Análisis de Situación de Salud

CASANARE 2025



Salud

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

"Oportunidades para Casanare"

Secretaría de Salud de Casanare

GOBERNACIÓN DE CASANARE

NIT: 892099216-6

Análisis de Situación de Salud Participativo, Casanare 2025

Gobernación de Casanare

Secretaría Departamental de Salud

Oficina de Epidemiología

Yopal, Casanare

César Augusto Ortiz Zorro
Gobernador de Casanare

Yury Tatiana Chávez Duque
Secretaria Departamental de Salud

Danitza Gelvez Guerrero
Directora de Salud Pública

Leidy Carolina Flórez
Directora de Seguridad Social y Garantía de la Calidad

Fredy Martínez Montaño
Director Administrativo y Financiero

Análisis de Situación de Salud Participativo, Casanare 2025

Secretaría Departamental de Salud de Casanare

Proyección:

Mónica Constanza Rincón Comba
monica.rincon@casanare.gov.co
Profesional Especializado
Oficina de Epidemiología

Elaboración:

Leandro Augusto Plazas Cristancho
salud.observatorio@casanare.gov.co
Profesional especializado de apoyo
Oficina de epidemiología

EQUIPO TÉCNICO EN SALUD PÚBLICA

MARIA NIEVES DIAZ BASTIDAS
Profesional universitario Plan ampliado de inmunizaciones – PAI

NANCY STELLA OLAYA REY
Profesional especializado
Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y reproductivos

JOEL ALBERTO ALMANZA JAIMES
Profesional universitario Líder Laboratorio Departamental de Salud Pública, Aguas, Alimentos, Molecular y Humanos

LILIANA PATRICIA ZULETA DUEÑAS
Profesional universitario Líder Vigilancia en Salud pública y Entomología

GERMAN ZORRO
Profesional universitario Líder PIC, Salud Oral, Auditiva y Visual

LYDA CONSTANZA RIOS GROSSO
Profesional universitario Líder Programas de Tuberculosis-Lepra-Hansen-IRA-EDA-IAAS-RAM y desatendidas

PILAR DEL ROCIO PERILLA COLMENARES
Profesional universitario Líder Salud Ambiental

OLGA LUCIA RAMIREZ JIMENEZ
Profesional universitario Líder Zoonosis y sustancias potencial/te toxicas y sanidad portuaria

PEDRO OLEGARIO CRUZ GUTIERREZ
Profesional universitario Líder vida saludable y condiciones no transmisibles, crónicas-desarrollo integral de niños

RODRIGO VEREMUNDO ALDANA BARBOSA
Profesional Especializado Líder Enfermedades Transmitida por Vectores

ZULMA CONTRERAS
Profesional universitario Líder Convivencia Social y Salud Mental

JHON JAIRO BERNAL MANCIPE
Profesional especializado Líder gestión diferencial de Poblaciones vulnerables

AIDA YADIRA PARRA RODRIGUEZ
Profesional universitario Líder Salud Alimentaria y Nutricional

JULIETA PALACIO PINZON
Profesional universitario Líder Medicamentos y cosméticos - Fondo Rotatorio y dispositivos médicos) Salas de Belleza, Estéticas

ESTEBAN BARBOSA
Profesional Líder Aseguramiento Secretaría de Salud

SANDRA XIMENA SILVA ARANGURE
Profesional Universitario Grupo Garantía de la Calidad

OSCAR OSORIO GIRALDO
Profesional Universitario Grupo Garantía de la Calidad
Secretaría de Salud

Gobernación de Casanare

Contenido

Pg.

PRESENTACIÓN ***8***

INTRODUCCIÓN ***10***

METODOLOGÍA ***12***

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES ***14***

SIGLAS ***15***

1 Capítulo I. Configuración del territorio ***17***

1.1 Contexto territorial 17

1.2 Contexto poblacional y demográfico 20

1.3 Población con enfoque diferencial 24

1.3.1 Población étnica 24

1.3.2 Población víctima 25

1.3.3 Población en condición de discapacidad 26

1.4 Dinámica demográfica 26

1.5 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud 32

1.5.1 El Cobertura de afiliación 32

1.5.2 Organización de la red prestadora de servicios de salud 33

1.5.3 Infraestructura en salud 35

1.5.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud 36

1.6 Conclusiones Capítulo I 37

2 Capítulo II. procesos económicos y circunstancias de la vida social ***39***

2.1 Procesos económicos del territorio 39

2.1.1 Desigualdad económica 41

2.1.2 Condiciones de empleabilidad 42

2.1.3 Condiciones de vida en el territorio 45

2.1.4 Dinámicas de convivencia en el territorio 57

2.2 Conclusiones Capítulo II 61

3 Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio ***65***

3.1 Análisis de la morbilidad 65

3.1.1 Subgrupos por Gran Causa 68

3.1.2 Morbilidad en Salud Mental 71

3.1.3 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores 72

3.1.4 Morbilidad de Eventos de Notificación Obligatoria 74

3.1.5 Morbilidad atendida de población migrante 80

3.1.6 Análisis diferencial de minorías étnicas 81

3.1.7 Identificación de prioridades morbilidad 82

3.1.8 Conclusiones morbilidad ____ 84
3.2 Análisis de la mortalidad ____ 86
3.2.1 Mortalidad General ____ 86
3.2.2 Mortalidad por Grandes Causas ____ 87
3.2.3 Mortalidad específica por subgrupo ____ 90
3.2.4 Semaforización mortalidad por sub-causas específicas ____ 98
3.2.5 Mortalidad relacionada con salud mental ____ 99
3.2.6 Mortalidad materno – infantil y en la niñez ____ 101
3.2.7 Análisis de desigualdades de la mortalidad materna-infantil y niñez ____ 103
3.2.8 Índice de Necesidades en Salud ____ 111
3.2.9 Prioridades identificadas por mortalidad ____ 112
3.3 Conclusiones mortalidad ____ 113
4 Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afecten la salud en el territorio ____ 116
4.1 Análisis de las demandas de los actores ____ 116
4.2 Organización de la respuesta ____ 119
4.2.1 Respuesta institucional ____ 120
4.2.2 Respuesta social ____ 126
4.3 Identificación de posibles conflictos ____ 128
4.4 Conclusiones Capítulo IV ____ 128
5 Capítulo V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio ____ 130
5.1 Ejercicios de reconocimiento y validación de problemáticas sociales en salud 130
5.2 Resultado de la priorización de las necesidades en salud ____ 133
5.3 Definición y estructuración de los núcleos de inequidad sociosanitarios ____ 135
5.4 Conclusiones Capítulo V ____ 142
6 Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo y predictivo bajo la estrategia de APS ____ 145
6.1 Transformación esperada por cada núcleo ____ 145
6.2 Validación de las respuestas ____ 146
6.3 Recomendaciones ____ 149
6.4 Conclusiones del Capítulo VI ____ 150
Bibliografía ____ 152

PRESENTACIÓN

La planeación integral para la salud a nivel territorial comprende un conjunto de procesos que permite identificar las problemáticas y necesidades en salud, determinantes intermedios, estructurales, inequidades y prioridades; por lo cual se constituye en información útil para la toma de decisiones que facilita el desarrollo de las acciones para la formulación, implementación, monitoreo, evaluación de las políticas públicas, estrategias, programas, proyectos y metas con sus respectivos indicadores bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad entre los actores del sistema y otros involucrados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024c).

Con el nuevo modelo para la planeación integral se garantiza la participación social y la concertación de las acciones sectoriales e intersectoriales requeridas para obtener los mejores resultados en salud, bienestar y calidad de vida con el mínimo costo económico y social, en cada una de las comunidades y poblaciones (Grupo de planeación en salud pública, 2023; Ministerio de de Salud y Protección Social, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 2024c).

La estructuración del ASIS tiene su fundamento en los lineamientos institucionales establecidos en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Decreto número 3039 de 2007 en su capítulo IV, en la Resolución 0425 de 2008, en la resolución 1035 de 2022, en la resolución 2367 de 2023 y en la resolución 100 de 2024 por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015; dicho acto administrativo entrega los lineamientos específicos para la construcción del ASIS como primer componente del Plan Territorial de Salud Pública (PTS). El documento fue elaborado siguiendo la "*Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el territorio del Ministerio de Salud y Protección Social*" y el *"Lineamiento de Planeación Integral para la salud en el ámbito territorial"*.

El fundamento del ASIS es orientar procesos de planificación, acciones prioritarias en salud y de esta forma convertirse en la herramienta fundamental de carácter técnico y político para los procesos de conducción, gerencia, priorización de inversiones y toma de decisiones en salud que permitan sentar las líneas base para la elaboración de PP (PP) en salud y orientar el proceso de toma de decisiones de carácter público en el departamento que permita mejorar las condiciones de vida de la población (Grupo de planeación en salud pública, 2024).

Este documento se deja a disposición de los líderes tomadores de decisiones del sector salud y de los interesados en el diagnóstico situacional de salud del departamento de Casanare; el cual describe un escenario integral respecto de la situación de salud de la población, entendiendo que la información desagregada, otras veces integrada, comparada, correlacionada, sometida a pruebas de significancia estadística permite plasmar diversos contextos, definir hipótesis de trabajo, generar prioridades y orientar la focalización de acciones a partir de la evidencia.

INTRODUCCIÓN

El Análisis situacionales, como componente de aplicación de la epidemiología en la salud pública, se dirigen a la acción mediante la toma de decisiones informada. Comprende la primera de las once funciones esenciales de salud pública enmarcadas en la iniciativa "*La Salud Pública en las Américas*" de la Organización Panamericana de la Salud, la cual establece que, dentro de las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública y mejorar las condiciones de las poblaciones, es primordial "*el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población*"[1] (OPS, 2019).

Se entiende como un proceso analítico-sintético que tiene diversos tipos de análisis descriptivos tanto cuantitativos y cualitativos, que permiten caracterizar, medir, describir y explicar el perfil de salud-enfermedad-atenciones de la población incluyendo los daños, y las inequidades sanitarias producto de la interacción de las condicione y circunstancias injustas persistentes en el territorio. Convirtiéndose en un proceso básico que orienta a los tomadores de decisiones para determinar rutas de acción del sector salud y organizar la respuesta desde diferentes sectores gubernamentales y de la sociedad que permitan impactar circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas que ocasionan gradientes negativos en términos de brechas en el acceso a servicios de salud, carga de enfermedad y, en última instancia, en la garantía del goce efectivo del derecho fundamental de la salud (Cortes et al., 2016; Grupo de planeación en salud pública, 2023).

Este documento integra diferentes perspectivas, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus Determinantes Sociales de Salud (DSS), el cual es armonizado con los contenidos establecidos en el nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (PDPSP), el cual se constituye en la hoja de ruta que define la manera con la cual el país, sus territorios y la ciudadana enfrentará los retos de la salud pública en el próximo decenio (Escobar-díaz, 2016; Grupo de planeación en salud pública, 2024; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

En la actualidad las políticas de salud priorizadas en el territorio son soportadas a partir del ASIS, de manera que se convierte en instrumento para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación

[1] La salud pública se sustenta en tres (3) dimensiones: 1). La salud de las poblaciones y sus determinantes; 2). Las acciones y políticas que se encaminan al logro de los más altos niveles de salud, y; 3). Campo de conocimiento que convoca a diferentes áreas (Grupo de planeación en salud pública, 2023).

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. En este sentido, el ASIS es el pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT), PTS, los Planes Anuales de Acción en Salud (PAS) y demás documentos técnicos de la planeación integral para la salud poblacional del territorio (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2023).

En el presente 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, buscando el fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de Políticas Públicas (PP) en salud.

METODOLOGÍA

Para la actualización del documento ASIS participativo 2025, se dio cumplimiento a los lineamientos del MSPS en asistencia técnica basada en la guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del ASIS, sus anexos y respectiva plantilla referenciada "Recomendaciones para la construcción de documento ASIS" que contiene tres (03) momentos; 1. Alistamiento, 2. Análisis y comprensión y 3. Socialización y posicionamiento, de los cuales solo se desarrollan los dos primeros momentos distribuidos en seis (06) capítulos "Capítulos I – configuración del territorio, Capitulo II – medios de producción y circunstancias de vida social y económica, Capitulo III – Desenlaces mórbidos y mortalidad. Capítulo IV - Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio, Capítulo V - Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio y Capítulo VI - Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la APS".

Los resultados presentados en este documento provienen de información actualizada disponible en las fuentes de información oficiales a nivel nacional y territorial (datos primarios y secundarios), que se constituyen en el insumo principal para el diagnóstico de la situación de salud en el departamento sustentado a través de un análisis descriptivo, frecuencias y proporciones de los indicadores de morbilidad, mortalidad y atenciones en salud. 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 CIE-10.

