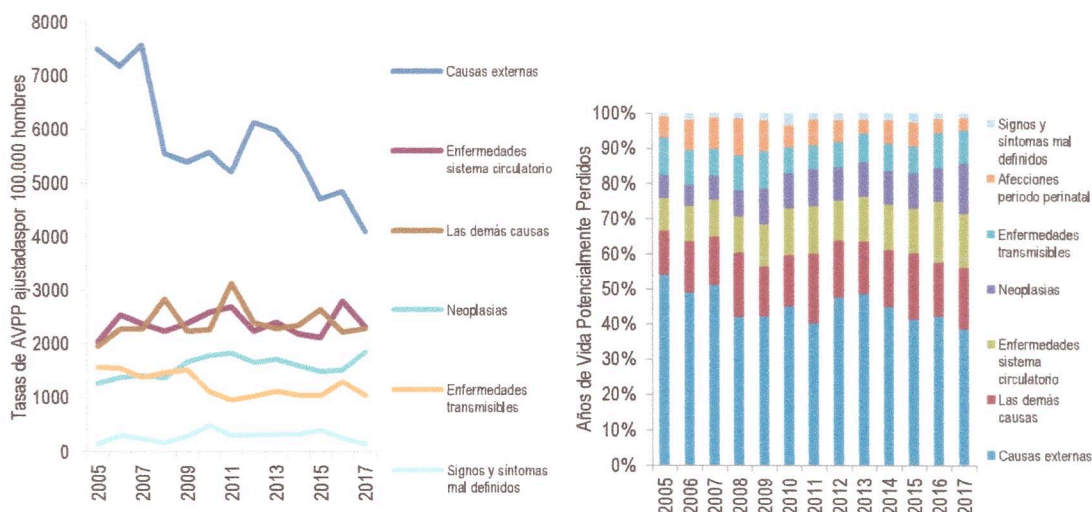




#### 4.11.4.1. Mortalidad y Años de vida potencialmente perdidos en hombres

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total entre 2005 y 2017., siendo las causas externas las que aportaron el mayor número de AVPP aportando 298.399 al total de AVPP y fueron la causa del 45,21% del total de AVPP aportados por el fallecimiento prematuro de personas del sexo masculino. La segunda causa de AVPP en hombre fueron las demás causas con 44.334 (15,92% del total de AVPP), seguido por los AVPP aportados por las defunciones debidas a enfermedades del sistema circulatorio con 34.435 (12,37%) y en cuarto lugar, las neoplasias con 25.616 (9,20% del total de AVPP). Por su parte, las enfermedades transmisibles aportaron 24.004 (8,62%) y las enfermedades propias del periodo perinatal 18.808, que representan el 6,76% de los AVPP del periodo. (Figura 69

**Figura 69. Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos y tasas específicas de AVPP en hombres según grandes causas, 2005-2017**



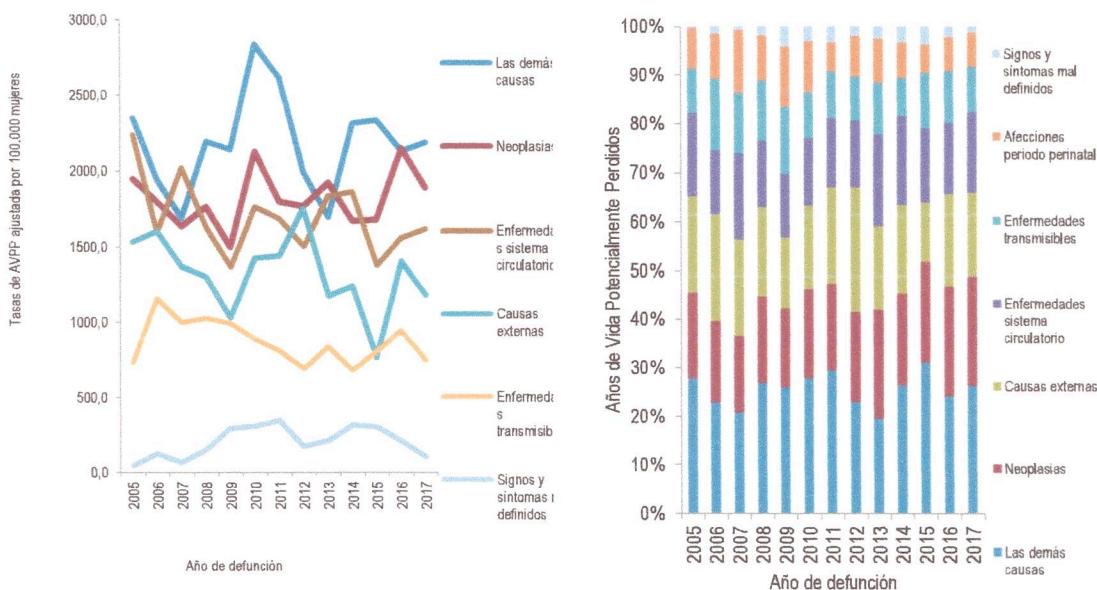
Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

#### 4.11.4.2. Mortalidad y años de vida potencialmente perdido en mujeres

Entre 2005 y 2017 la primera causa de AVPP en las mujeres fueron las enfermedades del grupo las demás causas que aportaron 40.633 que representan el 25,64% del total de AVPP de las mujeres, seguido por los AVPP secundarios a neoplasias con 30.036 AVPP (18,95%) y las enfermedades del sistema circulatorio con 24.133 AVPP. (Figura 70)



Figura 70. Años de Vida Potencialmente Perdidos y tasas ajustadas de AVPP en mujeres según grandes causas, 2005-2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

#### 4.11.5. Mortalidad específica por subgrupo de causas

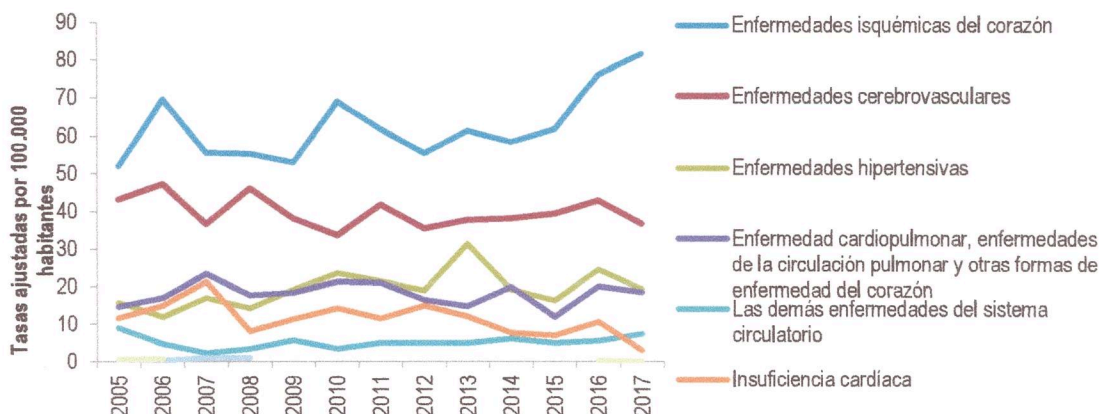
##### 4.11.5.1. Enfermedades del sistema circulatorio

Entre 2005 y 2017, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad la población del departamento. Para el último año, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 49% (178) de las muertes dentro del grupo, presentando tasas ajustadas de mortalidad oscilantes entre 52,09 y 76,00 muertes por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 22% (79) de las muertes con tendencia a disminuir en ambos sexos. Las enfermedades cardiopulmonares fueron la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportando el 12% (43) de las muertes y mostrando leve tendencia a disminuir. (Figura 71)





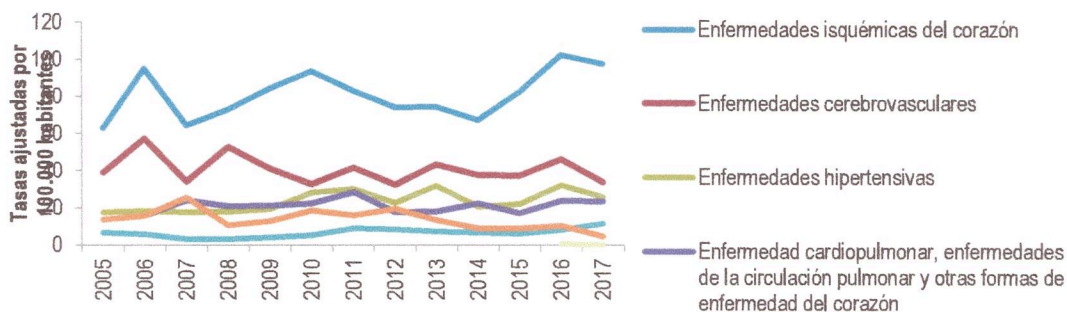
Figura 71. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total. Las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares y las enfermedades hipertensivas fueron las causas de defunción que presentaron las tasas específicas de defunción. (Figura 72). En las mujeres, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares y las enfermedades cardiopulmonares fueron los subgrupos de enfermedades del sistema circulatorio con las mayores tasas específicas de defunción en el periodo 2005 a 2017. (Figura 73)

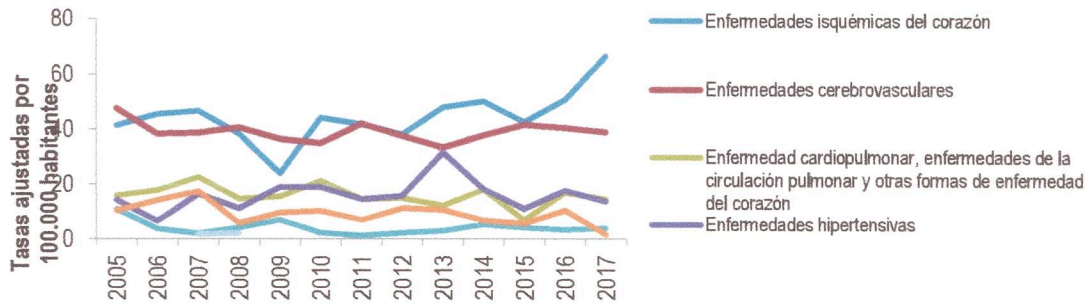
Figura 72. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019



Figura 73. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio en y mujeres. Casanare 2005 – 2017

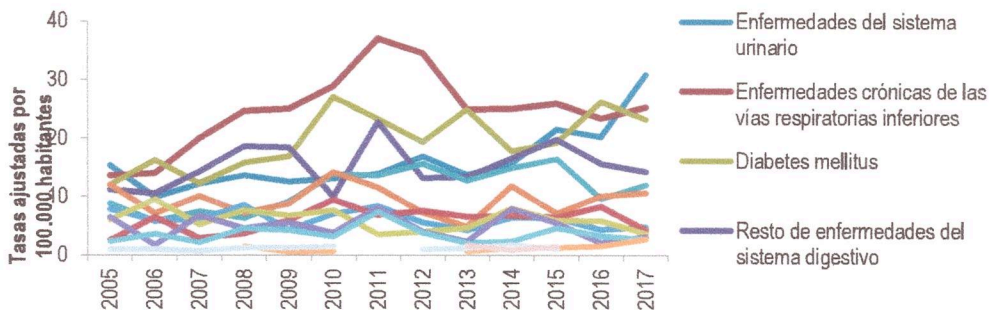


Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

#### 4.11.5.2. Las demás causas

El grupo de las demás causas constituye un grupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos no clasificados en otros grupos: D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q9912. Entre 2005 y 2017, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo ocasionando el 16% (544) de las defunciones del periodo. Entre 2008 y 2011 sus tasas ajustadas aumentaron de 13,48 a 36,98 muertes por cada 100.000 habitantes, para luego invertir su tendencia y tornarse a la disminución hasta alcanzar un valor de 23,35 en 2016. En segundo lugar, la diabetes mellitus causante del 15% (496) de las defunciones, con tasas ajustadas tendientes al aumento, pasando de 21,8116,16 a 23,21 en 2017, año en el cual, fueron la causa del 17% (55) del total de defunciones por este grupo de causas. (Figura 74)

Figura 74. Tasa de mortalidad ajustada para las demás enfermedades. Casanare 2005 – 2017



Fuente:

Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

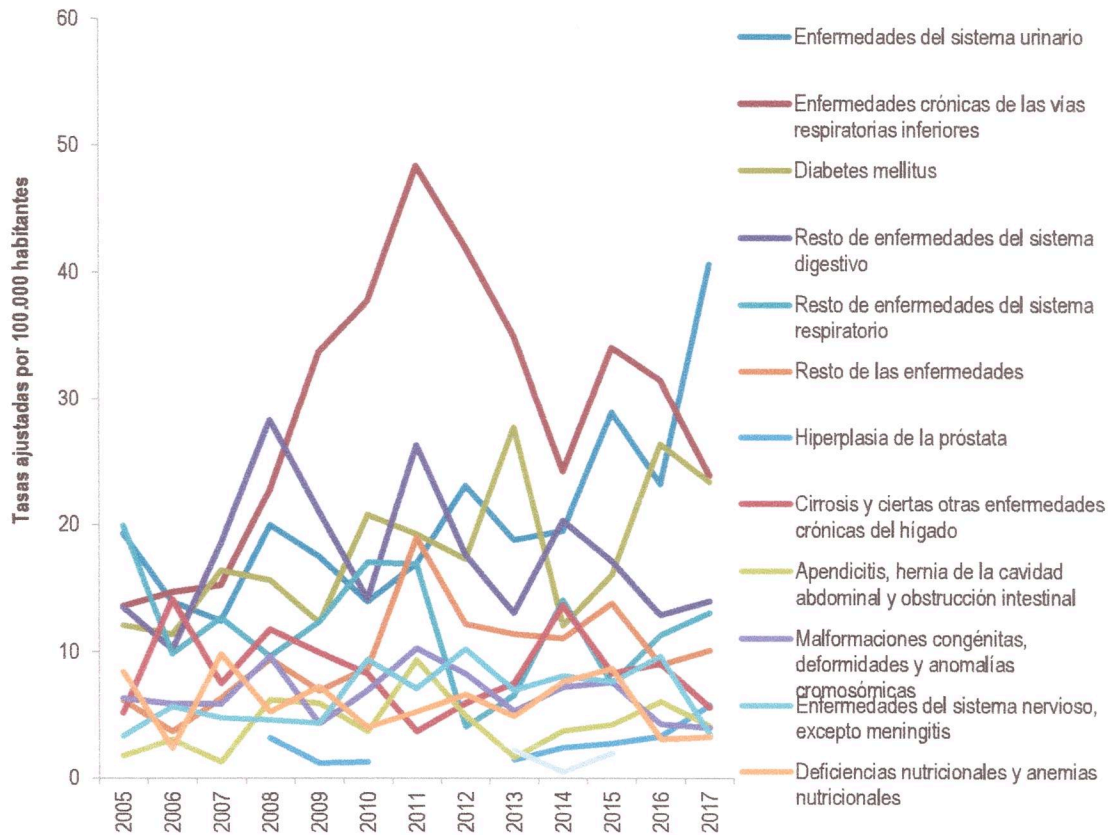




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

En los hombres, Las principales causas de defunción fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias con tasas crecientes, pasando de 13,62 en 2005 a 48,32 en 2011, año a partir del cual, se observa una marcada disminución. En 2017, la tasa específica de mortalidad por esta causa fue de 23,85 defunciones por cada 100.000 habitantes de sexo masculino. (Figura 75)

Figura 75. Tasa de mortalidad ajustada en hombres para las demás enfermedades. Casanare 2005 – 2017

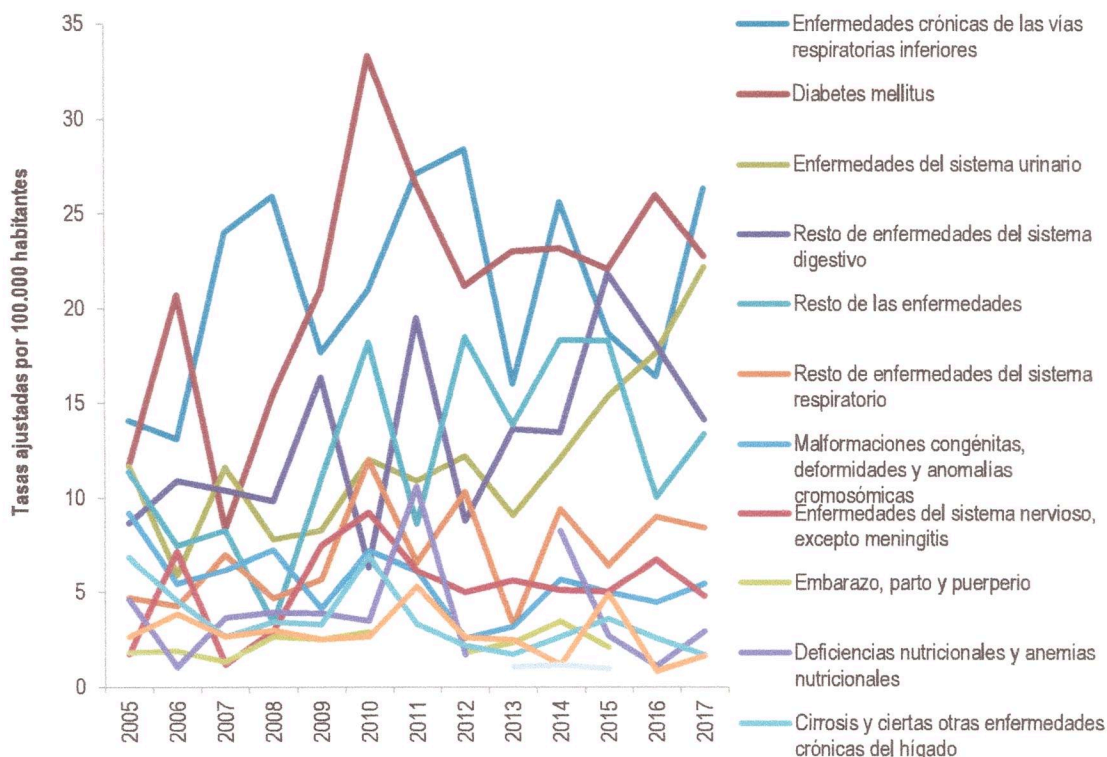


Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

En mujeres, Las principales causas de defunción fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias con tasas crecientes, pasando de 14,04 en 2005 a 28,38 en 2011, año a partir del cual, se observa tendencia a la disminución. En 2017, la tasa específica de mortalidad por esta causa fue de 26,33 defunciones por cada 100.000 habitantes de sexo femenino. (Figura 76)



Figura 76. Tasa de mortalidad ajustada en mujeres para las demás enfermedades. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

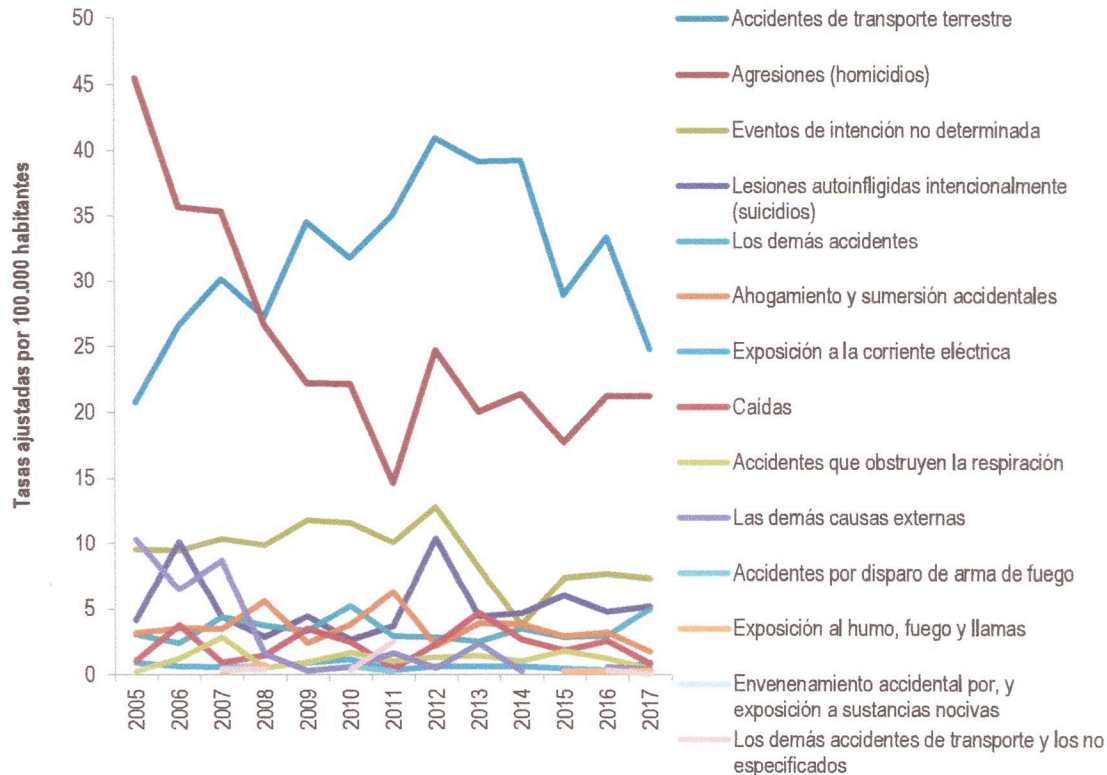
#### 4.11.6. Causas externas

Los accidentes de transporte terrestre provocaron el 23% (1.263) del total de muertes por causas externas ocurridas en el periodo 2005 a 2017, con tasas tendientes a aumentar pasando de 26,57 a 40,90 en 2012, año a partir del cual, presenta tendencia a disminuir. En 2017, fueron la causa de 88 defunciones lo que representa una tasa específica de 24,80 muertes por cada 100.000 habitantes en 2017. Existe una diferencia entre sexos, la tasa de mortalidad por accidentes de transporte es 3 veces más alta en hombres que en mujeres. Por su parte, los homicidios fueron la segunda causa de defunción y fueron la causa de 1.018 defunciones, con tasa específica tendiente al descenso, pasando de 35,63 en 2005 a 21,20 (71 casos) defunciones por cada 100.000 habitantes en 2017. (Figura 77)





Figura 77. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas. Casanare 2005 – 2017



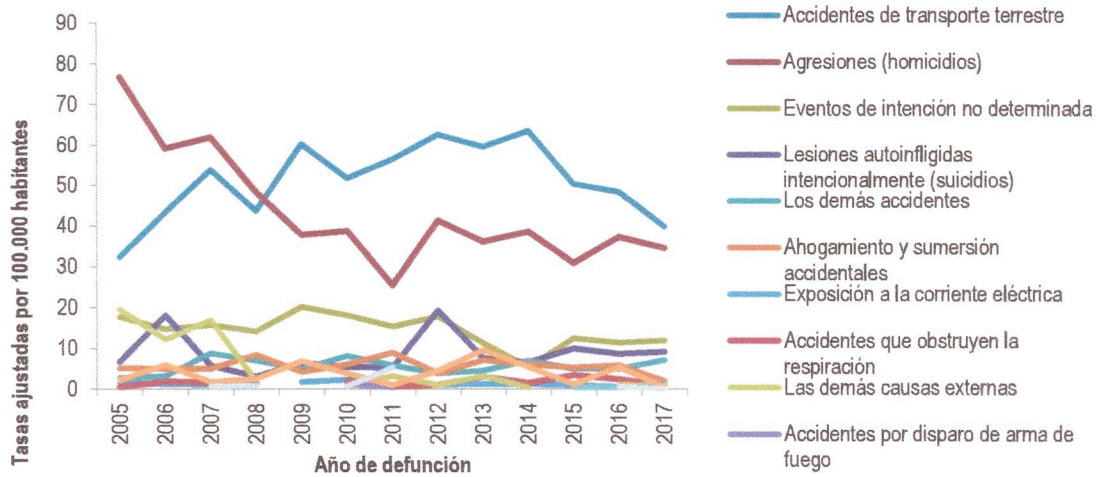
Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

En hombres (Figura 79) las primeras causas de defunción en el periodo 2.005 a 2.017 fueron los accidentes de transporte terrestre que presentaron tasas específicas que aumentaron entre el 2.005 y 2.014, pasando de 32,29 defunciones por cada 100.000 hombres a 63,38. A partir de 2014, las tasas han disminuido levemente. En 2.017, la tasa de defunción por accidentes de transporte terrestre en hombres fue de 24,73. En mujeres (Figura 80), las tasas específicas de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, han presentado una leve tendencia al aumento entre 2.005 y 2.017, con picos elevados en 2.012 y 2.016. En 2.017, la fallecieron 18 mujeres por esta causa y la tasa específica fue de 9,64 defunciones de mujeres por cada 100.000 mujeres.

La segunda causa de defunción por causas externas tanto en hombres como en mujeres fueron los homicidios, cuyas tasas específicas presentan una marcada disminución en el periodo 2.005 a 2017 (Figuras 79 y 80)

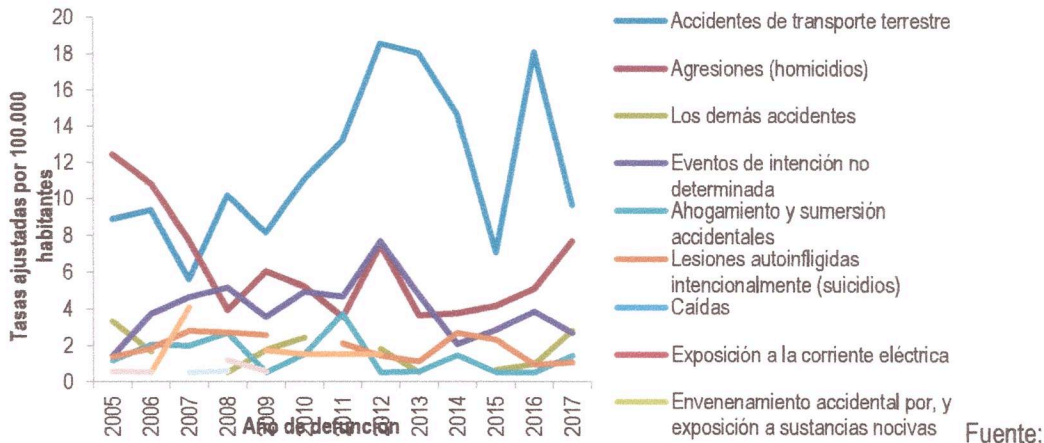


Figura 78. Tasa de mortalidad en hombres ajustada por edad para las causas externas. Casanare 2005 - 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

Figura 79. Tasa de mortalidad en mujeres ajustada por edad para las causas externas. Casanare 2005 - 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

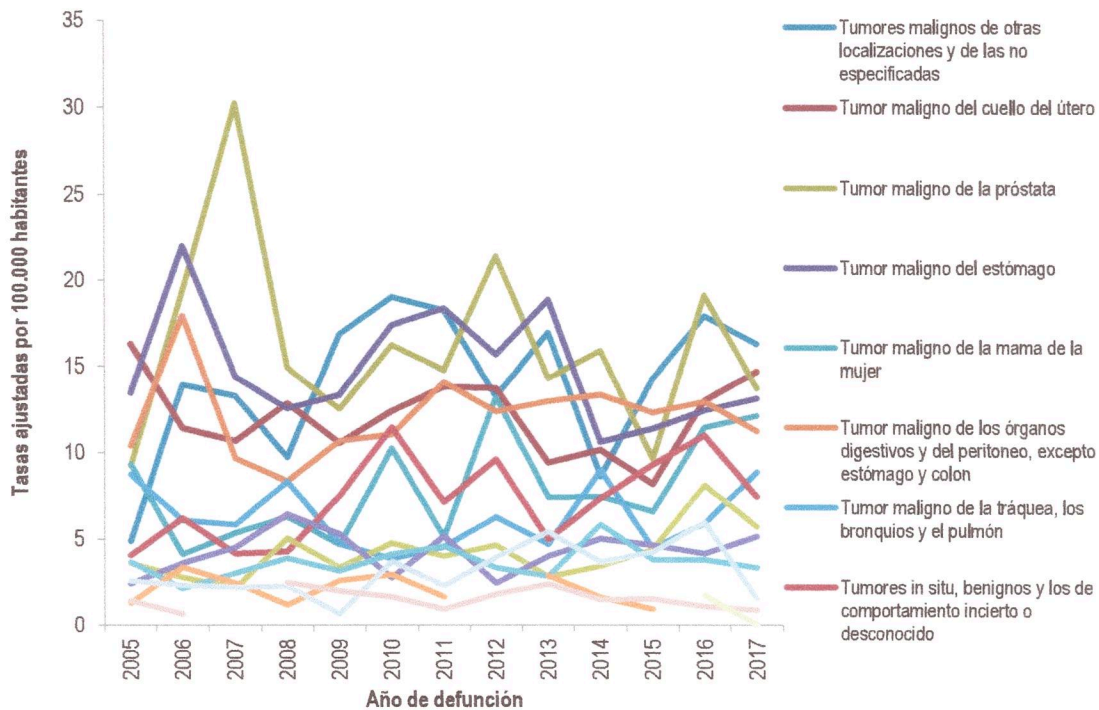




#### 4.11.7. Neoplasias

En el periodo 2.005 a 2.017, las neoplasias fueron la causa de 2.450 defunciones equivalentes al 16% del total de defunciones ocurridas en el periodo. Las principales causas de defunción por patologías tumorales fueron el tumor maligno del estómago y los tumores malignos de otras localizaciones, cada una causante del 16% del total de defunciones por estas causas. (Figura 81)