Este análisis se fundamenta en fuentes de información oficiales, registros locales y participación intersectorial cuyo objetivo es construir una mirada contextualizada. Las fuentes utilizadas comprenden: estimaciones y proyecciones de la población de los censos 2005, 2018 y ajuste Post COVID-19 e indicadores demográficos del DANE; Registro Único de Victimas (RUV), Sistema de estadísticas vitales RUAF-ND, base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y Registro Único de Afiliación dispuestos en la Bodega de datos del SISPRO; datos de Observatorios del Ministerio de Salud y Protección Social; información de la Cuenta de Alto Costo; informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (FORENSIS); información del SIVIGILA del Instituto

Nacional de Salud (INS); información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), y del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Como fuentes territoriales oficiales se tuvo en cuenta información publicada de la Cámara de Comercio de Casanare (CCC), Gobernación de Casanare; y fuentes secundarias producidas por la entidad territorial, información de vigilancia en salud pública, registros administrativos e información estadística sobre salud ambiental, seguridad alimentaria, enfermedades transmisibles y coberturas de vacunación.

Se hace la descripción en tiempo, lugar y persona de la situación de salud e indicadores de salud clave mediante estadística descriptiva (medidas de frecuencia, prevalencia, incidencia y letalidad); 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). Para el procesamiento y análisis de la información se dispone de los Instrumentos del MSPS, previamente ajustados y modificados por la Secretaría de Salud Departamental (Grupo de planeación en salud pública, 2023).

En el análisis empírico del componente cualitativo y participativo, se analiza las respuestas de los diferentes actores e involucrados, se usan los criterios de priorización para reconocimiento y validación de las problemáticas y se validan las trasformaciones esperadas y/o actividades intersectoriales que se articulan a través del Plan de Acción en Salud (PAS) en el marco de la implementación del PTS en armonía del PDSP 2022-2031 y del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo. El análisis de inequidad sanitaria se focalizó en los indicadores trazadores de salud que forman parte del Plan de Desarrollo Departamental y otros indicadores relevantes.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

La Secretaria de salud de Casanare expresa su gratitud a todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de este documento que es base integral de la planificación para la salud; quienes brindaron información, ayudaron a recopilar datos y dedicaron su tiempo para aportar propuestas y recomendaciones en la elaboración de cada uno de sus componentes.

Agradecemos a los actores institucionales, políticos y comunitarios que se involucraron en el proceso de participación social comunitaria e institucional, organizados en el marco de la construcción participativa del ASIS departamental para la vigencia 2025.

Esperamos que los consensos logrados en este ejercicio reflexivo, propositivo y deliberativo sean el insumo esencial para orientar la toma de decisiones en salud pública en el ámbito territorial; reconociendo que las problemáticas y necesidades en salud son el resultado de gradientes sociales estructurales y determinadores intermedios que afectan el bienestar poblacional que es prioritario intervenir a través de respuestas articuladas e integradas de todos los sectores de la sociedad civil, con el fin de disminuir las condiciones evitables e injustas entre grupos poblacionales y se avance en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
APS: Atención Primaria en Salud
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DGRD: Dirección de Gestión de Riesgos y Desastres
DNP: Departamento Nacional de Planeación
DPTO: Departamento
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficio
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECV: Encuesta de Calidad de Vida
ENOS: Eventos de Notificación Obligatoria en Salud
ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional
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
EBS: Equipos Básicos de Salud
FORENSIS: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
HTA: Hipertensión Arterial
IC: Intervalo de Confianza
INS: Instituto Nacional de Salud
INs: Índice de Necesidades en salud
INSAH: Inseguridad Alimentaria en el Hogar
IPM: Índice de Pobreza Multidimensional
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LI: Límite inferior
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
MEN: Ministerio de Educación Nacional
MPIO: Municipio
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NARP: población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
ORIC: Organización regional indígena de Casanare
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RIITS: Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
ROM: Población gitana
RUAF: Registro Único de Afiliados
PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes
PIB: Producto Interno Bruto
PD: Plan de Desarrollo
PP: Políticas Públicas
PPL: Población Privada de la Libertad
PPSS: Política de Participación Social en Salud
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVICAP: Subsistema de Vigilancia de la Calidad del Agua
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
UPRA: Unidad de Planificación Rural
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano



Capítulo I. Configuración del territorio

1 Capítulo I. Configuración del territorio

1.1 Contexto territorial

El departamento de Casanare se localiza al oriente del territorio colombiano y cuenta con un área de 4.464.000 Ha y una superficie de 44.640 Km^2 correspondiente al 17.55% de la región de la Orinoquía y al 3.91% del área nacional. Se encuentra dividido en 19 municipios con autonomía administrativa; el municipio con mayor y menor extensión son Paz de Ariporo y Recetor, respectivamente, con un 27.14% y 0.4% del territorio (Gobernación de Casanare, 2019).

A nivel geográfico el territorio se divide en dos escenarios: piedemonte y llanura. La región de piedemonte comprende las partes medias y bajas de la cordillera oriental, once municipios cuentan con este escenario. La región de los llanos orientales representada por complejos de sabanas tropicales planas y onduladas de la altillanura, las de desborde, la llanura eólica y zonas aluviales recientes; representando gran parte de la extensión territorial de 14 municipios. Dadas estas características se presentan altitudes diferentes con picos de 3400 msnm y las zonas de llanura inundable más bajas descienden hasta alrededor de los 100 msnm (Gómez, 2017a).

En general, los Llanos de Casanare se caracterizan por una amplia zona de sabanas inundables de relieve plano y clima cálido, semihúmedo a seco con un patrón de lluvias bimodal y un período seco que se extiende de noviembre a mayo. No obstante, en los últimos años, se ha presentado variabilidad climática por fenómenos como El Niño o La Niña en la región lo que ha ocasionado cambios extremos en los patrones de lluvias y sequía en términos de tiempo, precipitación y olas de calor que generan riesgos para la salud de la población, amenazas por incendios y emergencias asociadas a calidad nutricional por déficit alimentario (Gómez, 2017a; IDEAM, 2015).

El departamento cuenta con una amplia red vial compuesta por carreteras principales, secundarias y terciarias que permite circular por los 19 municipios. Sin embargo, gran parte de las vías a cargo del departamento, principalmente vías secundarias y terciarias, se encuentra a nivel de pavimento en mal estado por falta de pavimento o a nivel de afirmado y tierra; el 95% de estas últimas se encuentran sin pavimentar, dificultando la vinculación de regiones aislados de los centros poblados más cercanos (Gobernación de Casanare, 2020).

Además, se cuenta con otras vías de acceso de tipo fluvial y aéreo. El transporte aéreo se enfoca en el transporte de personas hacia destinos nacionales y cuenta con 117 aeródromos en todo el departamento. El acceso fluvial cubre regiones rurales dispersas de difícil acceso en temporada de invierno, particularmente en la llanura inundable. Los ríos Casanare, Ariporo, Pauto, Cravo Sur y Upía, que desembocan en el Río Meta, tienen tramos navegable pero ninguno de ellos dispone de infraestructura para la navegación y el embarque que facilite el transporte, ni cuenta con empresas de transporte consolidadas (Gobernación de Casanare, 2020).

Mapa 1.
División política administrativa, Casanare.

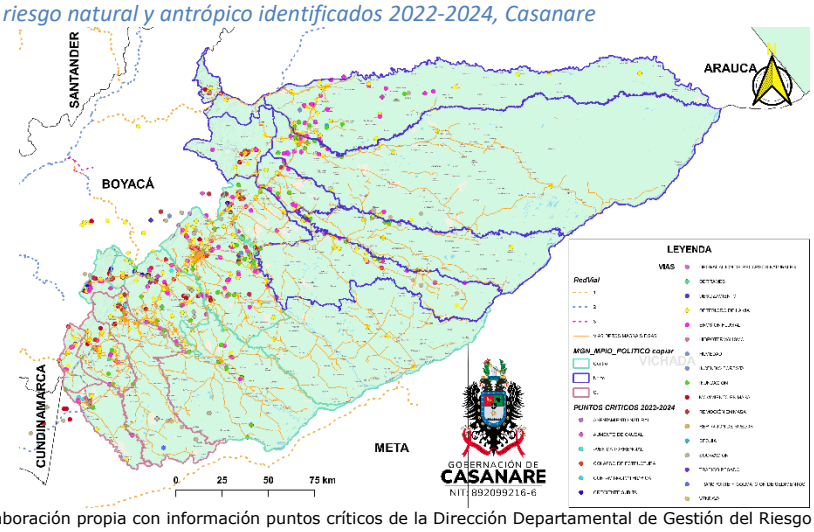


Fuente: (Gobernación de Casanare, 2020).

Casanare se caracteriza por tener unas condiciones topográficas, geológicas, hidrológicas y geomorfológicas muy diversas. A lo largo de la historia el departamento ha sido afectado por fenómenos de remoción en masa, incendios estructurales ocasionados por riesgos antrópicos en época de verano, inundaciones, avalanchas y deslizamientos en época de invierno. De acuerdo con la estratificación del riesgo por la probabilidad de ocurrencia de eventos identificados en el departamento, once (11) municipios presentan riesgo moderado (Gobernación de Casanare, 2020).

Los eventos registrados entre el 2013 al 2017 reportan que el fenómeno de inundaciones aporta el 40% del total, seguido por fenómenos de remoción en masa con el 30%, incendios forestales con el 16%, y sequias y desertificación con el 11% (Gobernación de Casanare, 2018; Gómez, 2017b). Según datos de la Dirección de Gestión del Riesgo y Desastres – DGRD, los tipos de amenazas más frecuentes entre el período 2022 a 2024 fueron deterioro de la vía, erosión fluvial, inundación, y movimiento y remoción en masa.

Mapa 2.
Puntos críticos de riesgo natural y antrópico identificados 2022-2024, Casanare



Fuente: Elaboración propia con información puntos críticos de la Dirección Departamental de Gestión del Riesgo y Amenazas.

El departamento Casanare tiene una vocación agrícola y ganadera por naturaleza que se ha venido complementando con actividades minero-energéticas y con la industria del comercio y turismo que ha tomado fuerza en los últimos años por la inversión de capital foráneo. Dentro del perfil agroindustrial se destaca el monocultivo del arroz como principal producto cosechado, palma de aceite, café, cacao, piña y maíz. El fenómeno del cambio climático pone en riesgo no sólo la economía sino también la sostenibilidad de los ecosistemas con gran riqueza hídrica en los que se sustenta el consumo humano, la soberanía y seguridad alimentaria y, en consecuencia, en el desarrollo territorial.

Según la Unidad de Planificación Rural Agropecuaria (UPRA) la demanda del uso del suelo para el 2019 se distribuía el 73.9% para ganadería, el 3.8% para agricultura, el 1.6% para superficies de agua y el .0.1% para desarrollo forestal. Se presentan conflictos en el uso del suelo relacionados con la ganadería por la subutilización de suelos que no son aprovechados para su verdadera vocación y la destrucción de zonas de reserva forestales por la acción colonizadora; fenómeno que refleja la necesidad de un ordenamiento territorial planificado en torno al agua y con enfoque de riesgo ambiental (Gobernación de Casanare, 2019).

En el marco del Plan Regional Integral de Cambio Climático de la Orinoquía – PRICCO, se realizó un inventario de Gases de Efecto Invernadero (GEI) para los cuatro departamentos de la región de la Orinoquía determinando que emite el 16,8% de las emisiones de CO2eq a nivel nacional. El departamento del Meta realiza el mayor aporte de la región con el 51,7% seguido por Casanare con 28,3%. El sector que más genera emisiones en Casanare es el sector de

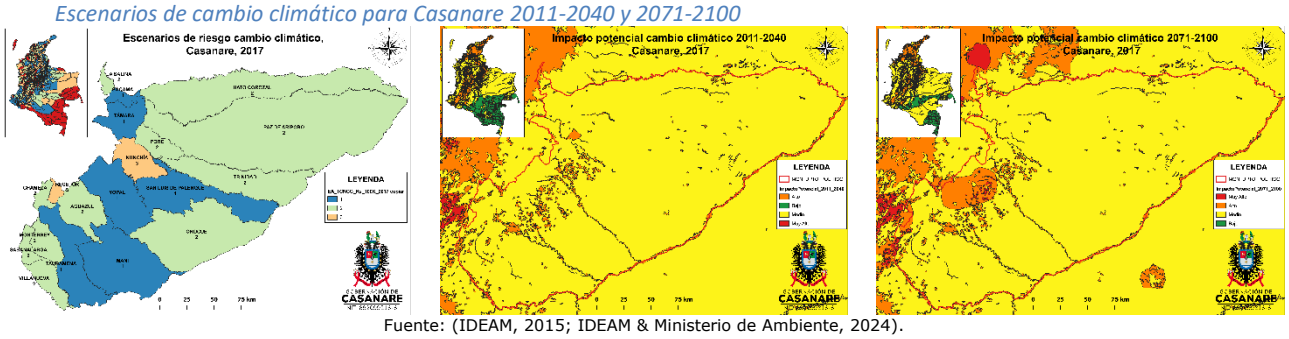
Agricultura, pecuario, forestal y otros usos del suelo con el 61,6% por la ampliación de la frontera agrícola, uso de fertilizantes, emisiones de metano de los cultivos de arroz, quemas de residuos de cultivos; seguido del sector de energía emite el 37,1% (CIAT et al., 2018; Gobernación de Casanare, 2019).

Estos fenómenos han ocasionado la pérdida de calidad del suelo, disminuyendo su capacidad actual y potencial para producir bienes y servicios, generando un impacto negativo al medio ambiente producto de la tala y quema como prácticas inadecuadas de cultivos y establecimiento de pasturas.

Según los escenarios de cambio climático para Colombia basados en modelos regionales de circulación, señala que para fin de siglo las proyecciones de aumento de temperatura estarían entre 1.2 y 5°C en todos los escenarios analizados. El departamento en promedio podrá presentar aumentos de temperatura de hasta 2,4°C, en especial en zonas de llanura. Los municipios que menos cambios presentarán son aquellos cercanos a la cordillera como La Salina, Sácama, Támara y Chámeza, y; zonas de sabana inundable. No obstante, los incrementos de la temperatura se presentarían en gran parte del territorio regional y nacional (Gobernación de Casanare, 2019; IDEAM, 2015; IDEAM & Ministerio de Ambiente, 2017, 2024).

Mapa 3.

Escenarios de cambio climático para Casanare 2011-2040 y 2071-2100



Fuente: (IDEAM, 2015; IDEAM & Ministerio de Ambiente, 2024).

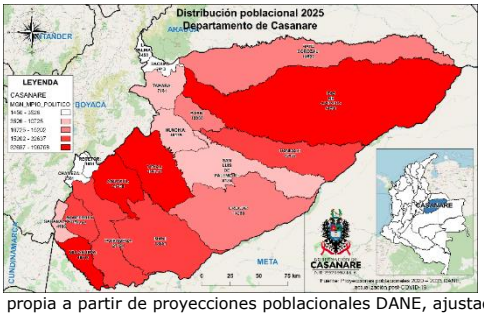
1.2 Contexto poblacional y demográfico

Según proyecciones poblacionales por el DANE en el año 2018, ajustado post Covid 19, el departamento para el año 2025 cuenta con una población total de 481.938 habitantes representados en un 50.07% (n = 241.330) por hombres y un 49.93% (n = 240.608) por mujeres. Por área geográfica, el área urbana concentra el 72.77% (n = 350.721) de la población.

Los municipios de Yopal, Aguazul y Paz de Ariporo agrupan el 58.12% de habitantes (n = 280.107), contrastando con los municipios de Chámeza, Recetor, Sácama y La Salina que su población no supera los 3.000 habitantes.

El municipio de Yopal, capital del departamento, cuenta con la mayor cantidad de habitantes con un total de 196.758 habitantes (40.83% de la población).

Mapa 4.
Distribución poblacional, Casanare, 2025

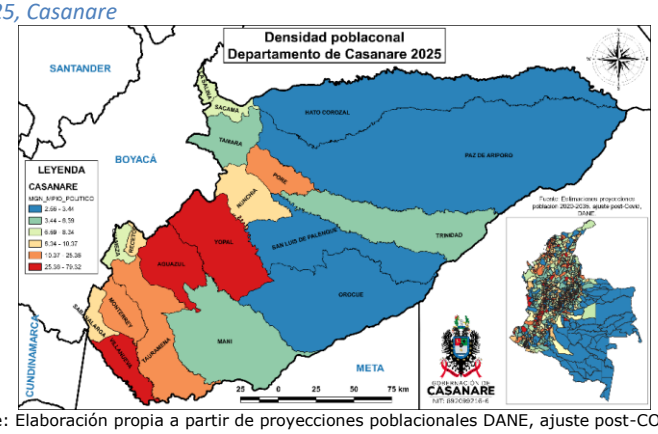


Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones poblacionales DANE, ajustadas post-COVID 19.

La densidad poblacional estimada para Casanare es de 10.88 personas por cada Km^2, inferior a la media nacional que se ubica en 42 habitantes por Km^2. En términos generales el departamento se ubica en la posición 28 de 33 municipios; el departamento con mayor densidad poblacional es el Archipiélago de San Andrés con 1269 habitantes por Km^2, por su parte, el departamento de Amazonas es el último departamento con una densidad de 0.80 habitantes por Km^2.

A nivel municipal el municipio de Yopal, capital del departamento, presenta la mayor densidad poblacional con 79 habitantes por Km^2, ubicándose a nivel nacional en el puesto 362 de 1084 municipios y distritos; mientras que el municipio de Hato Corozal tiene la densidad más baja con 2.56 habitantes por Km^2, ubicándose en el puesto 1084 del listado nacional. El municipio de Itagüí en Antioquia tiene la densidad poblacional más alta con 15351 personas por Km^2, en contraste, el municipio de Puerto Arica en Amazonas tiene una densidad de 0.079 habitantes por Km^2.

Mapa 5.
Densidad poblacional, 2025, Casanare



Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones poblacionales DANE, ajuste post-COVID 19.

El departamento presenta un patrón de distribución demográfica principalmente urbano, concentrándose la mayoría de la población en el área urbana. Desde el año 2005 al 2025 se ha incrementado la proporción en 2.68 puntos porcentuales con un total de 72.77% de grado de urbanismo (n=350.721 habitantes en el área urbana). Un fenómeno evidente es la disminución paulatina de la población rural en edad laboral y la reducción de la natalidad; acumulando población adulta mayor[2].

A nivel municipal, el municipio de Yopal presenta el mayor grado de urbanismo concentrando el 86.65% población, y ubicándose en la posición 80 de 1121 municipios; en contraste con los municipios de Recetor, Nunchía, Támara, San Luis de Palenque, Orocué y Hato Corozal que presentan un grado de urbanización inferior al 50%, los cuales están relacionados a los procesos de producción con vocación agrícola (vg. Ganadería, arroz y palma de aceite), la configuración territorial y diversidad cultural propias de cada territorio. El municipio de Recetor se ubica en la posición 930 respecto del nivel nacional.

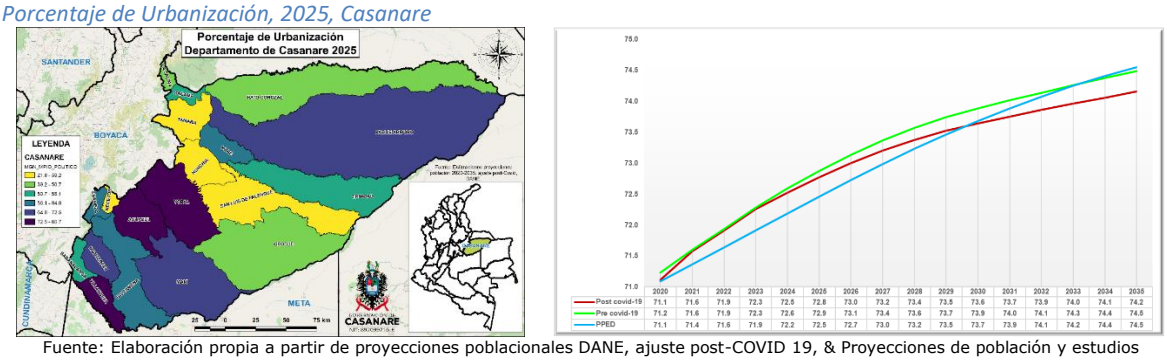
En términos generales, el departamento se ubica en la posición 12 de 32 en el grado de urbanismo por debajo del nivel nacional que presenta una proporción del 76.13%. El departamento con mayor concentración de población en el área urbana es Atlántico con un 94.98% de urbanismo, mientras que el departamento de Vichada se encuentra en la parte inferior con un 24.05%. El Distrito de Bogotá tiene el grado de urbanismo más grande de Colombia con un 99.58%.

Sin embargo, el crecimiento de los principales cascos urbanos en el departamento es acelerado y no planificado explicado, principalmente, por la explosión demográfica, fenómenos migratorios especialmente de la diáspora venezolana y aumento de la oferta de bienes y servicios a causa de la conformación de clústeres industriales. Estas condiciones y circunstancias de segregación y marginación urbana han reproducido necesidades básicas insatisfechas, agudizado la pobreza y emergido dinámicas de conflictividad social (e.g. hurto, homicidio, violencia) que se traducen en resultados en salud negativos.

[2] El panorama es crítico ante el envejecimiento poblacional y la migración de jóvenes en busca de oportunidades, aumentando la vulnerabilidad social en estos contextos frente a necesidades en salud y otros servicios básicos, accesibilidad a vías terciarias, oportunidades laborales y disponibilidad de alimentos (Arrubla Sánchez & Daza Huérfano, 2024b).

Mapa 6.

Porcentaje de Urbanización, 2025, Casanare



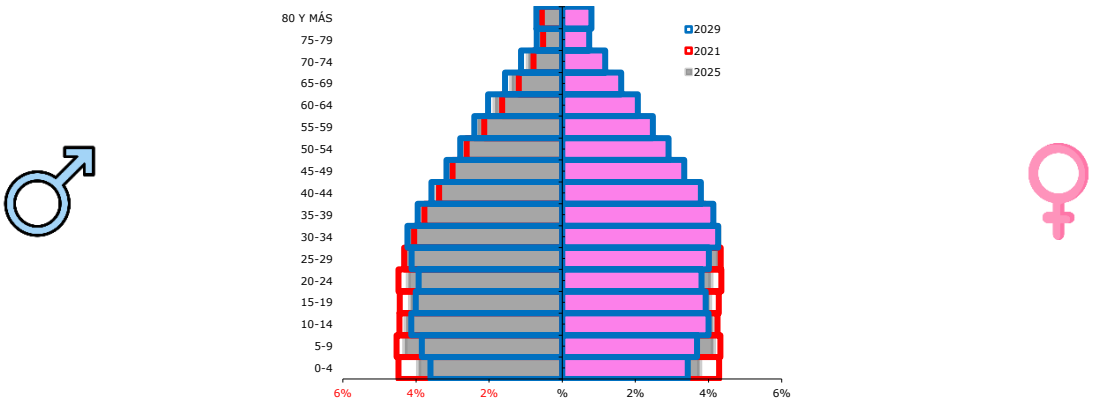
Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones poblacionales DANE, ajuste post-COVID 19, & Proyecciones de población y estudios demográficos (PPED).

La pirámide poblacional de Casanare es regresiva ilustrando un estrechamiento de su base (representado en los grupos poblacionales más jóvenes: primera infancia, infancia, adolescencia y juventud) y un aumento de población adulta y vejez, pronunciado en mayor proporción para el sexo femenino. El grupo poblacional que abarca la mayoría de la población se encuentra entre las edades de 0 a 39 años con el 65.8% (n=317.326) de la población para 2025; en el período de tiempo de 2021 a 2029 se observa una reducción de 5.4 puntos porcentuales en esta población.

De acuerdo con las proyecciones poblacionales, en el período 2021 a 2029 se observa que en los rangos de edad de 0 a 29 años predomina el sexo masculino; sin embargo, a partir del 2025 la proporción de mujeres se nivela después de los 30 años o más respecto a los hombres, tendencia que va en aumento con mayor énfasis en edades superiores a los 65 años. Es destacable que la relación hombre: mujer para todos los grupos poblacionales se equilibra en los próximos cuatro años.

Figura 1.

Pirámide poblacional 2021, 2025, 2029, Casanare



Variación porcentual en rangos de edad

2021	2025	2029	Hombre 2021-2029	Mujeres 2021-2029	Hombre 2025-2029	Mujeres 2025-2029
0.7	-0.1	0.3	5.1	6.0	2.2	2.6
2.2	-2.3	-2.5	-5.3	-5.6	-2.0	-2.2
2.4	-2.1	-2.1	-2.6	-2.4	-3.3	-3.4
2.3	-1.9	-1.6	1.9	2.6	0.8	1.0
1.9	-1.4	-1.0	0.4	1.2	0.7	1.0
1.5	-1.8	-1.6	-1.0	-1.1	-1.0	-0.8
0.1	-0.8	-1.4	3.2	1.7	-0.2	-0.8
1.7	1.3	0.3	7.7	6.4	3.2	2.2
1.8	2.4	2.3	7.9	8.3	3.9	3.8
1.3	2.3	2.8	8.6	10.1	4.1	4.6
0.1	1.6	2.6	9.2	10.7	3.9	4.9
1.0	0.7	2.0	8.9	11.9	4.3	5.6
1.5	-0.2	1.5	11.5	14.4	4.5	6.2
1.1	0.0	0.8	16.0	17.9	7.3	8.1
1.6	0.3	1.5	19.2	22.2	8.7	9.9
1.9	0.4	2.0	23.0	26.6	11.9	13.5
0.0	0.8	2.5	19.7	22.1	10.5	12.2
3.9	4.9	5.9	17.0	18.9	8.8	9.8

Fuente: Elaborado a partir de proyección poblacional 2020-2035, actualización Post-Covid-19, DANE.