Figura 80. Tasa de mortalidad ajustada por las neoplasias. Casanare 2005 – 2017

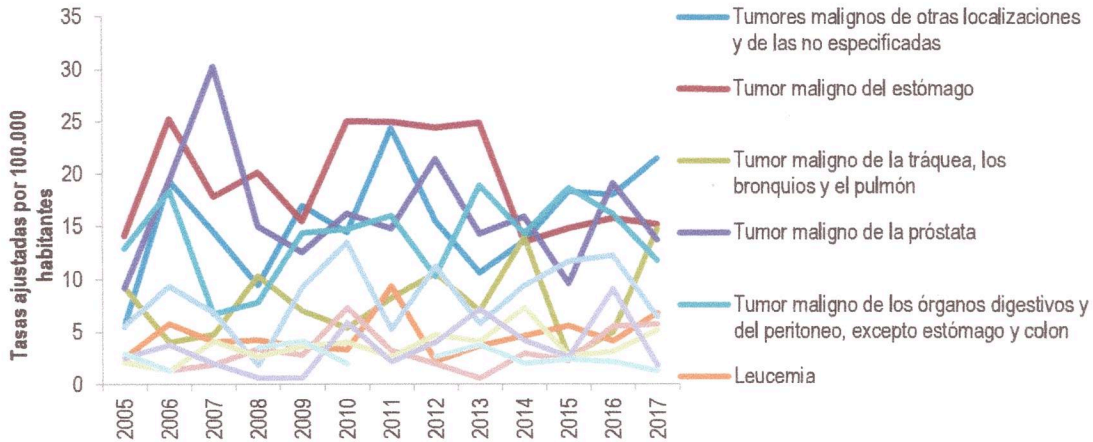


Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

Ente 2005 y 2017, los tumores malignos de próstata fue la primera causa de mortalidad en hombres con tasas oscilantes entre 9,36 y 30,25 defunciones por cada 100.000 habitantes de sexo masculino. En 2017, provocaron el 6,43% (14) del total de muertes de este género por causas tumorales (Figura 82). En mujeres, los tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas fueron la primera causa de mortalidad, presentando tasas oscilantes entre 19,2 y 22,61 muertes por cada 100.000 habitantes de sexo femenino. (Figura 83)

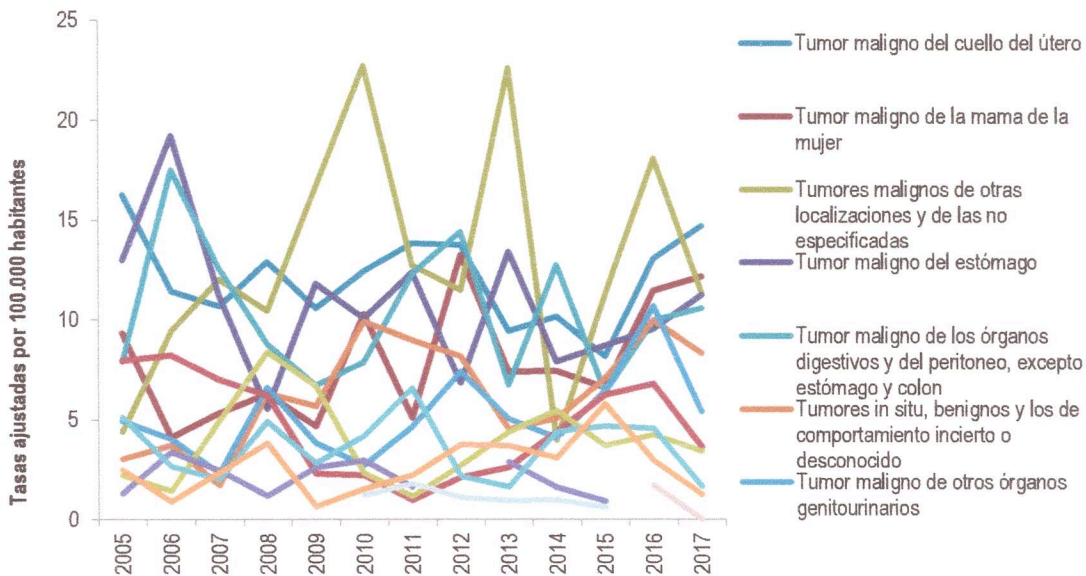


Figura 81. Tasa de mortalidad ajustada por las neoplasias en hombres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

Figura 82. Tasa de mortalidad ajustada por las neoplasias en mujeres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019



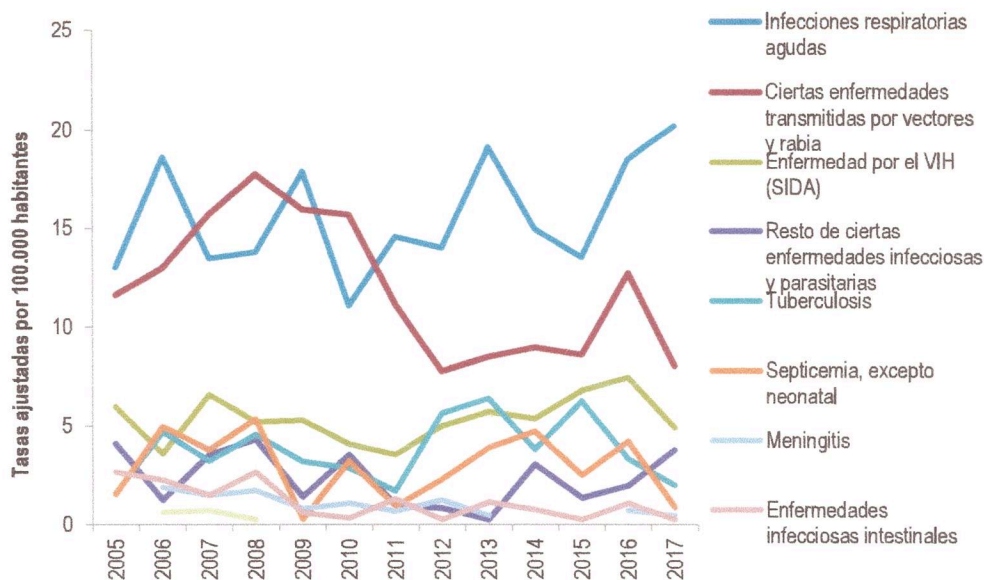


#### 4.11.8. Enfermedades transmisibles

En este grupo se incluyen las defunciones ocasionadas por los siguientes subgrupos de enfermedades: Enfermedades infecciosas intestinales, Tuberculosis, inclusive secuelas, Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna, Meningitis, Septicemia, Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, Enfermedad por el VIH/SIDA, Infecciones respiratorias agudas. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia oscilatoria a través del tiempo. En este grupo las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte; entre 2005 y 2017 con tasas ajustadas que oscilaron entre 18,62 a 20,21 muertes por cada 100.000 habitantes. El subgrupo de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia fueron la segunda causa de muerte con tasas al aumento entre 2005 y 2008, para luego descender. En 2017, la tasa específica fue de 8,00 defunciones por cada 100.000 habitantes. El comportamiento fue similar tanto para hombres como para mujeres. La enfermedad por VIH/SIDA fue la tercera causa de muerte, con tasas tendientes al aumento, pasando de 5,95 a 7,41 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2016. En 2017, la tasa fue de 4,91 defunciones por cada 100.000 habitantes y un comportamiento similar en hombres y mujeres. (Figuras 84,85 y 86)

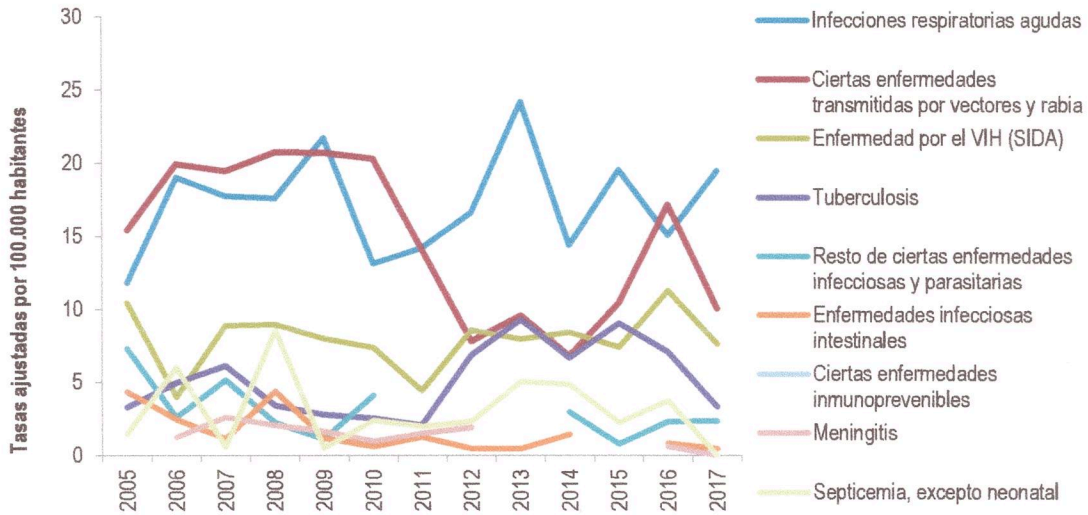
**Figura 83. Tasa de mortalidad ajustada por las enfermedades transmisibles. Casanare 2005 – 2017**



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 201

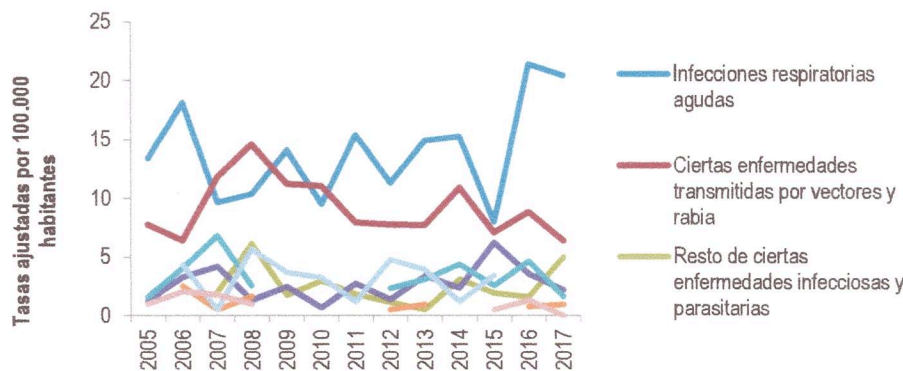


Figura 84. Tasa de mortalidad ajustada por las enfermedades transmisibles en hombres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

Figura 85. Tasa de mortalidad ajustada por las enfermedades transmisibles en mujeres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019





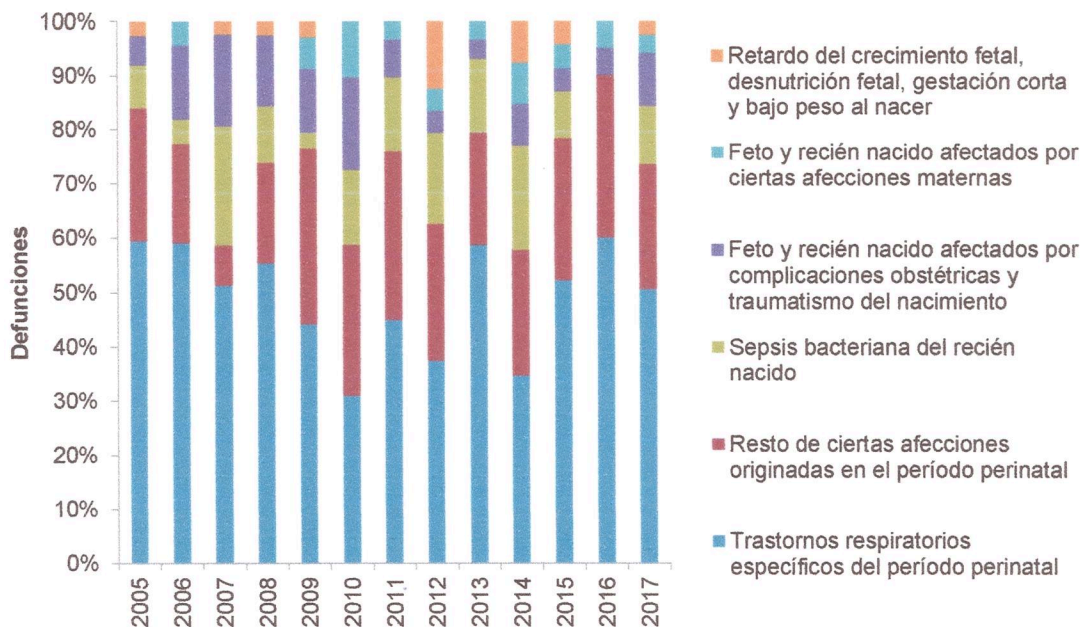
#### 4.11.9. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En el grupo 667 de afecciones originadas en el periodo perinatal están los siguientes subgrupos: feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus, y otras afecciones originadas en el periodo perinatal.

En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido baja y constante. En 2017 el 60% (12 de 20) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (subgrupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos: P00-P96, P08, P29, P35, P37-P96) causó el 30% (6 de 20) de las muertes. (Figura 87).

En hombres (Figura 88) y en mujeres (Figura 89), el comportamiento fue similar al presentado para la población general.

**Figura 86. Tasas de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Casanare 2005 – 2017**

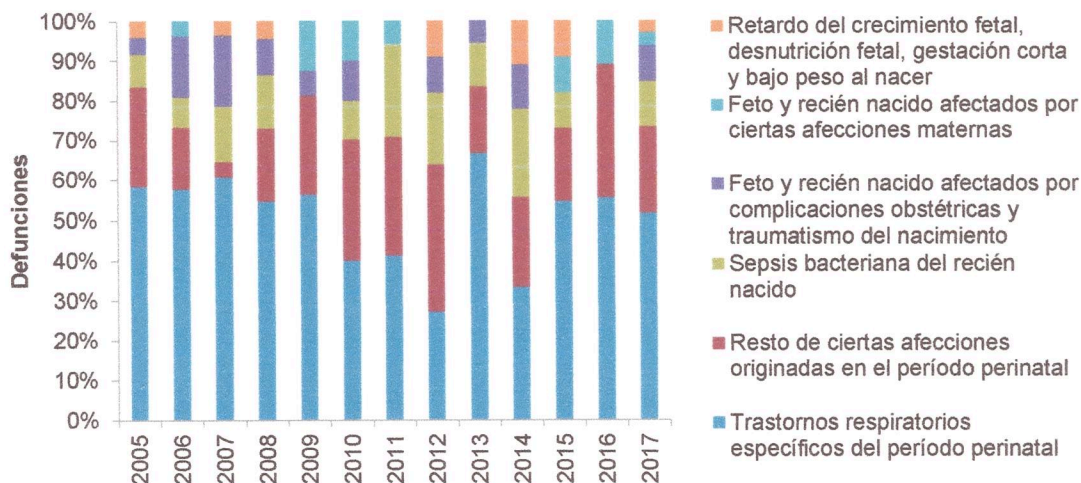


Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019



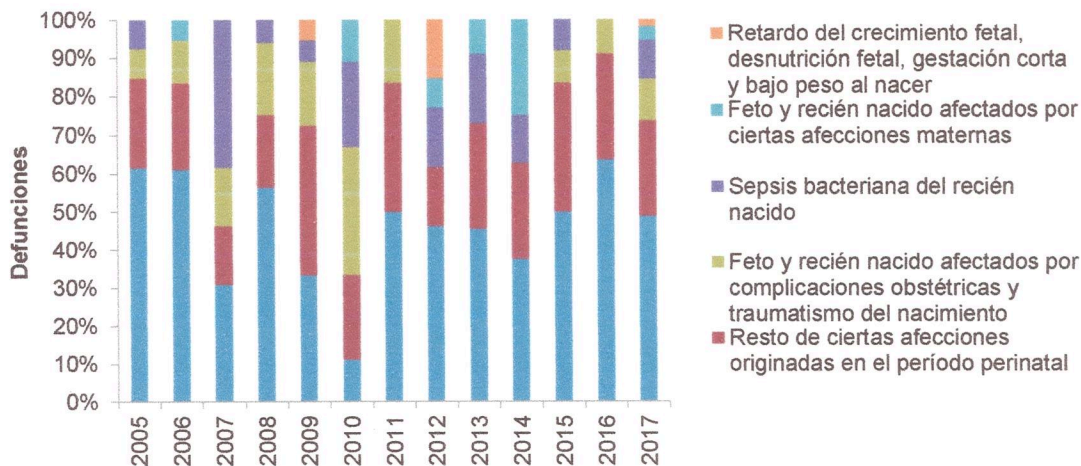
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 87. Tasas de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019

Figura 88. Tasas de mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres. Casanare 2005 – 2017



Fuente: Elaboración oficina de Epidemiología a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2019





**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

**4.11.10. Semaforización de la mortalidad:**

La semaforización (Tabla 44) de las tasas ajustadas de mortalidad 2.017 del departamento de Casanare con relación al promedio Nacional muestra lo siguiente:

La tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre del departamento de Casanare (24,80) fue superior a la tasa promedio Nacional (14,50) con una diferencia estadísticamente significativa.