Aspectos destacables de la estructura demográfica, se observa una disminución progresiva del índice demográfico de dependencia en el territorio lo que se refleja un bono demográfico favorable explicado en niños y mujeres en edad fértil, relación de infante y juvenil respecto de la población total en el territorio. Este fenómeno ha favorecido el desarrollo económico de las regiones.

De forma inversa, se observa un aumento en el número de personas mayores de 65 años. A nivel de dependencia económica e infantil se presenta una tendencia al decremento paulatino, fenómeno relacionado al aumento de población en edad productiva; el índice de Friz soporta esta transición demográfica que ha dejado de ser joven y transita a una población adulta económicamente productiva. No obstante, el aumento de esta dependencia anticipa una futura presión de la asistencia sanitaria y social.

1.3 Población con enfoque diferencial

1.3.1 Población étnica

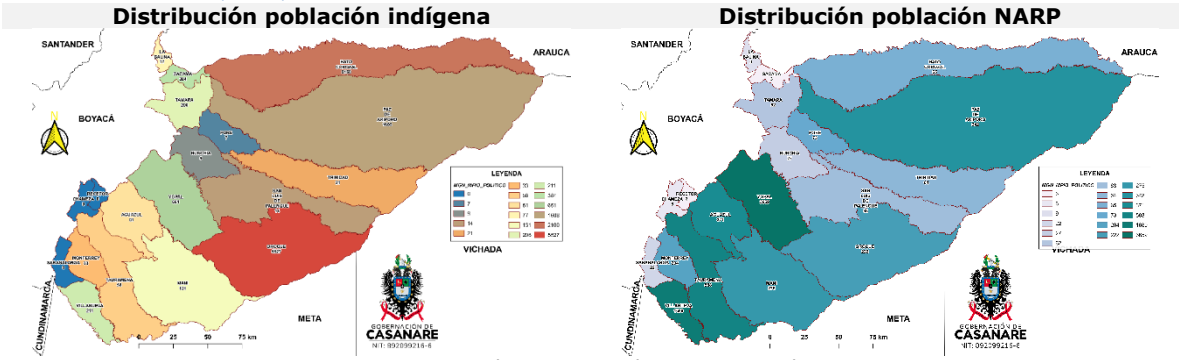
En Casanare se cuenta con tres resguardos indígenas legalmente constituidos y reconocidos: Chaparral Barronegro, Caño mochuelo y el Núcleo de Orocué. En total son 11 pueblos indígenas localizados en los municipios de Paz de Ariporo, Orocué, Támara Sácama y Hato Corozal (Organización Regional Indígena de Casanare, n.d.).

El resguardo de Chaparral Barronegro se localiza a la margen derecha del río Casanare en el área de vertiente y piedemonte de los Municipios de Hato Corozal, Tamara y Sácama, ocupando un área de 16.506 hectáreas (11.14%). El núcleo Indígena de Orocué se encuentra organizado en el municipio de Orocué en 8 resguardos que ocupan una extensión de 38.243 hectáreas (25.81%). El Resguardo de Caño Mochuelo, se localiza al este de los municipios de Paz de Ariporo y Hato Corozal, tiene una extensión de 93.429 hectáreas (63,05%). El

municipio de Paz de Ariporo es el que mayor área aporta con 74.124 hectáreas correspondiente al 6% del área total (Gómez, 2021).

Según proyecciones poblacionales por pertenencia étnico-racional, para 2025 la población étnica-racial representa el 3.94% (n= 18.981) del total de habitantes del departamento. La población indígena es el grupo étnico con mayor proporción con el 58.84% (n= 11.168), seguido de población Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a) (NARP) con el 40.81% (n= 7.747). Los municipios de Orocué, Paz de Ariporo y Yopal reportan el 75.26% de la población étnica (n= 14.286) y 89.15% de la población indígena (n= 9.956).

Mapa 7.
Población étnico-racial, 2025, Casanare



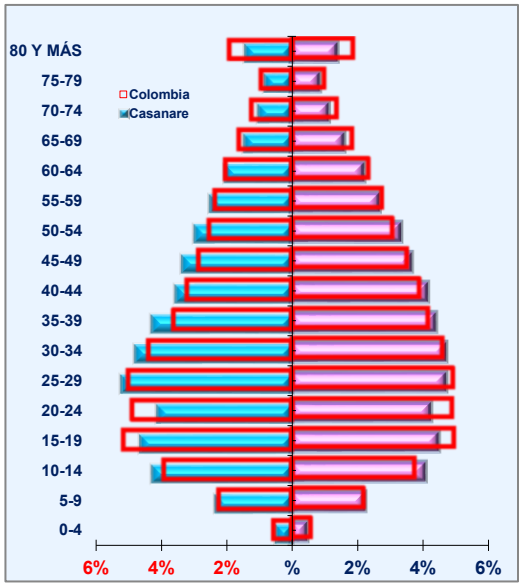
Fuente: Proyecciones de población municipal por área y pertenencia étnico-racial, DANE.

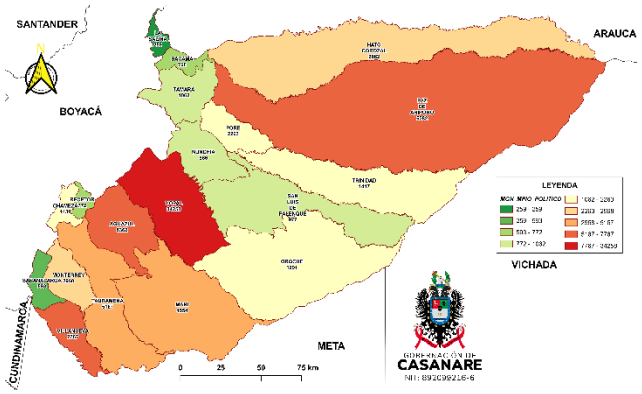
1.3.2 Población víctima

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas - RUV, el departamento registra 81.725 personas víctimas que representan el 0.86% de la población a nivel nacional (n= 9.490.278). El 41% (n= 33.546) de los hechos ocurrieron en zona rural dispersa, mientras el 59.9% no reporta información. En los rangos de edades de 10 a 49 años se registra el 68.65% (n= 56.107) de la población víctima, sin observarse mayores diferencias de distribución entre ambos sexos.

Por pertenencia étnica se reporta como Otras etnias el 18.48% de la población víctima (n= 15.100), seguido de la población NARP e indígena, respectivamente, con el 1.01% (n= 822) y 0.91% (n= 742). El municipio de Yopal agrupa el 41.92% (n= 34.258) de las víctimas, seguido por Villanueva con el 9.5%, Aguazul con el 7.78% y Paz de Ariporo con el 7.69%.

Figura 2.
Pirámide poblacional población víctima, 2025, Colombia-Casanare





Fuente: Cubo Registro Único de Victimas (RUV), Ministerio de Salud y Protección Social. Corte: 10 septiembre de 2025. Nota: se excluyen los datos como No Definido y No Reportado.

1.3.3 Población en condición de discapacidad

Según los datos del Sistema de Registro de Discapacidad, en Casanare se registran 15.403 personas (3,24% de la población); de los cuales el 43,9% (n=6.763) son mujeres y 56,1% (n=8.585) son hombres. A nivel de grupos étnicos se observa que el 47.8% pertenecen a otra étnica, no obstante, existen otras minorías étnicas como mulato, afrocolombiano o afrodescendiente con el 1.7%, seguido de indígenas con el 1.6%; se observa que en el estrato 1 y 2 agrupan el 85,17% de la población y el último nivel educativo con mayor proporción fue primaria básica con el 42,77%.

La pirámide poblacional es de tipo inversa o estacionaria moderna, lo que indica que la población con algún tipo de discapacidad aumenta considerablemente a medida que aumenta la edad; mostrando que el grupo de edad de 80 años y más concentra cerca del 10% de la población en ambos sexos, seguido del rango de edad de 25 a 29 años. Como principal tipo de discapacidad con alteraciones permanentes se posiciona el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas presentan la mayor proporción con el 21.44% (n=7462), y los ojos con el 17.95% (n=6246).

1.4 Dinámica demográfica

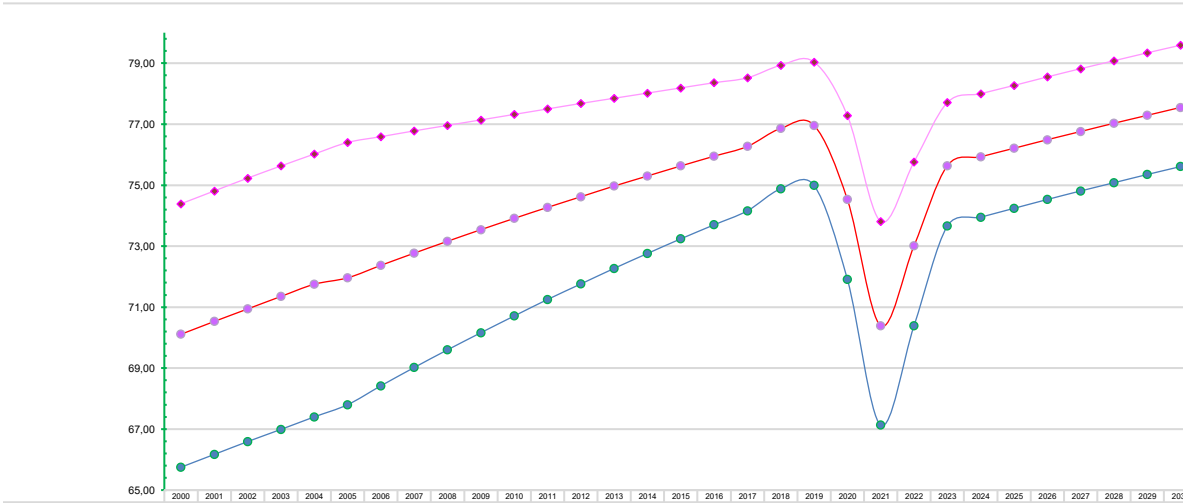
El departamento viene mostrando un aumento progresivo de la esperanza de vida de lo población desde el año 2000 a la actualidad, con un aumento

porcentual del 6.10 a la fecha, y se espera que continue su incremento sostenido hasta el 2050 si los movimientos en la tasa de mortalidad del departamento y la región se mantienen constantes.

Durante los años 2021 y 2022 se presentó una disminución de la esperanza de vida para hombres y mujeres producto de un evento no esperado como lo fue la pandemia por Covid-19 que alteró el curso natural de la mortalidad general de la población. En el período de tiempo analizado las mujeres presentan una esperanza de vida mayor al momento de nacer respecto a los hombres.

Figura 3.

Esperanza de vida al nacer por sexo, 2018-2029, Casanare

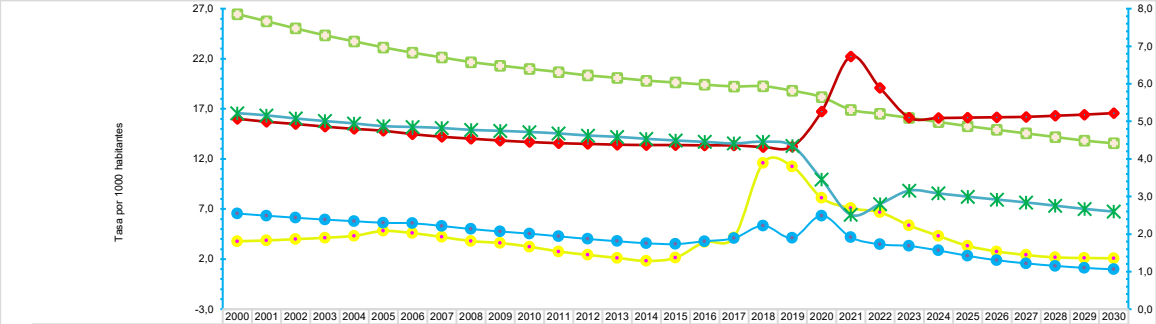


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	203
Esperanza de vida al nacer hombres	65,75	66,17	66,59	66,99	67,40	67,80	68,42	69,02	69,60	70,16	70,71	71,25	71,76	72,27	72,76	73,24	73,70	74,16	74,88	74,99	71,91	67,13	70,39	73,66	73,95	74,24	74,53	74,81	75,08	75,35	75,
Esperanza de vida al nacer mujeres	74,39	74,81	75,23	75,63	76,02	76,40	76,59	76,78	76,96	77,14	77,32	77,50	77,68	77,85	78,02	78,19	78,36	78,52	78,93	79,04	77,28	73,81	75,76	77,71	78,00	78,27	78,55	78,82	79,08	79,34	79,
Esperanza de vida al nacer total	70,11	70,53	70,94	71,35	71,75	71,96	72,37	72,77	73,16	73,54	73,91	74,27	74,62	74,97	75,30	75,63	75,95	76,27	76,86	76,96	74,53	70,39	73,01	75,64	75,93	76,21	76,49	76,76	77,03	77,29	77,

Fuente: Estimaciones principales indicadores demográficos por sexo 1985-2019 y 2020-2050 ajuste post-Covid, DANE.