La tasa de mortalidad por tumor maligno de mama para en departamento de Casanare (12,11) fue inferior a la tasa promedio Nacional (12,55) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino para en departamento de Casanare (14,67) fue superior a la tasa promedio Nacional (6,59) y la diferencia es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata para en departamento de Casanare (13,71) fue inferior a la tasa promedio Nacional (14,88) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago para en departamento de Casanare (13,13) fue superior a la tasa promedio Nacional (10,75) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por diabetes mellitus para en departamento de Casanare (23,21) fue superior a la tasa promedio Nacional (15,33) y la diferencia es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidios) para en departamento de Casanare (5,15) inferior a la tasa promedio Nacional (5,47) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento para en departamento de Casanare (1,15) inferior a la tasa promedio Nacional (1,32) pero la diferencia no es estadísticamente significativa

La tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) para en departamento de Casanare (21,20) fue inferior a la tasa promedio Nacional (44,74) con diferencia estadísticamente significativa.

La tasa de Mortalidad por enfermedades transmisibles (A00-A99) de Casanare (37,39) fue inferior a la tasa promedio Nacional (38,82) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

**Tabla 44. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2017**

Causa de muerte	Colombia 2017	Casanare 2017	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,50	24,80	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,55	12,11	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗



## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	14,67	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,88	13,71	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,75	13,13	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	15,33	23,21	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,47	5,15	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32	1,15	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	44,74	21,20	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	38,82	37,39	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV

### 4.12. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

#### 4.12.1. Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna en el departamento de Casanare en el periodo 2005 a 2015 osciló entre 50,53 y 43,04 casos por cada 100.000 nacidos vivo, En el año 2011 y 2016 no se registraron defunciones maternas. La razón de mortalidad materna del departamento del 2005 al 2007 y en el 2011, 2015 y 2017, fue inferior al promedio Nacional, mientras que en los años 2008 al 2010 y 2014, fue ligeramente superior. (Figura 90)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 89. Razón de mortalidad materna, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

4.12.1.1. Mortalidad materna Etnia

Colombia es un país pluriétnico y multilingüe en el que 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 Palanqueros de San Basilio del municipio de Mahates en el departamento de Bolívar y la población ROM o gitana. La mayor razón de mortalidad materna en el periodo se presentó en población indígena, años 2009 y 2013, seguida por la mortalidad por otras etnias. En 2017, la razón de mortalidad materna fue de 15,53 muertes por cada 100.000 nacidos vivo, a expensas de otras etnias. (Tabla 45).

Tabla 45. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia. Casanare 2009-2017

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 - INDÍGENA	1.785,71					1.020,41		-	
2 - ROM (GITANO)								-	
3 - RAIZAL (SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA)								-	
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO								-	
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE								-	
6 - OTRAS ETNIAS	60,61	81,29		43,00	57,55	43,38	43,66	-	15,53
NO REPORTADO								-	
<b>Total General</b>	<b>74,89</b>	<b>77,29</b>		<b>41,81</b>	<b>56,41</b>	<b>56,74</b>	<b>43,04</b>	-	<b>15,53</b>

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2017

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.12.1.2. Mortalidad materna por área

En el departamento de Casanare la razón de mortalidad materna en el año 2017 en el área rural dispersa fue de 392,66 defunciones por cada 100.000 nacidos vivo, cifra superior a la presentada para el área urbana. Llama la atención que la razón de mortalidad materna más alta se presentó en los años 2009 y 2010. (Tabla 46)

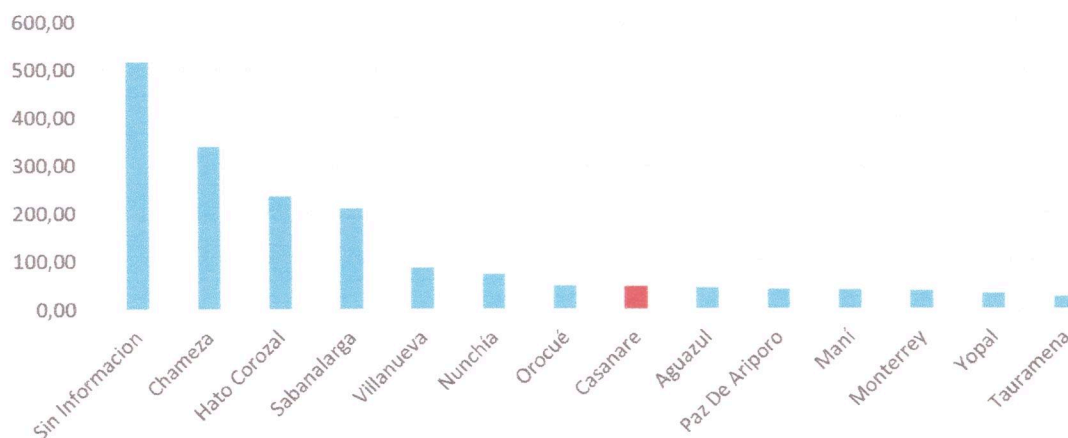
Tabla 46. Razón de mortalidad materna por área. Casanare 2009- 2017

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 - CABECERA	49,59	20,12	-	54,57	36,51	54,61	18,41	-	
2 - CENTRO POBLADO		487,80	-					-	
3 - AREA RURAL DISPERSA	99,70	161,03	-		140,35	72,25	148,15	-	392,66
SIN INFORMACION	2.040,82	1.960,78	-					-	
<b>Total General</b>	<b>74,89</b>	<b>77,29</b>	<b>-</b>	<b>41,81</b>	<b>56,41</b>	<b>56,74</b>	<b>43,04</b>	<b>-</b>	<b>15,53</b>

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2017

En promedio, la razón de mortalidad materna del departamento en el periodo 2005 a 2017 fue de 49,04 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivo. Los municipios con mayor promedio en la razón de mortalidad fueron Chámeza, Hato Corozal, Sabanalarga, Villanueva y Nunchía y Orocué, los cuales presentaron cifras superiores al promedio departamental, mientras que, en los municipios de Aguazul, Paz de Ariporo, Maní, Monterrey, Yopal y Tauramena, la razón promedio fue inferior al departamento. (figura 91). No se registraron casos de mortalidad materna en La Salina, Chámeza, Támara, Trinidad, Recetor, San Luis de Palenque y Sácama.

Figura 90. Promedio Razón de mortalidad materna por municipio. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

### Nit. 800.228.493 - 1

#### 4.12.2. Mortalidad Infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizara la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

##### 4.12.2.1. Tasas específicas de mortalidad

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo de la comunidad y de los esfuerzos sociales para proteger a los niños, como los seres más vulnerables. Con excepción de ciertas malformaciones mayores incompatibles con la vida, la mayoría de las muertes en menores de un año son prevenibles y es imprescindible como indicador de monitoreo del derecho a la salud. La sobremortalidad infantil puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud y producto de discriminación estructural.

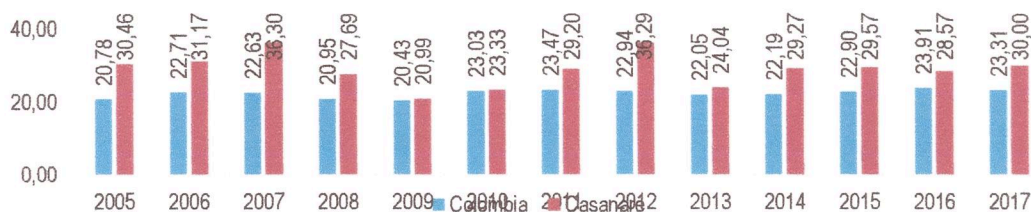
##### 4.12.2.1. Mortalidad Perinatal

Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Entre las principales causas de mortalidad perinatal se encuentran las siguientes:

##### 4.12.2.1.1. Mortalidad Perinatal por resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En el periodo 2005 a 2017, el porcentaje de muertes por patologías del grupo resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal osciló entre el 22 y el 37%, superior al promedio nacional. Los años con la mayor proporción de defunciones perinatales por estas causas fueron 2007 con 36,30% y 2012 con 36,29 (Figura 92)

**Figura 91. Porcentaje de muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Casanare 2005- 2017**



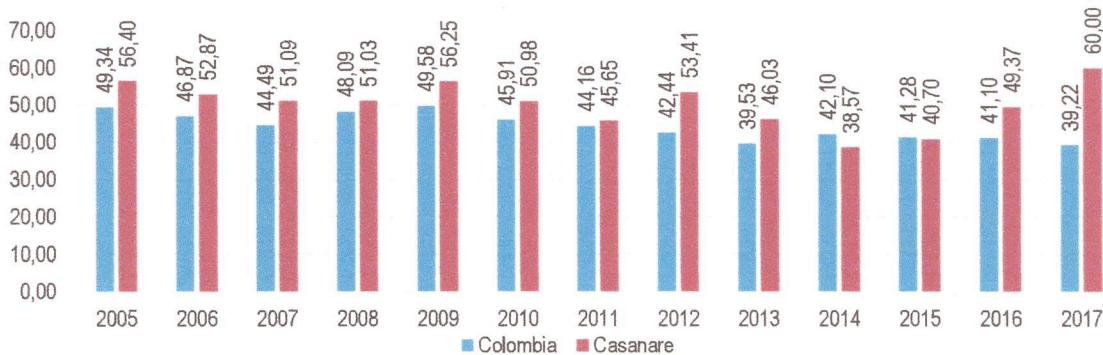
Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.



#### 4.12.2.1.2. Mortalidad Perinatal por trastornos respiratorios específicos del período perinatal

Los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal fueron los causantes de la mayor proporción de muertes perinatales durante el periodo 2005 a 2017. Durante todos los años del periodo, la proporción de muertes por esta causa fue superior al promedio Nacional. (Figura 93)

**Figura 92. Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal. Casanare 2005- 2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.

#### 4.12.2.2. Mortalidad Neonatal

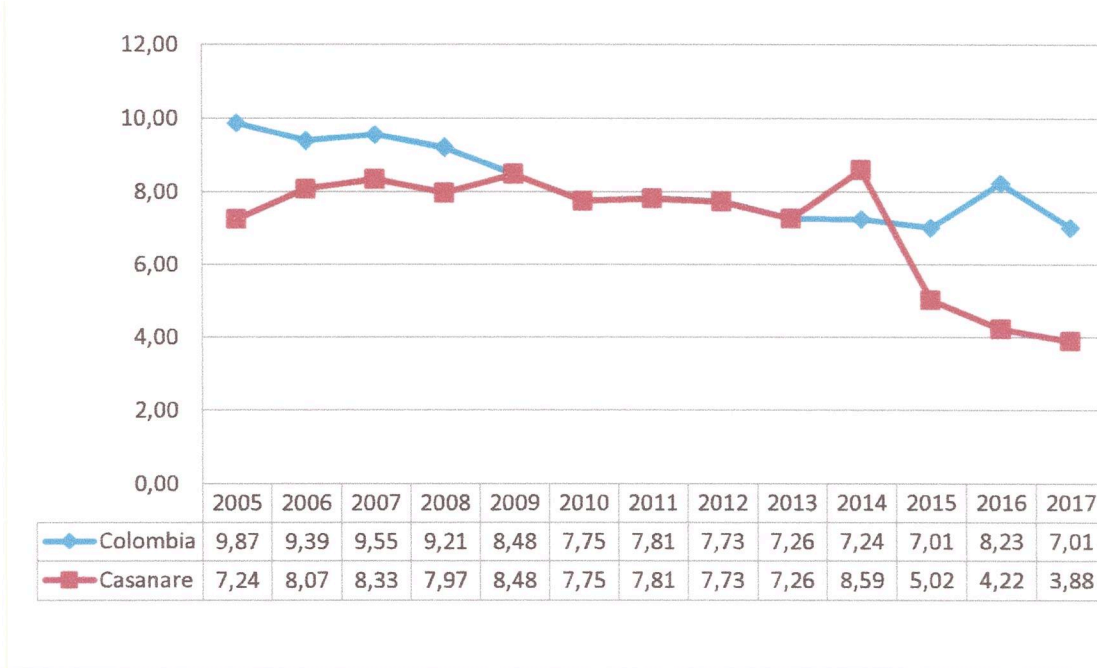
La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil y representa la probabilidad de que un recién nacido muera antes de los 28 días. La tasa de mortalidad neonatal en el periodo 2005 a 2015 permaneció estacionaria, oscilando entre 7,24 y 8,59 y un descenso en el a 2017 a 3,88 defunciones neonatales por cada mil nacidos vivo; con excepción de 2014, la tasa de mortalidad neonatal de Casanare ha sido inferior al promedio nacional. (Figura 94)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

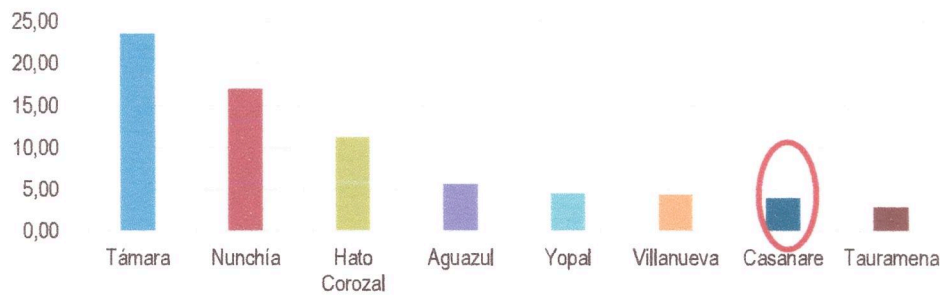
Figura 93. Tasa de mortalidad neonatal, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

En promedio, para el año 2017, la tasa de mortalidad neonatal del departamento fue de 3,88 defunciones neonatales por cada mil nacidos vivos. Las mayores tasas promedio las presentaron los municipios de Támara, Nunchía, Hato Corozal, Aguazul, Villanueva y Tauramena. En los demás municipios no se registraron defunciones neonatales durante el año 2017. (Figura 95)

Figura 94. Tasa de mortalidad neonatal por municipio. Casanare 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.