Desde comienzo del siglo se muestra un marcado descenso de la tasa de natalidad, crecimiento natural y crecimiento exponencial en el departamento, presentando el mismo comportamiento del nivel nacional en los últimos años. No obstante, el crecimiento exponencial tuvo dos picos durante el período 2018 y 2020 debido en gran parte a la diáspora venezolana; en el período 2020 a 2022 la tasa bruta de mortalidad presentó un aumento significativo de la mortalidad como efecto de la pandemia por Covid-19 en el territorio; en contraste para el mismo periodo, el crecimiento natural muestra un comportamiento inverso a la mortalidad con una disminución 1.0 pp.

Figura 4.
Estimaciones principales indicadores demográficos, 2000-2030, Casanare

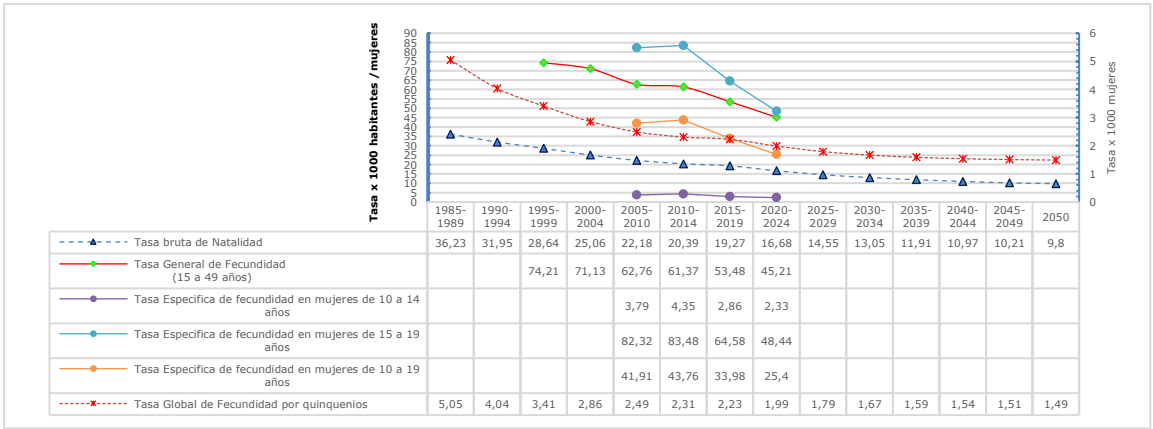


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Tasa bruta de natalidad	26,5	25,8	25,0	24,3	23,7	23,1	22,6	22,1	21,7	21,3	21,0	20,7	20,3	20,1	19,8	19,6	19,4	19,2	19,3	18,8	18,2	16,9	16,5	16,1	15,7	15,3	14,9	14,6	14,2	13,8	13,6
Tasa neta de migracion	3,8	3,9	4,0	4,1	4,3	4,8	4,6	4,2	3,8	3,6	3,2	2,8	2,4	2,1	1,8	2,1	3,7	4,2	11,6	11,2	8,1	7,1	6,7	5,4	4,3	3,3	2,8	2,4	2,2	2,1	2,1
Tasa bruta de mortalidad	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,3	4,3	5,3	6,7	5,9	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,2	5,2	5,2
Crecimiento exponencial	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	2,2	1,9	2,5	1,9	1,7	1,7	1,6	1,4	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1
Crecimiento natural	5,2	5,2	5,1	5,0	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	4,7	4,7	4,6	4,6	4,5	4,5	4,5	4,4	4,5	4,3	3,5	2,5	2,8	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6

Fuente: Elaborado a partir de estimaciones principales indicadores demográficos por sexo 1985-2019 y 2020-2070, ajuste post-Covid, DANE.

Las principales estimaciones de cambio demográfico muestran una evolución de los principales indicadores de fecundidad en el departamento con un comportamiento a la baja desde 1985. Fenómeno que se entiende como un comportamiento natural en la mayoría de los países de América Latina y en el mundo desde la segunda mitad de 1960 en el que pasó de 6,0 a 2,0 hijos en promedio por mujer en la actualidad. Es así, que la región presenta un nivel de fecundidad similar al que tuvo Europa en el periodo de 1975-1980 (1,98 hijos por mujer) (Banco Mundial, 2024). Casanare no es ajeno a esta realidad con una disminución de la Tasa general de Fecundidad (TgF) en 29 pp desde 1995.

Figura 5.
Indicadores de Fecundidad por quinquenios, Casanare, 1985-2050

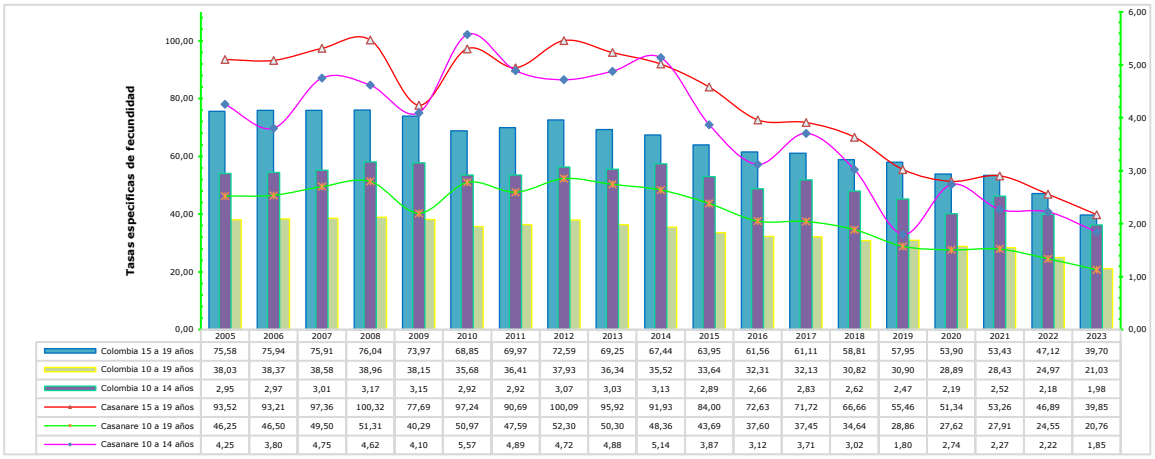


	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2010	2010-2014	2015-2019	2020-2024	2025-2029	2030-2034	2035-2039	2040-2044	2045-2049	2050
Tasa bruta de Natalidad	36,23	31,95	28,64	25,06	22,18	20,39	19,27	16,68	14,55	13,05	11,91	10,97	10,21	9,8
Tasa General de Fecundidad (15 a 49 años)			74,21	71,13	62,76	61,37	53,48	45,21						
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años					3,79	4,35	2,86	2,33						
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años					82,32	83,48	64,58	48,44						
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años					41,91	43,76	33,98	25,4						
Tasa Global de Fecundidad por quinquenios	5,05	4,04	3,41	2,86	2,49	2,31	2,23	1,99	1,79	1,67	1,59	1,54	1,51	1,49

Fuente: Elaboración propia a partir Reporte ASIS II y Cubo Indicadores – Ministerio de Salud y Protección Social.

Según las proyecciones poblacionales ajustadas se seguirá presentando esta tendencia progresiva a la disminución de la fecundidad. Desde el 2005 el departamento ha venido presentando tasas más altas comparada con el país; sin embargo, desde 2019 han convergido hasta obtener valores similares.

Figura 6.
Indicadores de Fecundidad Específicos, Colombia-Casanare, 2005-2023



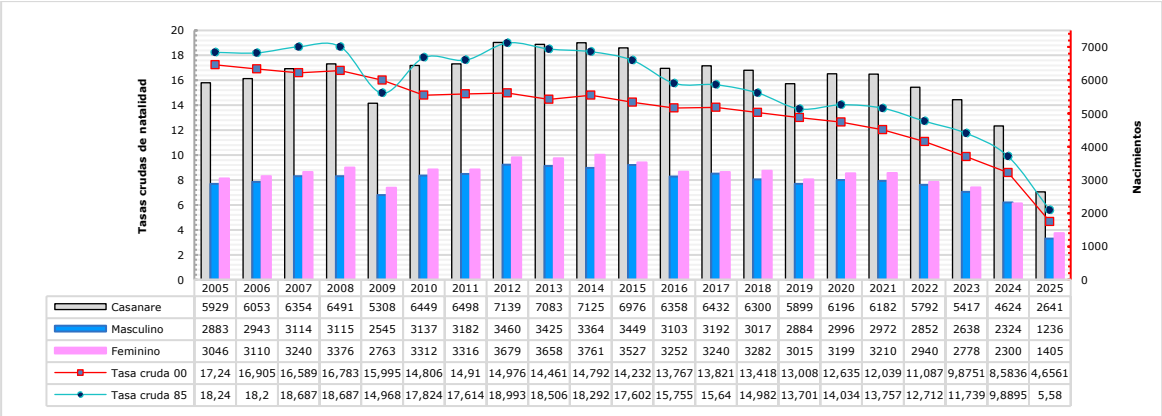
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Colombia 15 a 19 años	75,58	75,94	75,91	76,04	73,97	68,85	69,97	72,59	69,25	67,44	63,95	61,56	61,11	58,81	57,95	53,90	53,43	47,12	39,70
Colombia 10 a 19 años	38,03	38,37	38,58	38,96	38,15	35,68	36,41	37,93	36,34	35,52	33,64	32,31	32,13	30,82	30,90	28,89	28,43	24,97	21,03
Colombia 10 a 14 años	2,95	2,97	3,01	3,17	3,15	2,92	2,92	3,07	3,03	3,13	2,89	2,66	2,83	2,62	2,47	2,19	2,52	2,18	1,98
Casanare 15 a 19 años	93,52	93,21	97,36	100,32	77,69	97,24	90,69	100,09	95,92	91,93	84,00	72,63	71,72	66,66	55,46	51,34	53,26	46,89	39,85
Casanare 10 a 19 años	46,25	46,50	49,50	51,31	40,29	50,97	47,59	52,30	50,30	48,36	43,69	37,60	37,45	34,64	28,86	27,62	27,91	24,55	20,76
Casanare 10 a 14 años	4,25	3,80	4,75	4,62	4,10	5,57	4,89	4,72	4,88	5,14	3,87	3,12	3,71	3,02	1,80	2,74	2,27	2,22	1,85

Fuente: Estimaciones de cambio demográfico, DANE.

La caída de la fecundidad está asociada a una disminución en el número de nacimientos. En Casanare, los nacimientos muestran un comportamiento a la baja de manera progresiva desde el 2015; en el 2009 se presentó el mayor descenso con un 22.3% respecto al año anterior probablemente por fenómenos globales como la crisis financiera. En el 2024 se presenta una disminución importante del 17.1% respecto al año anterior, con una caída sostenida desde el 2021 del 33.7%. Curiosamente, en el 2020 con el inicio de la pandemia por Covid-19, los nacimientos aumentaron 4.7 pp respecto al 2019.

De acuerdo con las nuevas estimaciones del DANE, la caída acentuada de los nacimientos en el país en el último quinquenio se aceleró, principalmente, como consecuencia del Covid-19 (DANE, 2023c). A nivel regional, el departamento tiene una caída precipitada desde 2020.

Figura 7.
Nacimientos, Casanare, 2005-2025pr



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casanare	5929	6053	6354	6491	5308	6449	6498	7139	7083	7125	6976	6358	6432	6300	5899	6196	6182	5792	5417	4624	2641
Masculino	2883	2943	3114	3115	2545	3137	3182	3460	3425	3364	3449	3103	3192	3017	2884	2996	2972	2852	2638	2324	1236
Feminino	3046	3110	3240	3376	2763	3312	3316	3679	3658	3761	3527	3252	3240	3282	3015	3199	3210	2940	2778	2300	1405
Tasa cruda 00	17,24	16,905	16,589	16,783	15,995	14,806	14,91	14,976	14,461	14,792	14,232	13,767	13,821	13,418	13,008	12,635	12,039	11,087	9,8751	8,5836	4,6561
Tasa cruda 85	18,24	18,2	18,687	18,687	14,968	17,824	17,614	18,993	18,506	18,292	17,602	15,755	15,64	14,982	13,701	14,034	13,757	12,712	11,739	9,8895	5,58

Fuente: Estimaciones de cambio demográfico, DANE, & Cubo Registro_Estadísticas_vitales, MSPS.

Revisando los principales indicadores demográficos a nivel de municipio para 2024, se identifica que la bruta de natalidad presenta valores altos en los municipios con mayor población (Villanueva, Yopal, Paz de Ariporo y Tauramena), a excepción de Sácama.

El municipio de Recetor presenta la tasa más alta de mortalidad con 8.17 muertes por cada 1.000 habitantes; seguido por Chámeza, Yopal y Pore con valores de 4.35, 4.31 y 4.19, respectivamente. El índice de envejecimiento poblacional muestra que los municipios del piedemonte presentan los valores más altos.

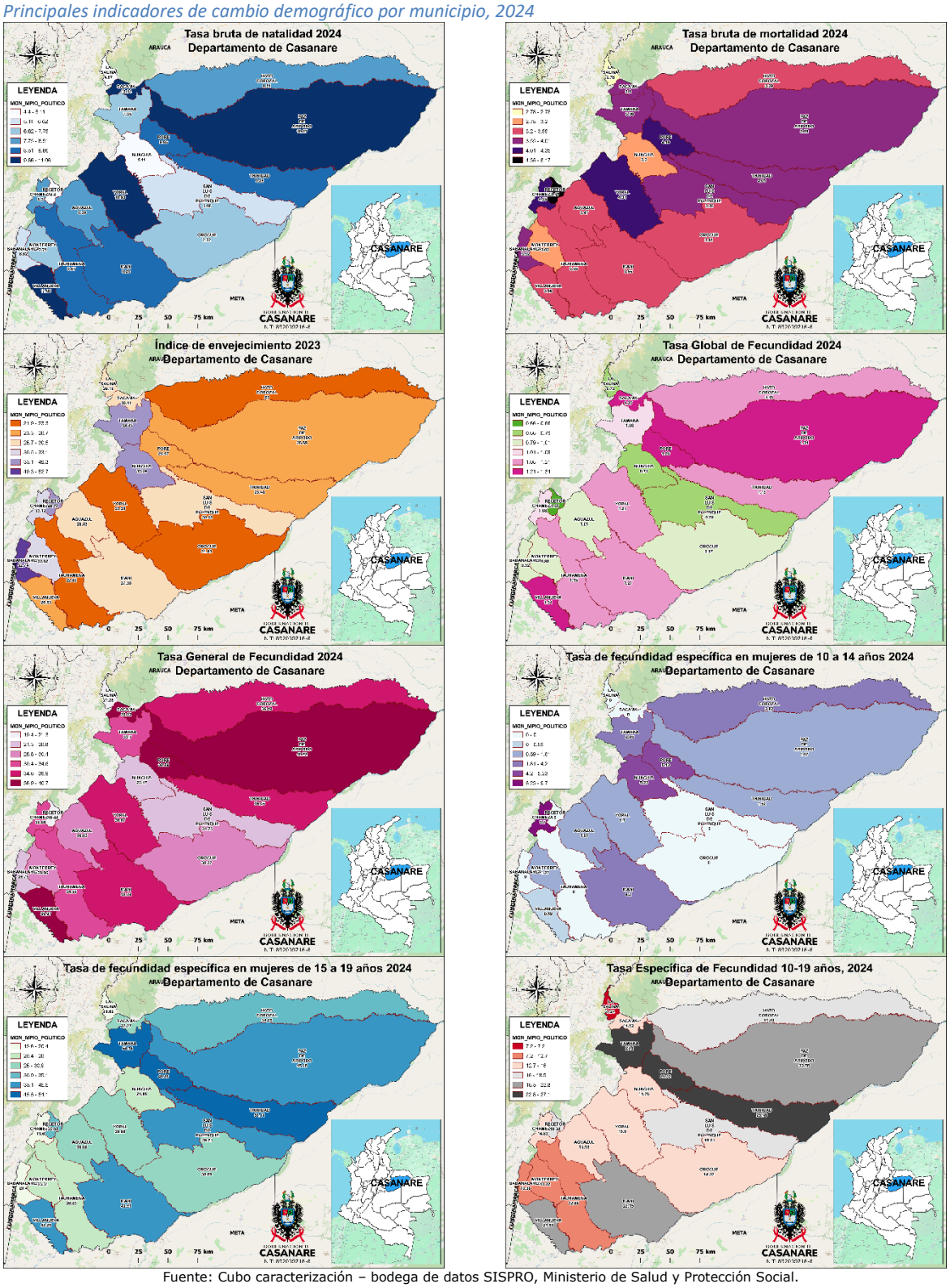
En general, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) muestra que todos los municipios se ubican por debajo del nivel de reemplazo que en promedio debe tener una mujer en edad fértil (2 hijos), con mayores estimaciones en Paz de Ariporo, Villanueva y Sácama. La TgF presenta un patrón similar al anterior. Las TEF presentan valores por debajo de la cifra departamental; sin embargo, se destaca la persistencia de valores altos en los municipios de Hato Corozal, Pore, Támara, Trinidad y Paz de Ariporo (zona norte).

Este fenómeno a nivel regional se explica, en gran medida, por variados factores: concentración urbana y distribución asimétrica de la población entre municipios (poblaciones más adultas arraigadas en zonas rurales en municipios con vocación agrícola y persistencia de modos de vida campesina – v.g. municipios del piedemonte llanero), fenómenos socioeconómicos emergentes como factores atrayentes de población en edad productiva, migración de población del interior del país y foránea a cabeceras municipales más grandes, y el envejecimiento poblacional que no surte un recambio poblacional completo.

Estas marcadas diferencias demográficas entre zonas, destacando la zona norte como la de mayores niveles de fecundidad, se encuentran ligadas con las condiciones de vida de las poblaciones que habitan el territorio y presentan necesidades básicas insatisfechas, entre las que se incluye: acceso a servicios de salud, educación, saneamiento básico, vías terciarias y encadenamientos productivos que eleve su nivel de ingresos a partir de las ventajas comparativas presentes., Además, de factores sociales como la violencia por conflicto armado y factores psicosociales como comportamientos machistas. Esta radiografía es patente en muchas regiones del país, particularmente en zonas de preeminencia rural y marginales que adolecen de un desarrollo territorial consolidado dada una menor presencia y capacidad de respuesta institucional (Daza Huérfano & Arrubla Sánchez, 2024).

Mapa 8.

Principales indicadores de cambio demográfico por municipio, 2024



Fuente: Cubo caracterización – bodega de datos SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social.

1.5 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

1.5.1 El Cobertura de afiliación

En el departamento la institucionalidad del sector salud están representadas por Empresas Aseguradoras y/o Empresas Administradoras de los Servicios de Salud (EPS y EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) naturaleza pública, privada y mixta.

La administración de los servicios de salud se distribuye en cuatro EAPB's, de las cuales tres son de carácter privado (Nueva EPS, Sanitas EPS, Coosalud EPS) y una pública (Capresoca EPS). Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA a corte de 30 de Julio de 2025, Capresoca EPS posee el 39.17% (n= 169.109) de los afiliados, seguido por Nueva EPS con el 36.25% (n= 156.506) y Sanitas con el 23.71% (n= 102.373). Capresoca EPS tiene el 56.12% (n= 149.734) de la población subsidiada, por su parte Nueva EPS posee el 33.12% (n= 88.365) de la población en régimen contributivo.

Por régimen se observa que el 58.95% (n= 266.819) de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, mientras que el 36.44% (n= 164.963) y el 4.61% (n= 20.873) se encuentran afiliados al régimen contributivo y especiales, respectivamente; por área geográfica, tanto para el régimen contributivo y urbano predomina población afiliada del área urbana con el 78.12% y 64.38%, respectivamente.

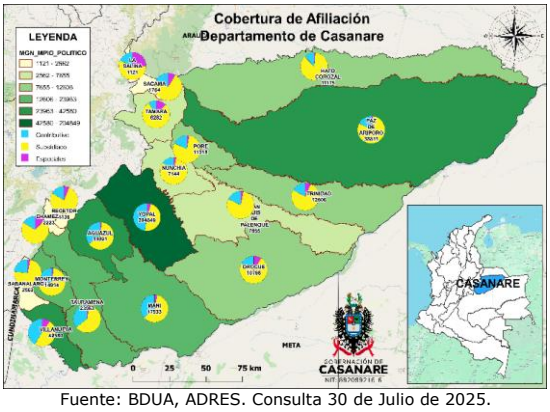
El régimen subsidiado se constituye principalmente de población con encuesta SISBEN nivel 1 y 2 con un 87.13% (n= 232.476) de la población, un 22.44% (n= 59.883) corresponde a población especial. A nivel municipal, se observa que Yopal, como capital del departamento, concentra el 45.25% (n= 204.849) de la población afiliada, seguido de los municipios de Villanueva, Paz de Ariporo y Aguazul aportando el 25.47% de los afiliados; no obstante, se destaca que muchos afiliados tienen sus servicios en los municipios con mayor capacidad instalada, pero con domicilio de residencia en otros lugares distante.

El grupo etario con mayor afiliación fue el de 29 a 45 años con el 27.30% (n=117,873), seguido de 18 a 28 años 18.04% (n=77,890) y el de 46 a 59 años 15.44% (n=66.,654). Para el régimen contributivo, el grupo etario con mayor afiliación fue el de 29 a 45 años con el 34,72% (n=57,283), seguido del grupo de 18 a 28 años con el 18,75% (n= 30,931). Para el régimen subsidiado, el grupo etario con mayor afiliación es el de 29 a 45 años con el 22,71% (n=60,590), seguido del grupo de 18 a 28 años con el 17,6% (n=46,959). A la

fecha se reporta una cobertura del 93.9% de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (n= 431.782).

Mapa 9.

Cobertura de afiliación a Seguridad



Fuente: BDUA, ADRES. Consulta 30 de Julio de 2025.

La población migrante afiliada corresponde a 17.510 personas, de las cuales el 89.03% (n= 15.590) pertenecen al régimen subsidiado. En ambos regímenes la afiliación se realiza con el documento Permiso Temporal (PT) en más del 90%. El municipio de Yopal concentra el 49.45% (n= 8,659) de las personas, seguido por el municipio de Villanueva, Paz de Ariporo, Maní y Aguazul que se caracterizan por ser corredores de migración entre el departamento de Arauca y el centro del país. La Nueva EPS tiene a su cargo el 63,7% de la población migrante, seguido por Capresoca EPS con el 34%.

Para el 2025 se encuentran 6539 personas de comunidades indígenas afiliados en el sistema de salud en el departamento, un 9.71% más con respeto al año anterior según cifras estadísticas de afiliados en salud por el MSPS a corte de 8 de agosto de 2025; el 49.09% corresponden a mujeres y el 50.91% a hombres. Los municipios de Hato Corozal, Orocué y Paz de Ariporo agrupan el 79.2% de la población (n=5.180).

Según cifras de afiliación en salud del MSPS con corte a marzo 2025, la cobertura de afiliación en el departamento es de 91.80% (n= 442.432), inferior a la cobertura nacional con un 98.45%. Los municipios de La Salina y Sabanalarga tienen la cobertura más baja del departamento con un 60.90% y 62.01%, respectivamente; seguido por Sácama, Chámeza, Nunchía y Pore. El municipio de Yopal cuenta con una cobertura del 100%.

1.5.2 Organización de la red prestadora de servicios de salud

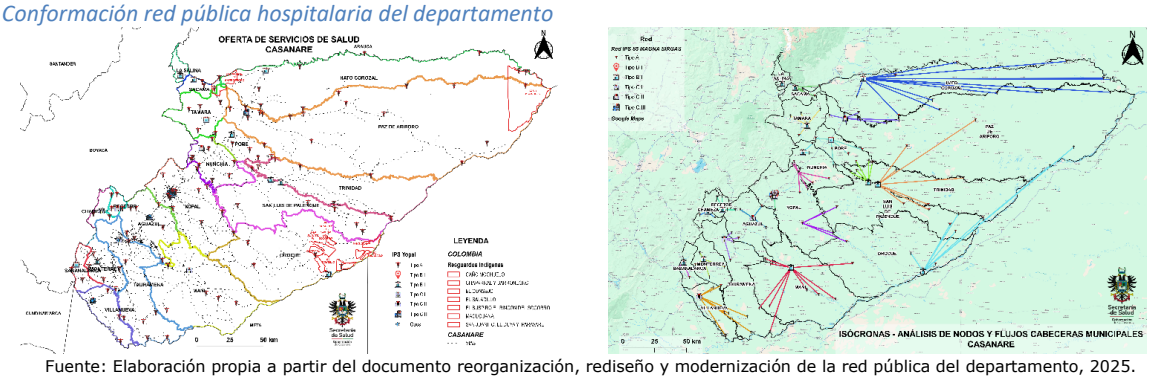
El modelo de red integral para la prestación de servicios de salud del departamento se estructura en tres (3) subredes funcionales: la red centro conformada por siete (7) municipios con cabeza de red por el municipio de Yopal

que concentra la mayoría de prestadores y servicios habilitados de mediana y alta complejidad, la red norte integrada por ocho (8) municipios con cabeza de red por el municipio con más extensión territorial que es Paz de Ariporo, y la red sur conformada por cuatro (4) municipios con cabeza de red por Villanueva.