#### 4.12.3. Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años es la probabilidad por cada 1.000 nacimientos de que un neonato muera antes de cumplir cinco años. La muerte de un niño es una pérdida trágica. Sin embargo, según el informe de objetivos de desarrollo del Milenio de 2008, todos los años mueren alrededor de 10 millones de niños antes de cumplir 5 años de edad. La mayoría de estos niños viven en países en desarrollo y mueren como resultado de una enfermedad o una combinación de enfermedades que se pueden evitar con métodos ya existentes y de bajo costo.

La mortalidad infantil está estrechamente vinculada a la pobreza; debido a ello, los avances en la supervivencia de bebés y niños han sido más lentos en la población de los países pobres y en la población más pobre de los países con más recursos. La mejora de los servicios públicos de salud es un elemento clave, en particular el acceso a agua potable y a un mejor saneamiento. La instrucción, especialmente para las niñas y las madres, puede salvar la vida de muchos niños. Si bien el aumento de los ingresos puede servir de algo, no será mucho lo que se consiga a menos que dichos servicios se presten a quienes más los necesitan.

Para el análisis de la mortalidad por las 67 causas OPS para análisis de la mortalidad, se han eliminado los subgrupos que no registraron defunciones para ninguno de los tres grupos de edad en que se ha subdividido la mortalidad infantil y en la niñez así: mortalidad infantil (menores de 1 año), mortalidad en la niñez (1 a 4 años) y la mortalidad total en menores de 5 años: suma de las defunciones en menores de 1 año y los del subgrupo de 1 a 4 años.


#### 4.12.4. Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivo) representa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir el primer año de vida. Es un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores. Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos. La tasa de mortalidad infantil está estrechamente relacionada con diferentes variables, como el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación.

La mortalidad y la desnutrición de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños comparten una serie de causas estructurales y subyacentes, entre ellas: Servicios de salud y nutrición pobremente dotados, sin capacidad de respuesta y culturalmente inapropiados, inseguridad alimentaria, prácticas inadecuadas de alimentación, higiene deficiente y falta de acceso a agua potable o a instalaciones inadecuadas de saneamiento, analfabetismo de la mujer, embarazos de adolescentes, discriminación y exclusión de las madres, los niños y niñas del acceso a servicios y productos esenciales de salud y nutrición debido a la pobreza y a la marginación. Las tasas de mortalidad infantil en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presentaron tendencia al descenso, pasando de 12,30 en 2005 a 6,37 defunciones por cada mil nacidos vivo en el 2017. Durante este periodo, las pasas del departamento fueron inferiores al promedio nacional. (Figura 96)

**Figura 95. Tasa de mortalidad infantil, Casanare 2005 – 2017**

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare

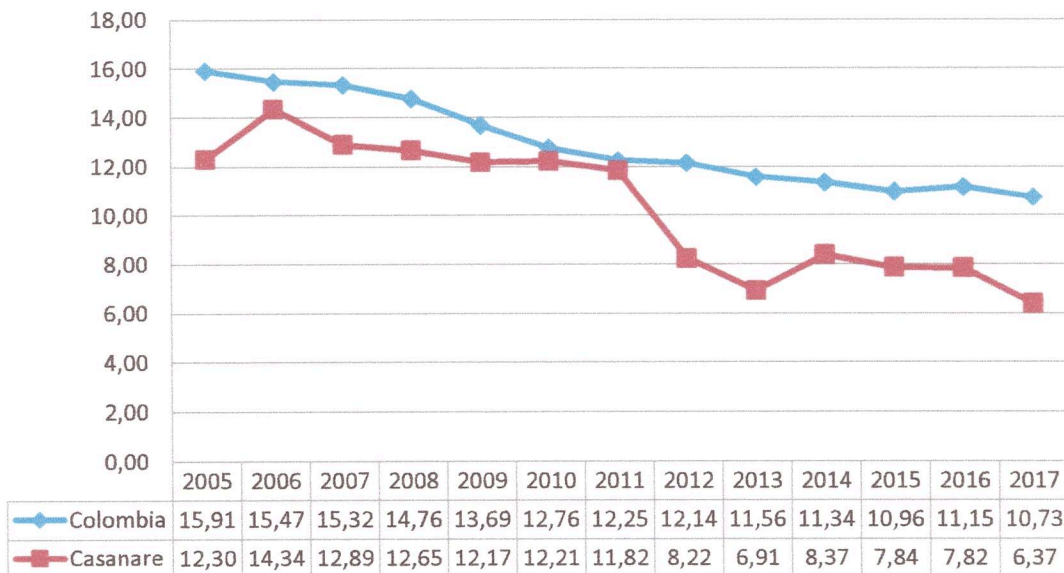
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





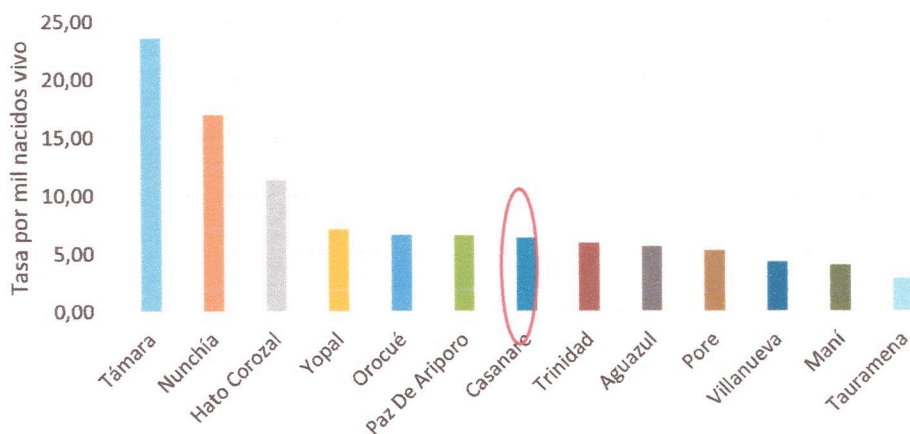
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

La tasa promedio de mortalidad infantil del departamento en el periodo 2005 a 2017 fue de 10,53 defunciones por mil nacidos vivo. Los municipios con las mayores tasas promedio fueron Támara, Nunchía, Hato Corozal Yopal, Orocué y Paz de Ariporo, los que presentaron una tasa superior al promedio del Departamento: Los demás municipios presentaron tasas de mortalidad infantil inferiores al promedio departamental. (Figura 97)

**Figura 96. Tasa de mortalidad infantil por municipio. Casanare 2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.12.4.1. Mortalidad infantil según subgrupo de causas

Las mayores tasas específicas de mortalidad infantil en Casanare en el 2017 fueron las patologías del grupo “ciertas afecciones del periodo perinatal” con una tasa específica de 1,52 defunciones por cada 100.000 nacidos vivo, seguido por las Malformaciones congénitas con 1,52 defunciones de menores de un año por cada 100.000 nacidos vivo. En la tabla 47 se muestran las tasas específicas de mortalidad infantil en el periodo 2005 a 2017, según lista de tabulación para la mortalidad infantil.

Tabla 47. Tasas específicas de mortalidad infantil, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,99	5,28	6,00	5,86	5,42	4,83	4,09	3,79	3,21	3,87	3,57	2,86	2,57
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,42	2,43	3,00	3,58	1,43	2,98	4,38	2,53	1,95	2,63	2,47	2,18	1,76
Enfermedades del sistema respiratorio	0,85	1,57	0,71	0,72	1,00	0,71	1,13	0,42	0,56	0,69	0,14	0,54	0,68
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,28	0,43	0,14	0,14	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,14
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,14	0,00	0,00	0,14
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,43	0,57	0,43	0,29	0,14	0,57	0,56	0,84	0,14	0,28	0,27	0,54	0,00
Tumores (neoplasias)	0,14	0,00	0,14	0,00	0,14	0,28	0,00	0,14	0,14	0,14	0,00	0,27	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,71	0,86	0,29	0,43	0,43	0,43	0,00	0,14	0,42	0,28	0,14	0,14	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,14	0,29	0,57	0,00	0,00	0,28	0,14	0,28	0,00	0,00	0,14	0,14	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,14	0,00	0,14	0,29	0,00	0,14	0,14	0,00	0,14	0,14	0,14	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,29	0,14	0,14	0,43	0,85	0,28	0,00	0,14	0,00	0,14	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,28	0,14	0,14	0,14	0,14	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,14	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV

4.12.4.1.1. Mortalidad infantil en niños según subgrupos de causas

En niños, las principales causas de mortalidad en el 2017 fueron Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa específica de 3,09 defunciones de niños menores de 1 año por cada 100.000 niños nacidos vivo, seguido por las defunciones a causa de las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y las causas externas de mortalidad (tabla 48)

Tabla 48. Tasas específicas de mortalidad infantil en niños, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,45	5,70	5,98	7,82	5,13	4,44	5,52	4,12	2,74	4,62	4,87	2,95	2,40
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,51	3,07	3,07	3,07	1,11	2,50	5,52	3,57	2,46	2,72	2,70	1,88	1,60
Enfermedades del sistema respiratorio	0,84	1,12	0,56	0,56	1,67	0,00	0,83	0,82	0,82	1,36	0,00	0,80	1,07
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,28	0,28	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,27
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,28	0,56	0,00	0,56	0,00	0,28	0,28	0,27	0,00	0,00	0,54	0,54	0,00
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,84	1,12	0,00	0,28	0,56	0,00	0,00	0,00	0,27	0,54	0,00	0,27	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,84	0,00	0,00	0,28	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,28	0,00	0,28	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,27	0,27	0,00	0,27	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,28	0,28	0,28	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,28	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,28	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,56	0,28	0,00	0,28	1,11	0,56	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.12.4.1.2. Mortalidad infantil de niñas según subgrupo de causas

En niñas, las principales causas de defunción en el año 2017 fueron Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa específica de 2,74 defunciones por 100.000 nacidos vivo. (Tabla 49)

**Tabla 49. Tasas específicas de mortalidad infantil en niñas, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,50	3,80	4,98	3,81	4,67	5,23	2,60	3,44	3,69	3,10	2,23	2,76	2,74
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,37	1,75	2,93	4,10	1,75	3,48	3,18	1,43	1,42	2,54	2,23	2,48	1,92
Enfermedades del sistema respiratorio	0,87	2,04	0,88	0,88	0,29	1,45	1,44	0,00	0,28	0,00	0,28	0,28	0,27
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,58	0,58	0,88	0,00	0,29	0,87	0,87	1,43	0,28	0,56	0,00	0,55	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,29	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,58	0,58	0,59	0,59	0,29	0,87	0,00	0,29	0,57	0,00	0,28	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,29	0,58	0,29	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,29	0,58	0,29	0,00	0,00	0,29	0,29	0,29	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,29	0,29	0,00	0,28	0,00	0,28	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,29	0,58	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,58	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEVW

Mortalidad de 1 a 4 años

En el año 2017, la principal causa de mortalidad en este grupo de edad fueron las causas externas de morbilidad y mortalidad con tasa específica de 36,49 defunciones por cada mil nacidos vivo, seguido por las muertes ocasionadas por las neoplasias con 10,16 y en tercer lugar, las defunciones por malformaciones congénitas con una tasa específica de 10,16 defunciones por mil nacidos vivo. (Tabla 50)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

**Tabla 50. Tasas específicas de mortalidad de 1 a 4 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas de morbilidad y mortalidad	35,19	28,26	31,90	28,40	24,87	46,06	31,72	28,03	31,33	3,84	10,31	17,06	30,49
Tumores (neoplasias)	3,52	7,06	0,00	7,10	0,00	0,00	3,52	7,01	10,44	3,46	3,44	6,82	10,16
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,04	0,00	10,63	7,10	7,11	3,54	7,05	3,50	3,48	0,00	3,74	3,41	10,16
Enfermedades del sistema respiratorio	28,15	7,06	10,63	4,20	10,66	7,09	10,57	3,50	6,96	3,46	3,44	10,24	6,77
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	3,53	0,00	0,00	0,00	10,63	3,52	0,00	3,48	0,00	0,00	0,00	6,77
Enfermedades del sistema nervioso	3,52	10,60	0,00	10,65	3,55	0,00	3,52	7,01	3,48	0,00	0,00	3,41	3,39
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,41	3,39
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	14,07	14,13	3,54	4,20	10,66	7,09	7,05	7,01	3,48	10,38	6,87	3,41	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,44	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,52	0,00	0,00	7,10	3,55	3,54	0,00	3,50	0,00	0,00	3,44	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	3,52	3,53	0,00	0,00	0,00	0,00	3,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	10,63	7,10	7,11	10,63	3,52	7,01	6,96	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	3,55	0,00	0,00	0,00	3,48	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV

4.12.4.2. Mortalidad infantil en niños de 1 a 4 años por subgrupo de causas

En el grupo de 1 a 4 años de niños, las mayores tasas específicas de mortalidad infantil en 2017 fueron las patologías del grupo de causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa específica de 33,23 defunciones por mil nacidos vivo, seguido por las muertes ocasionadas por enfermedades tumorales con una tasa específica de 19,94 defunciones por cada 1.000 nacidos vivo del sexo masculino, seguido de signos, síntomas y anomalías cromosómicas con 6,65. (Tabla 51)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

**Tabla 51. Tasas específicas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y de	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas de morbilidad y mortalidad	41,34	20,74	41,61	20,84	48,63	55,44	34,44	27,39	47,62	13,53	6,73	20,06	33,23
Tumores (neoplasias)	0,00	6,91	0,00	6,95	0,00	0,00	0,00	13,69	6,80	6,76	0,00	0,00	19,94
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,89	0,00	6,93	13,89	6,95	0,00	6,89	6,85	6,80	0,00	13,45	6,69	6,65
Enfermedades del sistema nervioso	6,89	6,91	0,00	6,95	6,95	0,00	6,89	13,69	6,80	0,00	0,00	0,00	6,65
Enfermedades del sistema respiratorio	34,45	6,91	0,00	20,84	0,00	6,93	13,77	0,00	6,80	0,00	0,00	13,37	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,89	0,00	0,00	13,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,73	0,00	0,00
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	20,67	20,74	6,93	27,79	0,00	13,86	13,77	6,85	6,80	6,76	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	6,89	6,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	13,87	6,95	6,95	6,93	0,00	0,00	13,61	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,86	6,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	6,95	0,00	0,00	0,00	6,80	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV

4.12.4.3. Mortalidad de niñas de 1 a 4 años según subgrupos de causas

En 2017, en el grupo de 1 a 4 años de niñas, las mayores tasas específicas se presentaron para las defunciones por causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa específica de 27,63, seguido por las enfermedades del sistema respiratorio con 13,82 defunciones por cada mil nacidos vivo de sexo femenino y en tercer lugar, las defunciones causadas por patologías del grupo Ciertas malformaciones, deformidades y anomalías cromosómicas con 13,82 defunciones por cada 100.000 nacimientos de sexo femenino. (Tabla 52)

**Tabla 52. Tasas específicas de mortalidad en niñas de 1 a 4 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas de morbilidad y mortalidad	28,76	36,12	21,75	36,31	0,00	36,26	28,87	28,70	14,26	14,16	14,04	13,93	27,63
Enfermedades del sistema respiratorio	21,57	7,22	21,75	7,26	21,81	7,25	7,22	7,18	7,13	7,08	7,02	6,97	13,82
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,19	0,00	14,50	0,00	7,27	7,25	7,22	0,00	0,00	0,00	14,04	0,00	13,82
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	7,22	0,00	0,00	0,00	7,25	0,00	0,00	7,13	0,00	0,00	0,00	13,82
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,97	6,91
Tumores (neoplasias)	7,19	7,22	0,00	7,26	0,00	0,00	7,22	0,00	14,26	0,00	7,02	13,93	0,00
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7,19	7,22	0,00	0,00	21,81	0,00	0,00	7,18	0,00	14,16	14,04	6,97	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	14,45	0,00	14,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,97	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,02	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	7,25	7,26	7,27	14,50	7,22	14,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	7,27	7,25	0,00	7,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

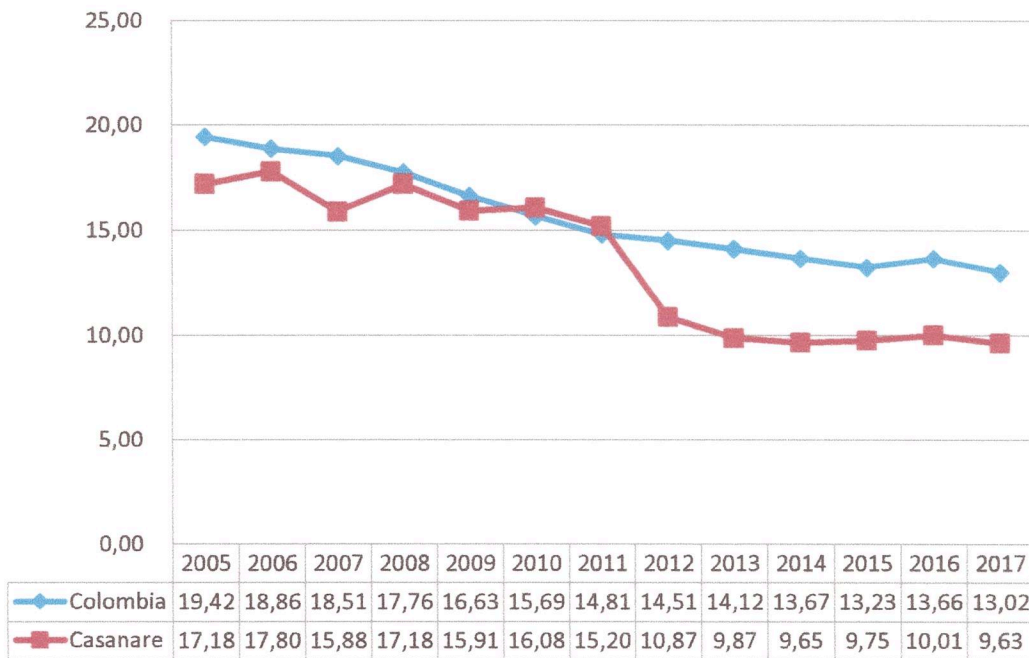
Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV



4.12.5. Mortalidad en la niñez

Las tasas de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presenta tendencia al descenso, pasando de 17,18 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivo en el 2005 a 9,63 en 2017. Durante todo este periodo, la tasa de mortalidad en la niñez fue inferior a lo presentado para el promedio Nacional. (Figura 98).

Figura 97. Tasa de mortalidad en la niñez, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

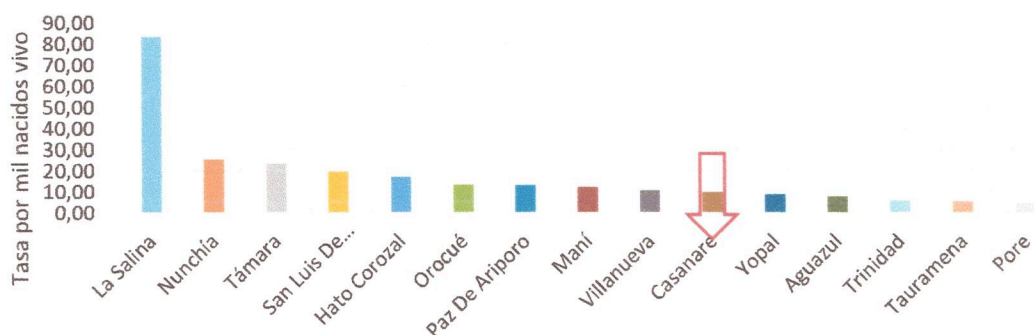
La tasa promedio de mortalidad en la niñez en el departamento fue de 9,63 defunciones por cada 1.000 nacidos vivo. Los municipios con las mayores tasas en 2017 fueron La Salina, Nunchía, Támara y san Luis de Palenque, Hato Corozal, Orocué, Paz de Ariporo, Maní y Villanueva quienes presentaron tasas superiores al promedio Departamental. Los demás municipios presentaron tasas inferiores al promedio departamental. (Figura 99)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Figura 98. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por municipio. Casanare 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el 2017, los grupos de patologías con las mayores tasas específicas de defunción en menores de 5 años fueron Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96) con 64,17 defunciones por cada 1.000 nacidos vivo, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) con 43,44 y las Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89 con 24,38 defunciones por cada 1.000 nacidos vivo. (Tabla 53)

Tabla 53. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
perinatal	79,00	104,76	119,28	116,62	108,07	96,41	81,79	75,70	64,06	77,49	71,44	60,01	54,17
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	73,35	48,13	68,16	76,80	34,13	62,38	93,07	53,27	41,78	52,58	60,45	46,37	43,34
Causas externas de morbilidad y mortalidad	36,68	33,98	34,08	28,44	22,75	48,21	36,67	39,25	27,85	16,60	13,74	24,55	24,38
Enfermedades del sistema respiratorio	39,50	36,81	22,72	25,60	28,44	19,85	31,02	11,21	16,71	16,60	5,50	19,09	18,96
Tumores (neoplasias)	8,46	8,49	2,84	8,53	2,84	0,00	2,82	5,61	11,14	2,77	2,75	5,46	8,13
Enfermedades del sistema circulatorio	2,82	2,83	2,84	0,00	2,84	14,18	2,82	2,80	5,57	2,77	0,00	5,46	5,42
metabólicas	5,64	8,49	11,36	8,53	5,69	8,51	5,64	5,61	5,57	0,00	5,50	0,00	2,71
Enfermedades del sistema nervioso	5,64	14,16	11,36	8,53	2,84	5,67	5,64	11,21	2,79	0,00	2,75	5,46	2,71
hematopoyéticos	2,82	5,66	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	2,80	0,00	2,77	0,00	0,00	2,71
parasitarias	25,39	28,31	8,52	19,91	17,06	14,18	5,64	8,41	11,14	13,84	8,24	5,46	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	2,82	0,00	2,84	5,69	0,00	2,84	2,82	0,00	2,79	2,77	5,50	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,82	5,66	2,84	8,53	11,38	19,85	5,64	2,80	2,79	0,00	5,50	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	2,84	2,84	0,00	0,00	2,79	0,00	5,50	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	2,83	0,00	0,00	2,84	0,00	2,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEVV



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Para el 2017, los grupos de patologías con las mayores tasas específicas de defunción en niños menores de 5 años fueron Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96) con 47,88 defunciones por cada 1.000 niños nacidos vivo, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) con 37,24 y las Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89) con 26,60 defunciones por cada 1.000 niños nacidos vivo. (Tabla 54)

**Tabla 54. Tasas específicas de mortalidad en niños menores de 5 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	88,37	132,96	138,87	155,79	122,34	88,74	110,25	82,21	54,49	92,10	96,95	58,88	47,88
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	55,23	60,94	66,66	72,33	27,80	49,92	115,77	76,73	54,49	54,17	64,63	42,82	37,24
Causas externas de morbilidad y mortalidad	38,66	27,70	33,33	27,82	38,93	49,92	33,08	27,40	38,14	10,83	16,16	26,76	26,60
Enfermedades del sistema respiratorio	44,19	27,70	11,11	27,82	33,36	5,55	27,56	16,44	21,79	27,09	0,00	26,76	21,28
Tumores (neoplasias)	0,00	5,54	5,55	11,13	5,56	0,00	0,00	10,96	10,90	5,42	0,00	0,00	15,96
Enfermedades del sistema nervioso	5,52	5,54	16,66	5,56	5,56	5,55	5,51	16,44	5,45	0,00	0,00	5,35	5,32
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,52	5,54	11,11	11,13	5,56	5,55	0,00	0,00	10,90	0,00	5,39	0,00	5,32
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	33,14	38,78	5,55	27,82	11,12	11,09	11,03	5,48	10,90	16,25	0,00	5,35	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	5,52	0,00	5,55	0,00	0,00	16,64	5,51	0,00	5,45	5,42	0,00	5,35	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos	5,52	11,08	5,55	11,13	5,56	22,19	11,03	0,00	5,45	0,00	5,39	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	5,56	5,55	0,00	0,00	5,45	0,00	5,39	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	5,52	11,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	0,00	5,42	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	5,52	0,00	0,00	11,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,42	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	5,54	0,00	0,00	5,56	0,00	5,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV

Para el 2017, los grupos de patologías con las mayores tasas específicas de defunción en niñas menores de 5 años fueron ciertas afecciones del periodo perinatal con 60,70 defunciones por mil nacidos vivo del sexo femenino, seguido por las defunciones causadas por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) con 49,67 y las muertes ocasionadas por las causas externas de morbilidad y mortalidad con 22,07 defunciones por cada 1.000 recién nacidos de sexo femenino. (Tabla 55)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

**Tabla 55. Tasas específicas de mortalidad en niñas menores de 5 años, según la lista de las 6/67 causas. Casanare 2005 – 2017**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	69,20	75,29	98,79	75,66	93,14	104,44	51,98	68,87	74,08	62,23	44,87	61,18	60,70
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	92,27	34,75	69,73	81,48	40,75	75,43	69,30	28,70	28,49	50,92	56,09	50,06	49,67
Causas externas de morbilidad y mortalidad	34,60	40,54	34,87	29,10	5,82	46,42	40,43	51,66	17,09	22,63	11,22	22,25	22,07
Enfermedades del sistema respiratorio	34,60	46,33	34,87	23,28	23,29	34,81	34,65	5,74	11,40	5,66	11,22	11,12	16,56
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	5,79	0,00	0,00	5,82	11,60	0,00	5,74	5,70	0,00	0,00	5,56	11,04
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,52
Tumores (neoplasias)	17,30	11,58	0,00	5,82	0,00	0,00	5,78	0,00	11,40	0,00	5,61	11,12	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	17,30	17,37	11,62	11,64	23,29	17,41	0,00	11,48	11,40	11,31	16,83	5,56	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	5,77	23,17	5,81	11,64	0,00	5,80	5,78	5,74	0,00	0,00	5,61	5,56	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	5,81	0,00	0,00	5,80	5,78	0,00	5,70	0,00	11,22	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,77	11,58	11,62	5,82	5,82	11,60	11,55	11,48	0,00	0,00	5,61	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	5,82	17,46	17,41	0,00	5,74	0,00	0,00	5,61	0,00	0,00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEVW

#### 4.12.6. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el departamento de Casanare durante los años 2005 a 2017 descendió de 11,11 a 2,71 defunciones de menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años; durante los años 2009 y 2010 no se registraron defunciones en menores de este grupo de edad, Con excepción de los años 2006, 2008, 2013 y 2014, la tasa del departamento fue inferior a la tasa promedio Nacional. (Figura 100)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

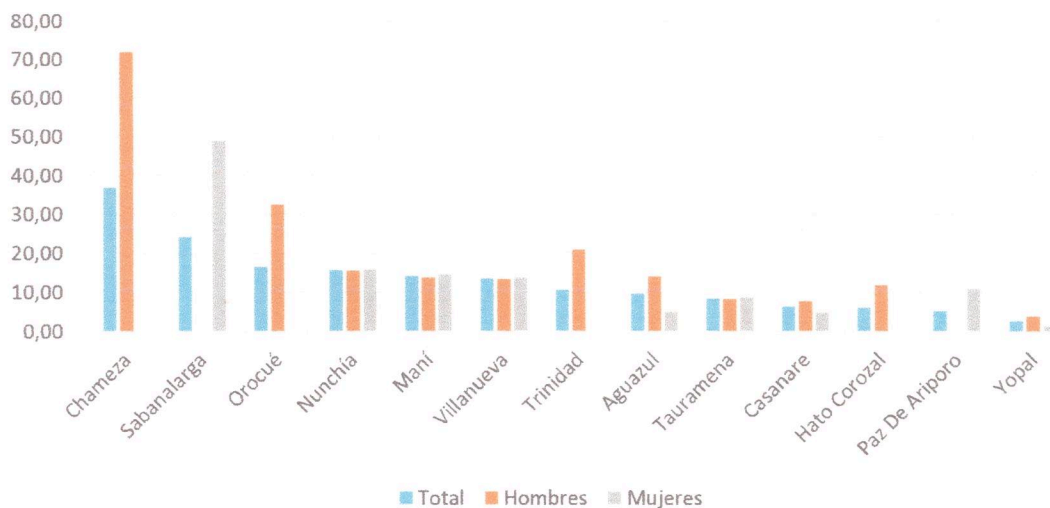
Figura 99. Tasa de mortalidad por EDA, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

La tasa promedio de mortalidad por EDA en el departamento de Casanare fue de 6,31 defunciones de menores de 5 años por cada 100.000 menores de este grupo de edad. Los municipios que presentaron las mayores tasas promedio fueron Chámeza, Sabanalarga y Orocué, mientras que los de menores tasas promedio fueron Yopal, Paz de Ariporo y Hato Corozal. (Figura 101)

Figura 100. Tasa promedio de mortalidad por EDA según municipio. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.