La totalidad de municipios cuenta con al menos una institución de servicios de salud de baja complejidad, en su mayoría centros de salud adscritos a Red Salud Casanare E.S.E que opera en condición de oligopolio para 15 municipios del departamento. La atención en áreas rurales prestará a través de ciento once (111) Puestos de Atención Primaria en Salud (PAPS) distribuidos de forma estratégica en los diecinueve (19) municipios, los cuales se encuentran en proceso de viabilización financiera para la recuperación y/o adecuación física.

Mapa 10.

Conformación red pública hospitalaria del departamento



Fuente: Elaboración propia a partir del documento reorganización, rediseño y modernización de la red pública del departamento, 2025.

En el departamento existen barreras de acceso a los bienes y servicios en salud ofertados por la red pública y privada de tipo geográfico, económico y organizativo que generan gradientes de desigualdad, especialmente con las poblaciones más vulnerables (campesinos). En el componente geográfico se evidencia problemas relacionados con las dificultades de transporte de las comunidades a los centros urbanos para asistir a los centros de atención por el mal estado de las vías secundarias y terciarias; además, de los problemas de accesibilidad de los equipos extramurales a las áreas rurales dispersas en temporada invernal.

El 66.52% (n= 294/442) de los prestadores de servicios de salud habilitados se encuentran en el municipio de Yopal, ciudad que concentra la mayor cantidad de población del departamento. Dada esta configuración territorial de la red, se presentan barreras administrativas para los afiliados de otros municipios porque tiene que desplazarse a la capital para acceder a servicios especializados y complementarios que no se ofertan otro lugar del departamento.

Las desigualdades económicas, especialmente de la población rural dispersa y de comunidades étnicas, son un determinador social importante para acceder a

una atención integral que condiciona su uso teniendo en cuenta que deben incurrir en gastos de bolsillo para cubrir transporte, alimentación, hospedaje y otros gastos que no están relacionados con la atención.

1.5.3 Infraestructura en salud

Para el año 2025 se encuentran habilitados 442 prestadores de servicios de salud, de los cuales el 65% (n=291) se constituye de profesionales independientes, y el 28.96% (n=128) por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS); asimismo, el 97.74% (n=432) de los prestadores son de naturaleza privada y el 96,53% (n=862/893) de las sedes se localiza en el área urbana de las cabeceras municipales, con mayor concentración en Yopal, Aguazul, Paz de Ariporo y Villanueva.

Se encuentran habilitados 2218 servicios de salud de los cuales el 60.19% se encuentran agrupados por Consulta externa (n= 1335), con mayor representación por servicios de odontología general, medicina general y psicología; seguido por Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica con el 27.64% (n=613), y atención inmediata con el 5.28% (n= 117).

Se encuentran habilitadas 619 camas de internación habilitadas, de las cuales el 66.24% (n= 410) se ubican en el municipio de Yopal. La razón de camas de adulto por 10.000 habitantes es de 12.8 en el departamento; el municipio de La Salina tiene la razón más alta con 41.4, seguido por Recetor y Hato Corozal con 25 y 22 camas, respectivamente.

Las camas para adulto son las de mayor proporción según servicio; para el primer nivel de complejidad se encuentran habilitadas camas pediátricas, de trabajo de campo y recuperación, mientras que para el nivel complementario las camas con mayor proporción son las intermedia, intensivas, salud mental y sustancias psicoactivas para adulto. Por otra parte, la proporción de salas habilitadas por 10.000 habitantes fue de 2,8 (n= 137), los municipios con mayor proporción fueron La Salina, Recetor, Sácama y Chámeza. Las salas de procedimientos son las de mayor proporción con el 70,1% (n= 96), seguido por Salas de parto con el 22% (n=22); el 60,6% (n= 83) de las salas habilitadas se encuentran en el sector.

Para el 2025 se encuentran habilitadas 119 ambulancias, se estima una razón de ambulancias por 10.000 habitantes es de 2,47; los municipios de La Salina, Recetor, Villanueva y Recetor presentan los valores más altos. Según servicio se observa que el 76,5% (n= 91) de las ambulancias son básicos, el 66,4% (n=79)

pertenecen al sector privado y el 53,78% (n= 64) se encuentran habilitadas por IPS. La razón de ambulancias básicas y medicalizadas es de 0,19 y 0,06 por 1.000 habitantes, respectivamente.

Según las estimaciones realizadas por el Observatorio de Talento Humano en Salud, el departamento cuenta con una densidad estimada de 74,25 de profesionales por 10.000 habitantes (n= 3.528). Las profesiones más representativas son psicología con una densidad estimada de 21,55 por 10.000 habitantes, seguido de medicina 15,30, enfermería 11,89, odontología 7,37, fisioterapia 4,86 y bacteriología 4,23. En la última década el talento humano en salud evidencia un crecimiento sostenido; sin embargo, se observa una brecha en los especialistas, especialmente en territorios distantes de la capital del departamento.

1.5.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

En el proceso de armonización de la planeación integral para la salud según lineamientos nacionales, el gobierno territorial viene adaptando y adoptando el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS), la implementación del Plan de Salud Rural, y la implementación de los componentes de la gestión del territorial integral de la salud pública que integra los procesos transversales como el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) bajo los principios de concurrencia y subsidiaridad a escala municipal[3].

Estas acciones intersectoriales y transectoriales permiten el fortalecimiento de la gobernanza territorial[4] de la salud con participación social, enmarcadas en el Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027 como instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud del departamento, y tiene como propósito contribuir al logro de las metas estratégicas del PDSP 2022-2031 y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la superación de las inequidades sociales, la afectación positiva de los DSS y avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

[3] La Resolución No. 1597 de 2025 establece las disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública en el marco del PDSPS 2022-2031 y la estrategia de APS. Se define la Gestión en Salud Pública como función esencial indelegable del Estado, se encuentra orientada a que las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias en salud se realicen de manera efectiva, eficiente, coordinada y organizada con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud (*Resolución No. 1597 de 2025*, 2025).

[4] Por gobernanza se ha entendido como los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (OPS, 2019).

1.6 Conclusiones Capítulo I

La geografía del departamento, caracterizado por piedemonte y sabana, han determinado las dinámicas históricas a nivel demográfico, social y económico de sus habitantes. A raíz del boom petrolero y la intensificación de otros sectores productivos relacionados con la agricultura, las comunidades que habitan estos territorios han aumentado su tamaño y, en consecuencia, sus necesidades en servicios básicos esenciales dentro de los que se destaca los servicios de salud.

Este crecimiento demográfico, que se profundiza en el área urbana como una tendencia al crecimiento concentrado, ha generado demandas específicas en salud que se configuran como desafíos importantes para los sectores gubernamentales, privados, sociales y políticos involucrados para generar respuestas desde sus competencias y alcance territorial. Las zonas rurales y rural dispersa se identifican como territorios con grandes inequidades en acceso a servicios públicos esenciales, y vulnerabilidad por su ubicación geográfica, que requieren de intervenciones prioritarias.

La red del sistema de salud en la mayoría de los municipios es de baja complejidad, ofreciendo servicios de salud de primer nivel focalizado en las cabeceras municipales, caracterizada por su baba capacidad resolutiva ante eventos de mayor complejidad. En el área rural y rural dispersa, la oferta es escasa o nula con puestos de salud que en la actualidad no se encuentran en funcionamiento.

Fenómenos estructurales e intermedios determinadores de la salud poblacional como el cambio climático, la disminución de la natalidad, aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, se constituyen en los principales factores que presionan el sistema de salud y la oferta institucional de protección social que se encuentra en el territorio y no alcanza a dar respuesta efectiva a las demandas sociales. Es por ello por lo que se hace necesario adaptar y fortalecer las instituciones y sus modelos de operación local desde la articulación y la gestión pública con enfoque diferencial y territorial.

Actualmente, la entidad territorial avanza en la adopción y adaptación del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo a través de la implementación de la estrategia de APS con los EBS extramurales y hospital itinerante, la priorización de acciones en poblaciones diferenciadas basada en la estrategia de entornos saludables y operativizado a través de la gestión territorial integral de la salud pública.

GOBERNACIÓN DE CASANARE
NIT: 892099216-6
Secretaría de Salud de Casanare
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
Salud



Capítulo II. Procesos económicos y circunstancias de la vida social

2 Capítulo II. procesos económicos y circunstancias de la vida social

2.1 Procesos económicos del territorio

Para el 2024, con datos preliminares a precios corrientes, el departamento se ubica en el puesto diecinueve (19) a nivel nacional en el Producto Interno Bruto (PIB) con 23.586 miles de millones de pesos. Los departamentos con mayor PIB son Bogotá D.C y Antioquia; por otra parte, los departamentos con menor PIB son Guainía y Vaupés. Bogotá D.C., Antioquia y Valle del Cauca concentran cerca de la mitad del PIB nacional. En general, se presentó un crecimiento del 1,6% respecto del año anterior; Casanare reportó un crecimiento inferior al valor nacional, entre 0,1 al 1,5%. Por habitante el departamento se ubica en el segundo lugar detrás de Bogotá con un PIB per cápita de 49,6 millones de pesos muy por encima del nivel nacional con 32,4 millones de pesos (DANE, 2024b).

La región de Amazonía – Orinoquía participa con el 2,6% del total de la economía del país, en el que Casanare contribuye con el 53,8% de la producción, seguido por Arauca con el 21% y Putumayo con el 13,9%. A precios constantes por encadenamiento con año de referencia 2015 la región presentó una variación positiva de 1,4%. Las actividades económicas que explican el comportamiento registrado en la región, de acuerdo con su contribución son la agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca con un crecimiento de 8,5%; seguido la administración pública y defensa, educación y salud con 2,9% y del comercio al por mayor y al por menor, transporte, alojamiento y servicios de comida con 0,7%. Contrarrestan el crecimiento de la región la actividad de minas y canteras con -2,3% y la industria manufacturera con -3,6%. Tendencia similar a nivel nacional (DANE, 2024b).

De acuerdo con el histórico, a nivel departamental las principales actividades económicas con mayor participación en el agregado son la explotación de minas y canteras, Comercio al por mayor y al por menor, Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, y Administración pública y defensa. No obstante, el comportamiento refleja que la explotación de minas y canteras, pese a ser la de mayor participación, viene disminuyendo desde 2005 con una variación negativa de 30.42 puntos porcentuales; mientras que las otras tres (3) actividades han presentado un crecimiento paulatino a lo largo de los años aportando para el último año el 44,9% del valor agregado en el PIB. Los sectores con mayores tasas de crecimiento en el último año fueron la Agricultura, ganadería, casa y silvicultura y pesca con el 10.3, seguido por la Construcción y Actividades

artísticas, de entretenimiento y recreación con el 8.9 y 6.2, respectivamente (DANE, 2024b).

La densidad poblacional actual en el departamento muestra una clara condición de dependencia del suelo rural derivada del desarrollo de actividades relacionadas con la agricultura y ganadería. El 64,7% del suelo es utilizado para el desarrollo de actividades ganaderas, configurándose como el tercer lugar en la producción bovina de carne a nivel nacional. Las actividades agrícolas y agrosilvopastoril ocupan el 13,5% del suelo, el 10,1% destinado a la conservación de suelos y el 9,3% es utilizado para actividades forestales (Gobernación de Casanare, 2019).

Los suelos más fértiles se ubican sobre los valles de los ríos Casanare, Ariporo, Pauto, Cravo Sur, Cusiana, Túa y Upía; concentrando la actividad agrícola a través de la producción de arroz y cultivados en forma tradicional. Sin embargo, existe un problema de subutilización de suelos no aprovechados en su verdadera vocación o territorios abandonados que se pierden. Los municipios de San Luis de Palenque, Hato Corozal, Yopal, Pore y Villanueva son los que mayor subutilización del suelo presentan, superando el 40 %. Este fenómeno se da, principalmente, por la alta demanda agropecuaria y la desmesurada transformación antrópica (intervención humana); según reportes del IGAC en el 2014, cerca del 19% de los cultivos y ganado se ubican en zonas no aptas para estos fines (e.g. humedales, ciénagas y reservas forestales) (Garavito et al., 2021).

Para el 2019 el 63,7% de los predios del área rural a nivel nacional eran de propiedad de hombres como único propietario. Casanare se encuentra dentro de los departamentos en donde más del 38% de los propietarios de predios rurales son mujeres; y se destaca que cerca del 70% de los predios eran en copropiedad compartida entre hombres y mujeres. En cuanto a características de los predios, el 64,5% de los predios nacionales se constituyen en microfundios, mientras la mediana propiedad se concentra en manos del 10,2% de los propietarios. El departamento presenta una brecha cercana al 15% entre la tenencia de microfundios como propietario único a favor de las mujeres que tiene una participación superior al 60%; patrón similar se observa a nivel nacional para este tipo de predios. No obstante, la relación se invierte con predios más grandes con mayor predominancia en hombres a excepción del latifundio (> 200 ha) que es de propiedad compartida (Marín et al., 2022).