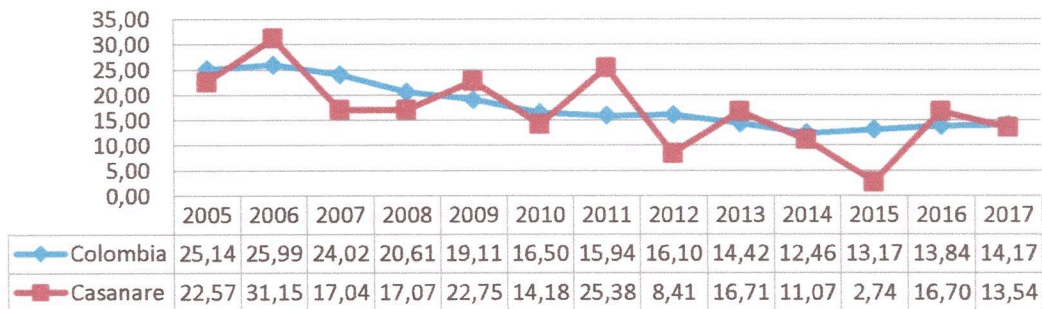


ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.12.7. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

Las tasas de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presentaron tendencia al descenso, pasando de 22,57 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en 2005 a 13,54 en el 2017. Las mayores tasas específicas de defunción se presentaron en los años 2006 con 31,15 y 2011 con 25,38 defunciones por 100.000 menores de este grupo de edad. Durante este periodo, las tasas fueron ligeramente inferiores al promedio Nacional. (Figura 102)

Figura 101. Tasa de mortalidad por IRA, Casanare 2005 – 2017



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

La tasa promedio de Casanare en el 2017 fue de 17,06 defunciones por cada 100.000 menores de este grupo de edad. Los municipios con las mayores tasas promedio fueron Sácama, Trinidad, Hato Corozal, Villanueva y Yopal, mientras que Aguazul, Nunchía y Orocué presentaron las menores tasas promedio. La tasa de mortalidad más elevada para el sexo femenino se presentó en Paz de Ariporo, mientras que los municipios con las tasas de mortalidad masculina más altas fueron Sácama y Trinidad. (Figura 103)

Figura 102. Tasa promedio de mortalidad por IRA según municipio. Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.



**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

**4.12.8. Mortalidad por desnutrición crónica (DNT)**

Las tasas de mortalidad por desnutrición en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2017 presentaron tendencia al descenso, pasando de 5,64 defunciones a causa de DNT por cada 100.000 menores de 5 años en 2005 a 2,71 en 2017. En los años 2014 y 2016, no se registraron defunciones por DNT en menores de 5 años. fueron inferiores a las presentadas para el promedio Nacional y presenta una tendencia estacionaria. (Figura 104)

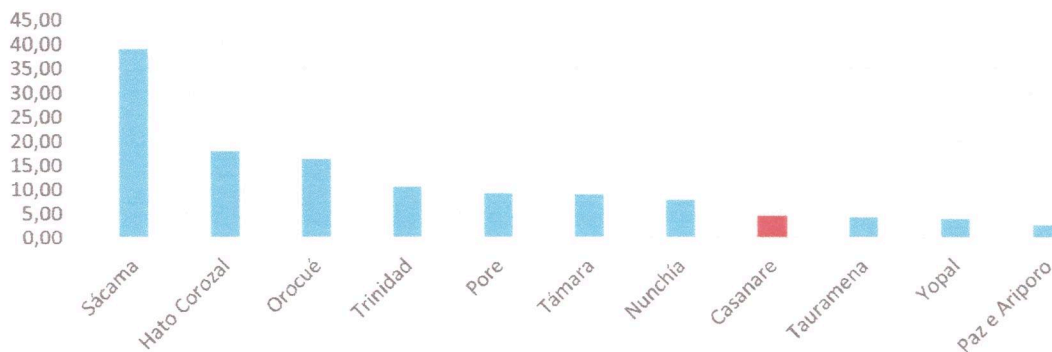
**Figura 103. Tasa de mortalidad por desnutrición, Casanare 2005 – 2017**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

La tasa promedio de mortalidad específica por DNC en Casanare para el 2017 fue de 4,44 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años. Los municipios con las mayores tasas promedio fueron Sácama, Hato Corozal, Orocué y Trinidad. (Figura 105)

**Figura 104. Tasa promedio de mortalidad por desnutrición crónica según municipio. Casanare 2005-2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores para actualización de ASIS 2019, Ministerio de Salud y Protección Social.





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

4.12.9. Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Se compararon los indicadores de razón de razones de la mortalidad materna, las razones tasas de mortalidad neonatal; mortalidad infantil ajustada; mortalidad en la niñez ajustada; mortalidad por IRA; mortalidad por EDA y mortalidad por desnutrición en un periodo de 2005 a 2017 promedio Nacional con los presentados en el departamento de Casanare. (Tabla 56)

La razón de mortalidad materna del departamento de Casanare en el año 2017 fue de 15,53 defunciones por cada 100.000 nacidos vivo, menor que la presentada para el promedio Nacional (51,08) y la diferencia es estadísticamente significativa.

La Tasa de mortalidad neonatal del departamento de Casanare en el año 2017 fue de 3,88 menor que la presentada para el promedio Nacional (6,94) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La Tasa de mortalidad infantil del departamento de Casanare en el año 2017 fue de 6,37, menor que la presentada para el promedio Nacional (10,73) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La Tasa de mortalidad en la niñez del departamento de Casanare en el año 2017 fue 9,63, menor que la presentada para el promedio Nacional (13,02) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años del departamento de Casanare en el año 2017 fue de 13,54, inferior a la presentada para el promedio Nacional (14,17) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años en el año 2017 fue de 2,71, inferior a la presentada para el promedio Nacional (2,97), pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de cinco años en Casanare en el año 2017 fue de 2,71, inferior a la presentada para el promedio Nacional (5,84) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Tabla 56. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Casanare 2006 – 2017

Causa de muerte	Colombia 2017	Casanare 2017	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Razón de mortalidad materna	51,08	15,53	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,94	3,88	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,73	6,37	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,02	9,63	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,17	13,54	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,97	2,71	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	5,84	2,71	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2019

4.12.10. Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil

Las prioridades en causas de mortalidad identificadas y el grupo de riesgo del Modelo de atención Integral en salud (MIAS) son las siguientes (Tabla 57):

Tabla 57. Identificación de prioridades en salud. Casanare 2017

Mortalidad	Prioridad	Valor del indicador de Casanare 2017	Valor del indicador de Colombia 2017	Tendencia 2005 a 2017	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Las demás causas	139,9	118,36	Estacionaria	000
	2. Enfermedades del sistema circulatorio	166,3	150,13	Al aumento	001
	3. Neoplasias	94,5	94,92	Estacionaria	007
	4. Enfermedades transmisibles	49,97	7,53	Disminución	009
	5. Causas externas	68,15	58,00	Disminución	012
Específica por subcausas o subgrupos	1. Causas Externas: accidentes de transporte terrestre	24,80	14,50	Al aumento	012
	2. Enfermedades del sistema urinario	30,82	13,64	Al aumento	008

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

Mortalidad	Prioridad	Valor del indicador de Casanare 2017	Valor del indicador de Colombia 2017	Tendencia 2005 a 2017	Grupos de Riesgo (MIAS)
	3. Enfermedades del sistema circulatorio: Enfermedades isquémicas del corazón.	81,49	80,07	Al aumento	009
	4. Tumor maligno mama	12,11	12,55	Estacionaria	001
	5. Neoplasias: Tumor maligno de próstata	13,71	14,88	Oscilante	007
	6. Tumor maligno de cuello uterino	14,67	6,59	Al aumento	007
	6. Todas las demás causas: diabetes Mellitus	23,21	15,33	Al aumento	000
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	5,82	Oscilante	009
	2. Enfermedades del sistema respiratorio	18,96	22,28	Oscilante	000
	3. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	54,17	118,05	Descenso	008
	4. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43,34	70,32	Oscilante	008
	5. Ciertas causas externas de morbilidad y mortalidad	24,38	0,64	Oscilante	012
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de Mortalidad materna	51,08	15,53	Estable	008
	2. Mortalidad neonatal	6,94	3,88	Oscilante	008
	3. Mortalidad Infantil	10,73	6,37	Oscilante	008
	4. Mortalidad en la niñez	13,03	8,63	Oscilante	008
	5. Mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,17	13,54	Oscilante	009
	6. Mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,97	2,71	Oscilante	009
	5. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	5,83	2,71	Oscilante	003

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEV



#### 4.13. Conclusiones

La tasa bruta de mortalidad en Casanare durante el periodo 2005 a 2017 es estacionaria, oscilando entre 3,24 y 3,56 defunciones por cada mil habitantes residentes en el departamento y para todos los años del periodo, las tasas brutas han sido inferiores al promedio Nacional.

Por muerte prematura en los dos sexos en el periodo 2005 a 2017 perdieron aproximadamente 404.202 AVPP, el 64% (258.698) los aportaron los hombres y 36% (131.641) los aportaron las mujeres.

En el periodo 2005 a 2017, el 36% (145.397 AVPP) fueron ocasionadas por defunciones debidas a causas externas, 19% (78.098 AVPP) por el grupo 6/67 de las demás causas de defunción, 13% (53.408 AVPP) por enfermedades del sistema circulatorio, el 12% (48.879 AVPP) por neoplasias, el 9% (37.952 AVPP) por enfermedades transmisibles, el 8% (30.822 AVPP) por afecciones originadas en el periodo perinatal y 2% (8.646 AVPP) por las defunciones del grupo de Signos y síntomas mal definidos.

De acuerdo a las tasas ajustadas por la edad, la principal causa de muerte en el departamento de Casanare fueron las enfermedades del sistema circulatorio

Durante el periodo entre 2005 a 2017, en la población general, las causas externas fueron la principal razón de la mortalidad prematura (establecida con el indicador de AVPP) en el departamento de Casanare; En los hombres las causas externas son la razón de la mayor cantidad de años perdidos, tanto que la mayor cantidad de años de vida perdidos en las mujeres correspondió a las demás causas

Durante el periodo 2005 – 2017, en el subgrupo de las enfermedades infecciosas, las principales causas de muerte prematura en hombres fueron ciertas enfermedades transmitidas por vectores, y las infecciones respiratorias agudas. En mujeres, las infecciones respiratorias agudas seguidas de ciertas enfermedades transmitidas por vectores.

En el grupo de las neoplasias en hombres, el tumor maligno de estómago y el tumor maligno de próstata en los hombres y el tumor maligno de útero fueron las patologías con las mayores tasas específicas de defunción en el periodo 2005 a 2017.

El grupo denominado de las enfermedades del sistema circulatorio es el que tiene mayor participación en la mortalidad en Casanare corresponden a las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de las enfermedades cerebrovasculares

En relación a la mortalidad infantil durante el periodo 2005 a 2017, la principal causa de defunciones fueron las enfermedades del sistema respiratorio. Tanto en niño menor de 1 año la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; en el grupo de 1 a 4 años la principal causa fue por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en niños menores de 5 años la primera causa de defunción fue por enfermedades del sistema respiratorio.

Durante el periodo 2005 a 2017, en el grupo de causas externas, el subgrupo de homicidios y el subgrupo de accidentes de transporte terrestre fueron los que más aportaron a la mortalidad en hombres y en mujeres.

En el grupo de las demás causas el subgrupo enfermedades crónicas de las vías respiratorias en hombres y la diabetes mellitus fueron las que más aportaron a la mortalidad en Casanare durante el periodo 2005 a 2017





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

En el periodo entre 2005 a 2017, en el departamento de Casanare, la razón de mortalidad materna se observa una tendencia a la disminución, al igual que la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en tanto que la tasa de mortalidad neonatal la tendencia ha venido en incremento.

Las tasas por accidentes de transporte terrestre son superiores al promedio Nacional, aunque su tendencia es a la disminución.

La tasa de mortalidad infantil en Casanare en el periodo 2005 a 2017 fue inferior al promedio Nacional.

La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda fue superior a las presentadas para el promedio Nacional.




ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

## CAPÍTULO V. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

---

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare  
[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se propone ahora realizar la priorización en salud, para esto se propone realizar primero el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes; e identificar los municipios que se encuentran en peor situación con relación las baterías de indicadores estimados a través del documento por el método del Índices de Necesidades en Salud –INS.

#### 5. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

Se hará el reconocimiento de los problemas identificados en el primer y segundo capítulo, para delimitar su definición debe ser formulado como una situación negativa que debe ser modificada, se debe definir la población afectada, consecuencias y magnitud expresada de acuerdo con los indicadores estimados en los capítulos uno y dos

##### 5.1. Priorización de los problemas de salud

Los grupos 16 grupos de riesgo MIAS y los eventos que incluye cada uno de estos grupos de riesgo, se observan en la tabla 57

Tabla 58. Grupos de Riesgo MIAS y Eventos específicos.

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
<b>1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</b>	Diabetes mellitus-Accidentes cerebro-vasculares-Hipertensión Arterial Primaria (HTA)-Enfermedad Isquémica Cardíaca (IAM)
	Enfermedad Renal Crónica
<b>2. Infecciones respiratorias crónicas</b>	EPOC
<b>3 Nutricionales</b>	Deficiencias nutricionales específicamente anemia-Desnutrición-Sobrepeso y obesidad
<b>4. Trastornos mentales y del comportamiento</b>	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA-Uso nocivo –Sobredosis-Dependencia- efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
<b>5. Trastornos psicosociales y del comportamiento</b>	Depresión-Demencia-Esquizofrenia-Suicidio
<b>6. Salud bucal</b>	Caries-Fluorosis-Enfermedad Periodontal-Edentulismo-Tejidos blandos, estomatosis
<b>7.Cáncer</b>	Ca Piel no melanoma-Ca mama-Ca Colon y Recto -Ca Gástrico-Ca cuello y LPC en diagramación-Ca Próstata-Ca Pulmón-Leucemias y linfomas



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
8. Materno -perinatal	IVE-Hemorragias -Trastornos hipertensivos complicadas-Infeciosas-Endocrinológicas y metabólicas-Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas-Bajo peso-Prematurez. Asfixia
9. Infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas. ITS: VIH, HB, Sífilis, ETS. ETA- ERA, neumonía y EDA-Inmuno-prevenibles
10. Zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico- Accidente ofídico
11. Agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado-Violencia de género-Violencia por conflictividad social
12. Enfermedades raras	Hemofilia-Fibrosis quística-Artritis idiopática-Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica
13. Trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo( Miopía, Hipermetropía, astigmatismos)-Ambliopía-Glaucoma-Cataratas-Retinopatía del prematuro-Visión Baja-Traumas del oído-Hipoacusia-Otitis-Vértigo
14. Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

Fuente: Ministerio de Salud y protección Social. Grupos de riesgo MIAS

Acorde con las diferentes dimensiones y teniendo presentes las conclusiones que capítulo a capítulo se analizaron en la metodología ASIS aplicada para el departamento de Casanare se realiza un primer ejercicio de consenso técnico con el área de epidemiología (Secretaría Departamental de Salud) donde se identifican y se establecen las prioridades de salud del Departamento, de acuerdo con la información dispuesta para este ASIS 2017; como criterios guía para la priorización se tuvo principalmente en cuenta la magnitud y severidad el evento y desde una perspectiva integral las posibilidades técnicas de intervención.

Los problemas priorizados fueron los siguientes (Tabla 59):

**Tabla 59. Priorización de los problemas de salud de Casanare 2017**

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
Salud ambiental	Acciones intersectoriales para mejorar la cobertura y calidad en el suministro de agua sin riesgo para la salud humana y realizar acciones de IEC para el fortalecimiento comunitarios de hábitos y condiciones higiénico- sanitarias en el manejo y almacenamiento intradomiciliario del agua.	009





## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

**Nit. 800.228.493 - 1**

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
	Gestión intersectorial y de Información, educación y Comunicación tendientes a disminuir los riesgos para la salud humana asociados al uso inadecuado de productos químicos, agro insumos, insecticidas, plaguicidas y fungicidas, residuos peligrosos, nanotecnologías, uso y abuso de medicamentos y dispositivos médicos de uso estético y cosmético.	008, 013
	Gestión intersectorial para el abordaje integral de los riesgos biológicos asociados a la presencia de vectores, roedores, tenencia de animales de compañía y animales silvestres.	009, 010
	Gestión para la reducción de riesgos para la salud humana asociados a establecimientos farmacéuticos minoristas, certificando en buenas prácticas de almacenamiento y dispensación	013
	Monitoreo de la calidad del agua para consumo humano suministrada a través de los acueductos municipales y comunicación oportuna de resultados a las empresas operadores de servicios públicos.	009, 000
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Gestión y abogacía para la articulación intersectorial tendientes a desarrollar de políticas y programas de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno para disminuir la morbilidad por Enfermedades no Transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa	007, 003,
	Acciones de seguimiento tendientes a disminuir las barreras de acceso y de atención integral e integrada de las Enfermedades no Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva	007
	Acompañamiento y asistencia técnica a EPS e IPS para la elaboración e implementación de las rutas de atención integral para la gestión del riesgo individual y colectivo de las ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.	007, 006, 015
	Gestión intersectorial para el fomento de hábitos y estilos de vida saludables tendientes a identificar e intervenir los factores riesgos de morbilidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles	007, 006, 015
Convivencia social y salud mental	Fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria, para la detección oportuna, canalización y seguimiento de los eventos de Salud Mental.	004, 005, 012
	Desarrollo de capacidades a las IPS en protocolos, guías de práctica Clínica y Rutas de Atención a los eventos de salud mental.	004, 005, 012
	Implementación de la ruta de promoción y atención integral en salud mental con enfoque diferencial en los 19 municipios del Departamento	004, 005, 012

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
	Gestión intersectorial para el fortalecimiento de las Redes del Buen Trato de los 19 municipios.	004, 005, 012
Seguridad alimentaria y nutricional	Realización de acciones intersectoriales con integrantes de la Mesa Técnica Departamental de SAN con los integrantes de los comités municipales de SAN	001, 003, 008,
	Asistencia técnica a las EAPB en el lineamiento técnicos para la atención integral de las de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda (Resolución 5406 de 2015).	001, 003, 008,
	Seguimiento a los eventos de interés en salud pública notificados al sistema de vigilancia relacionados con nutrición.	001, 003, 008, 009
	Realización de las actividades de IVC a establecimientos asociados al consumo de alimentos y bebidas de los municipios categoría 5 y 6 de interés sanitario de alto riesgo bajo el enfoque del riesgo	001, 003, 008, 009
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.	008, 009
	Protección frente a los diferentes los diferentes sectores que pueden incidir en los determinantes relacionados con los derechos sexuales y reproductivos , prevención y atención Integral de las Violencias Sexuales y de Género .	008, 009
	Acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para la afectación de los determinantes que inciden en el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad	008, 009
	Acciones intersectoriales tendientes a desarrollar acciones integrales a los servicios de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.	008, 009
Vida saludable y	Gestión intersectorial para el abordaje integral de los factores de riesgo para enfermedades transmisibles tendientes a controlarlos disminuirlos o mitigarlos	009, 010, 014
	Desarrollo de capacidades para la atención integral de personas con eventos infecciosos de interés en salud pública endemo epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas clasificadas por la Organización Mundial de la Salud.	009, 010, 014





**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE**  
**Nit. 800.228.493 - 1**

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
enfermedades transmisibles	Gestión intersectorial y acompañamiento para la articulación en la implementación de acciones de promoción, prevención, detección temprana y protección específica de las enfermedades transmisibles y factores protectores	009, 010, 014
Salud pública en emergencias y desastres	Implementación, evaluación y seguimiento del sistema de emergencias médicas en el departamento acorde a lo establecido en la resolución 926 de 2017	009, 010, 013
	Asistencia técnica, acompañamiento, evaluación y seguimiento en la actualización de los planes hospitalarios de emergencia para la gestión integral del riesgo ante situaciones de emergencias y desastres	009, 010, 013
	Gestión para el fortalecimiento de la vigilancia de los planes de contingencia para los eventos de afluencia masiva realizados en los municipios del departamento	009, 010, 013
Salud y ámbito laboral	Caracterización e identificación de los grupos de economía informal presentes en los 19 municipios del Departamento	011
	Acciones de promoción y prevención de los factores riesgo ocupacional presentes en los grupos de economía informal de los 19 municipios del departamento	011
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Gestión intersectorial para la intervención integral de los determinantes 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 interno	003, 004, 012
	Coordinación y articulación con los municipios en la ejecución de actividades del Plan de intervenciones colectivas para la gestión integral de los factores de riesgo que inciden en la morbilidad evitable en las poblaciones con mayor vulnerabilidad residentes en el departamento de Casanare.	003, 004, 012
	Realización de acciones de política pública a partir del análisis de situación de los derechos y el seguimiento de los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes para fortalecer los procesos de gestión, análisis y retroalimentación de la información, generación de conocimiento y vigilancia en salud pública.	003, 004, 012
	Gestión para la disminución de barreras actitudinales y arquitectónicas para el acceso a los servicios de la población con mayor vulnerabilidad en el departamento de Casanare.	003, 004, 012
	Fortalecimiento de redes familiares, de pares, comunitarias y sociales para la configuración de entornos que promuevan y favorezcan el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.	003, 004, 012

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

Dimensión Plan Decenal	Prioridades	Grupos de Riesgo (MIAS)
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Garantizar la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la detección e intervención oportuna de los eventos de interés en Salud Pública reportados al SIMGILA	008, 009, 010, 012, 014
	Mejorar la capacidad instalada y resolutive del Laboratorio de Salud Pública como apoyo al Sistema de Vigilancia	008, 009, 010, 012, 014
	Realización oportuna de acciones de Inspección Vigilancia y Control de los establecimientos de alto riesgo epidemiológico	008, 009, 010, 012, 014
	Gestión para la construcción del Modelo de Atención Integral en Salud y acompañamiento para la implementación de la RIAS	008, 009, 010, 012, 014
	Modernización tecnológica y de sistemas de información para la captura de datos en tiempo real para la toma oportuna de decisiones, gestión del conocimiento e investigación	008, 009, 010, 012, 014

## 5.2. Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS

Para estimar el INS, es necesario primero identificar los principales problemas y seleccionar los indicadores relacionados con el efecto de salud tanto los índices demográficos, sociales que podrían explicar el problema. Se ordenaron los municipios de menor a mayor y estimar los cuartiles para identificar las unidades geográficas en peor o mejor situación. El INS se calculó usando el programa Epidat 3.1. Cuanto menor sea el INS, mayores las necesidades.

Los municipios con mayores necesidades en salud son en su orden támara, Orocué, Pore, Nunchía y Hato Corozal, mientras que los municipios con las menores necesidades en salud son La Salina, Villanueva, Chámeza, Sabanalarga, Aguazul y Yopal. Tabla 60

Tabla 60. Índice de Necesidades en Salud de Casanare 2019

ORDEN	MUNICIPIO	PUNTAJE INS
1	Tamara	-10,15
2	Orocue	-8,15
3	Pore	-7,06
4	Nunchia	-6,6





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

---

5	Hato Corozal	-6,05
6	Recetor	-5,13
7	San Luis de Palenque	-4,13
8	Monterrey	-0,44
9	Maní	1,4
10	Trinidad	1,92
11	Paz de Ariporo	2,16
12	Sácama	3,06
13	Tauramena	3,26
14	La Salina	3,9
15	Villanueva	4,88
16	Chámeza	5,13
17	Sabanalarga	5,7
18	Aguazul	6,3
19	Yopal	9,98



## Bibliografía

1. Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999, 1-3.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>. Acceso el 16 de septiembre de 2015
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2015. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002. 2-6.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. Disponible en [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/Municipal\\_area\\_1985-2020.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls) Actualizado el 12 de mayo de 2011.
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demograficos según departamento 1985-2020.
10. Profamilia. Encuentra Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2010.
11. The World Bank. World Development Indicators: Mortality. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.21> Consultado el 29 de julio de 2015
12. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> Consultado el 25 de noviembre de 2015
13. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 24 de noviembre de 2015.
14. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, et al. (2011) Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. PLoS Med 8(8): e1001080. doi:10.1371/journal.pmed.1001080.
15. Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2008. Capítulo 1. Supervivencia infantil: la situación actual. ISBN 978-92-806-4193-6.160
16. Centro Latinoamericano de Desarrollo. Tasa de mortalidad infantil. Disponible en: [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.htm](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm). Consultado el 29 de julio de 2015.







## ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Nit. 800.228.493 - 1

17. World Health Organization. Millenium Development Goals. MDG4: Child mortality, 1990-2012. Disponible en: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/MDG4/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html). Consultado el 29 de julio de 2014.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.
19. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.
20. Organización Mundial de la Salud. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. Disponible en: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/). Consultado el 29 de julio de 2014.
21. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>. Consultado el 29 de julio de 2014.
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Colombia. 2008.
23. Enriqueta Román Riechmann, Josefa Barrio Torres, María José López Rodríguez. Diarrea aguda. Disponible en [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf). Consultado el 29 de julio de 2015.
24. Pío López L, Diana Carolina Cáceres, Eduardo López Medina. Enfermedad por rotavirus Características epidemiológicas, clínicas, prevención y manejo. CCAP. Volumen 6 número 2.
25. García Rosique, Regla Mercedes. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. Online, 2010, vol. 32, n. 3, pp. 0-0. ISSN 1684-1824.
26. The United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The forgotten killer of children. Ginebra; 2006.
27. Secretaría Distrital de Bogotá. Protocolos de vigilancia en salud pública: Mortalidad por neumonía. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20por%20Neumonia.pdf>. Consultado el 29 de julio de 2015.
28. Vivekanand Jha, Guillermo Garcia-Garcia, Kunitoshi Iseki. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet. Julio 2013. Volumen 382, No. 9888, p260-272,20.
29. Organización Mundial de la Salud. Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9379&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379&Itemid=1926&lang=es). Consultado el 12 de diciembre de 2014.
30. Levey, A. S., et al. "Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes." *Kidney International* 72.3 (2007): 247-259.
31. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra (Suiza). 2013.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud. Colombia, 2007. 161
33. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 312. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Consultado el 10 de diciembre de 2014.

CALLE 23 No. 20-18 Barrio Provienda - Teléfono 6328507 - 6348951

 Asamblea Departamental de Casanare

[www.asamblea-casanare.gov.co](http://www.asamblea-casanare.gov.co)

E-MAIL: [contactenos@asamblea-casanare.gov.co](mailto:contactenos@asamblea-casanare.gov.co)



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Situación del VIH/sida en Colombia. 2013.
35. Cuenta de Alto Costo. Situación Del VIH-sida en Colombia, 2013.
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Colombia 2012. Informe UNGASS 2012 Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Colombia. 2012.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Panorama del VIH/sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación. Bogotá. 2012.
38. Ortega Sánchez, Manuel Alfredo; Osnaya Ortega, María Luisa; Rosas Barrientos, José Vicente. Leucemia linfoblástica aguda. Medicina Interna de México, Volumen 23, Núm. 1, enero-febrero, 2007.
39. Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.
40. Fajardo-Gutiérrez, Arturo; Mejía-Aranguren, Juan Manuel; Hernández-Cruz, Leticia; Mendoza-Sánchez; Hilda Francisca; Garduño-Espinos, Juan; Martínez-García, María del Carmen. Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en niños. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J PublicHealth 6(2), 1999.
41. Beutler E, Lichtman M, Coller B, Kipps T, et al. Williams Hematology. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 2001; pp:1141-61.
42. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.
44. World Health Organization. World report on disability. 2011.
45. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 2013. Disponible en [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/calidad\\_vida/Boletin\\_Prensa\\_ECV\\_2013.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2013.pdf). Consultado el 20 de octubre de 2015.
46. Departamento Nacional de Planeación. Incidencia de la pobreza multidimensional (H) a nivel departamental. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=https%3A%2F%2Fpwh.dnp.gov.co%2FLinkClick.aspx%3Ffileticket%3DIXf\\_K5Q1VZE%253D%26tabid%3D337&ei=DNCZVMCGKcenNqzBgsgK&usq=AFQjCNGj59fYihBwNoYKE0w2yYDRAGVJA&bvm=bv.82001339,d.eXY](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=https%3A%2F%2Fpwh.dnp.gov.co%2FLinkClick.aspx%3Ffileticket%3DIXf_K5Q1VZE%253D%26tabid%3D337&ei=DNCZVMCGKcenNqzBgsgK&usq=AFQjCNGj59fYihBwNoYKE0w2yYDRAGVJA&bvm=bv.82001339,d.eXY). Consultado el 5 de agosto de 2014.
47. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>. Consultado el 25 de julio de 2014.
48. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010.
49. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>. Consultado el 29 de julio de 2015.162
50. Martorell R. The nature of child malnutrition and its long-term implications. Food Nutr Bull. 1999;20(3):288-92.





ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

51. World Health Organization. Micronutrient Deficiencies: iron deficiency anaemia. Disponible en <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/>. Consultado el 29 de julio de 2014.
52. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Rev. Panam Salud Pública. 2014; 35(2):104-12.
53. Ley 1355 de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Diario Oficial N° 47502, Congreso de Colombia (14 de octubre de 2009).
54. Organización Mundial de la Salud. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650. Ginebra. 1980.
55. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia - 2011.
56. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.
57. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de Salud Mental. Colombia. 2003.
58. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington D.C.: OPS/OMS, 2002.
59. Corprovisionarios; Ariza, A. y Chiappe G. 2012. "Sin celos sí hay amor. Una experiencia latinoamericana para desactivar la violencia intrafamiliar" En: Antipodas de la violencia. Desafíos de cultura ciudadana para la crisis de (in) seguridad en Latinoamérica (Págs.: 165-202). Banco Interamericano de Desarrollo (BID)-Corprovisionarios.
60. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2016.
61. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia de pareja, Colombia, 2016.
62. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014).
63. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Nota descriptiva N°333. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>. Consultado el 29 de julio de 2014.
64. The World Bank. World Development Indicators: Reproductive health. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.17>. Consultado el 29 de julio de 2014.
65. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/) Consultado el 24 de noviembre de 2015.
66. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2013).
67. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. Colombia. 2006-2007. 163



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CASANARE  
Nit. 800.228.493 - 1

- 
68. Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/planeacion-basica/tasa-de-analfabetismo-15-anos-y-mas> Consultado el 12 de marzo de 2015
69. Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology, 2nd edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.
70. Rothman KJ, Boice JD Jr: Epidemiologic analysis with a programmable calculator. NIH Pub No. 79-1649. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1979;31-32.
- Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión. [www.OpenEpi.com](http://www.OpenEpi.com), actualizado 2014/09/22, accedido 2014/12/02.