La fragmentación de la tierra rural y la distribución de la propiedad en Colombia se constituye en uno de los temas más relevantes de reflexión en todas las

escalas a lo largo de los últimos 80 años, ya que sus expresiones desiguales son quizá las causas centrales que han cimentado la perpetuación de la pobreza y la violencia en el país. Este contexto de desigualdad evidencia que solo el 10% de los mayores propietarios posee el 80.57% del área rural de predios privados a nivel nacional; el departamento de Casanare junto con Meta y Antioquia son los de mayor representatividad en cuanto a predios que hacen parte de la frontera agrícola con el 8.6%, 11.47% y 11.19%, respectivamente; el 73% de los predios rurales están ubicados parcial o totalmente dentro de la frontera agrícola, y; los predios de mediana propiedad y latifundios representan más del 80% del área rural de los territorios (Avendaño et al., 2023).

2.1.1 Desigualdad económica

En términos de desigualdad, Colombia es uno de los países más desiguales del mundo con un índice de concentración Gini de 0.539 para el año 2023; el cual se ha mantenido estable con una ligera disminución desde 1980 con un valor de 0.551. En la región de Las Américas, según datos disponibles, Brasil, Panamá, Costa Rica y Honduras son los países que siguen en orden de magnitud (Banco Mundial, 2025). Para 2020, por área geográfica se observa una mayor brecha entre el área urbana (0.53) y rural (0.46), con un comportamiento a la disminución relativa durante la última década en el país. A nivel de distribución de ingreso se observa que el decil de mayor ingreso per cápita en el país para el 2023 acumula el 43.6% del ingreso total (CEPAL, 2023; Monroy et al., 2022).

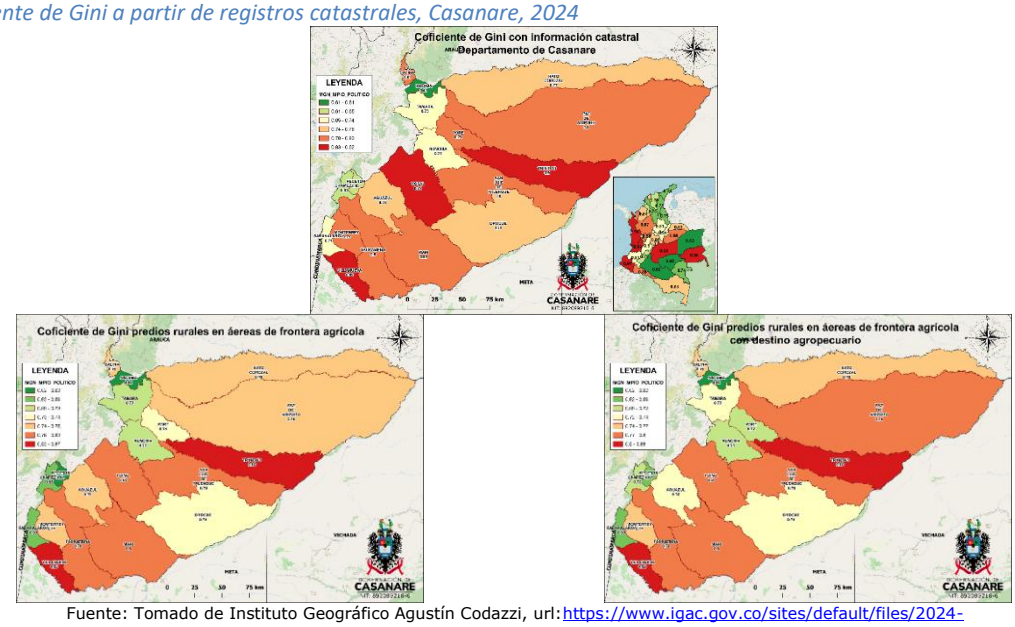
Por subgrupo poblacional se aprecia que el mayor coeficiente de Gini se presenta en población indígena con el 0.52, seguido por el ningún subgrupo poblacional y afrodescendiente con un valor de 0.50 y 0.49, respectivamente para el 2017. El departamento refleja un coeficiente de Gini de avalúos en zona urbana de 0,693 para el 2015, por debajo del valor nacional. En el área rural el coeficiente de Gini presenta un valor de 0.792; se destaca un leve aumento en la desigualdad respecto al año 2000 para esta zona, contrario a lo observado para la zona urbana, similar al comportamiento similar (Monroy et al., 2022).

De acuerdo con cálculos con base en información de registros catastrales de 2023, el coeficiente de Gini para tenencia de predios rurales privados en el departamento fue de 0,88 cercana al valor nacional con 0,89; y ubicándose en la posición sexta detrás de Guainía, Chocó, Meta, Valle del Cauca y Nariño. A nivel departamental, se observa que las mayores desigualdades en la tenencia de predios rurales se presentan en los municipios de Yopal, Trinidad y Villanueva. Al comparar el gradiente de concentración por predios rurales ubicados en la frontera se observa que disminuye levemente la desigualdad pero se mantiene

el mismo patrón; situación que persiste en predios dentro de la frontera agrícola con destino agropecuario (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2024).

Mapa 11.

Coeficiente de Gini a partir de registros catastrales, Casanare, 2024



Fuente: Tomado de Instituto Geográfico Agustín Codazzi, url:https://www.igac.gov.co/sites/default/files/2024-05/GINI_COL_IGAC_V3_07052024.xlsx

2.1.2 Condiciones de empleabilidad

En Colombia la tasa de desempleo de 2025 fue de 8,8% lo que represento una disminución de 1,1 puntos porcentuales respecto del año anterior para el mismo período. La Tasa Global de Participación (TGP) se ubicó en 64,6% y la Tasa de Ocupación (TO) en 58,9%, con un comportamiento similar respecto del año anterior; según rama de actividad, el agro, comercio y reparación de vehículos, administración pública e industrias manufactureras son las que mayor contribución tienen en la población ocupada (DANE, 2025e).

Aunque el departamento no fue tenido en cuenta en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), sin embargo, la región de la Orinoquía, Amazonía e insular[5] presenta las Tasas de Desocupación (TD) más altas del país en los últimos dos años, aunque se observa una disminución considerable de 3.2 pp con un valor de 14,2 para el primer semestre de 2025. De forma complementaria, se presenta una disminución en la TGP en 0.7 pp con un valor actual de 69,7% y un aumento de 1.7 pp de la TO respecto al año anterior (DANE, 2025g).

[5] Esta región agrupa las cabeceras municipales de las capitales de los departamentos de Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas, Guianía, Guaviare, Vaupés, Vichada y San Andrés.

Dentro de las principales ciudades y áreas metropolitanas del país no se tuvo en cuenta al municipio de Yopal dentro de la GEIH; sin embargo, se incluyeron grandes ciudades como Villavicencio y Tunja con TGP 68,0% y 61,6%, en su orden, para el mismo periodo de 2025; respecto a las TO y TD, la capital del Meta presenta mejores indicadores con el 62,8% y 7,7% respecto del 54,8% y 11,0% reportado para Tunja. La capital del departamento de Casanare para el año 2021 reportó los siguientes indicadores de mercado laboral: TGP de 74,9%, TO con el 61,8% y TD en 17,4%. A nivel general, con ajustes estacionales las TGP, TO y TD nacionales tuvieron una leve variación con valores de 64,4%, 5816% y 9,0%, en su orden (DANE, 2025e).

A nivel nacional para el 2025, la proporción de población ocupada informal fue 55,0%, mientras que la población ocupada formal representó el 55,9%. Durante los años de crisis económica producto de la pandemia por Covid-19, la tasa de desempleo fue la más alta de la última década; profundizando las brechas de género con mayor afectación para las mujeres llegando a alcanzar el 20,4% para 2020. Si se compara los indicadores de ocupación por sexo, tanto en el sexo masculino y femenino predomina la ocupación informal; no obstante, a nivel de área urbana existe más empleos formales respecto al área rural para ambos sexos. En general, los hombres tienen mayor ocupación respecto de las mujeres con el 58,4% y 41,6%, respectivamente (DANE, 2025b; Tribín-Uribe et al., 2021).

A nivel de las principales 32 ciudades capitales, incluida la ciudad de Yopal, predomina el empleo formal con el 56,7% y con mayor participación de población que tiene educación media, técnica y universitaria (71,1%), mientras que en la informalidad predomina la población con educación media (42,6%); según posición ocupacional, el 74,5% del empleo formal es obrero, empleado particular, seguido por Trabajador por cuenta propia con el 13,8%; mientras que el 64,2% del empleo informal corresponden a trabajadores por cuenta propia (DANE, 2025b).

El acceso al mercado laboral entre zonas urbanas y rurales obedece a dinámicas diferentes. A nivel geográfico se observan marcadas diferencias entre el área urbana y rural con mayor formalidad en las cabeceras respecto de los centros poblados y rural dispersa con valores de 52,2% y 83,1%, respectivamente. Por ramas de actividad, en el contexto urbano predomina los empleos relacionados con la provisión de bienes y servicios (administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana), y en el área rural actividades relacionadas con la Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (DANE, 2025b).

El 95,5% de la población ocupada en el país se encuentra afiliada al SGSSS, distribuida en el régimen un 51.3% y 41,8% en régimen contributivo y subsidiado, en su orden, y el 2,3% en régimen especial. A nivel geográfico persisten las brechas de afiliación a seguridad social, mostrando que en el área urbana predomina el régimen contributivo con el 59,5% de afiliación mientras que para el área rural el régimen subsidiado representa el 75,1%. A nivel de las 23 principales ciudades del país, la afiliación del régimen subsidiado disminuye hasta el 26,5% (DANE, 2025b).

En el 2020 entre el 34,91% - 57,6% de la población del departamento se identificaba como campesina (DANE, 2023b). Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), el 95,3% (n= 122.000) personas de centros poblados y rural disperso se encontraban afiliadas al sistema de salud; por régimen se observa un patrón de distribución similar comparado con el nivel nacional en el que predomina el régimen subsidiado con el 84,3%. A pesar de que en las cabeceras municipales también se presenta el mismo comportamiento, las brechas entre el área urbana y rural son grandes respecto de la población subsidiada con una diferencia de 17,8 pp (DANE, 2025a).

Estos datos permiten inferir que, pese a que la cobertura al sistema de salud es cercana al 92% en el departamento, gran parte de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado por pertenecer a estratos socioeconómicos bajos (el 79% se encuentra en estrato 1 y 2 del SISBEN), con bajo poder adquisitivo debido a su ocupación que en su mayoría es de tipo informal y no le permite acceder a bienes y servicios en salud incluidos en el plan básico.

En el departamento el tejido empresarial ha mantenido su crecimiento paulatino a pesar de los efectos de la pandemia por covid-19 con una formalización de unidades de negocio en personas naturales, sociedades, sucursales y agencias. El 80% del tejido empresarial para el 2024 estaba representado por 21.351 comerciantes y empresarios de los 19 municipios, con una variación positiva del 0.4% respecto del año anterior; el 96,3% corresponden a microempresas y los municipios de Yopal, Nunchía y Támara aportaron el 51,8% de las unidades. Asimismo, el 37,7% de los inscritos tenían como actividad principal el comercio al por mayor y al por menor, el 15,5% Alojamiento y servicios de comida, el 7,7% Industrias manufactureras y el 6,1% para construcción. Sin embargo, la tasa de supervivencia empresarial a 5 años muestra que sólo el 30% de las unidades continúan con su registro mercantil (Cámara de Comercio de Casanare, 2024).

2.1.3 Condiciones de vida en el territorio

Pese a que no se estimó la pobreza monetaria en el departamento por el DANE para 2024, el indicador nacional evidencia las brechas consistentes entre las cabeceras municipales y el área rural con una proporción entre 28,6% y 42,5%, respectivamente. Si bien la incidencia ha disminuido durante la última década de forma paulatina, con mayor porcentaje en los centros poblados y rural disperso con una reducción de 16,4 pp; la incidencia de pobreza monetaria ha presentado poca variación para el mismo periodo, con una incidencia en el área rural de 21,8%. En este año la línea de pobreza monetaria[6] a nivel nacional se estimó en $460.198 con un crecimiento de 5,7% respecto al año anterior (DANE, 2025c).

La incidencia de pobreza monetaria extrema más alta se encuentra en el área rural con el 21,8% de la población y una reducción de 4.6 pp desde 2012. A nivel departamental los departamentos de Chocó y La Guajira presentan la incidencia más alta con el 44,9% y 43,2%, respectivamente. La brecha o intensidad de la pobreza muestra que a nivel nacional el 12,6% de la población pobre no tiene dinero suficiente para alcanzar la línea de pobreza. A nivel de sexo persisten las brechas de género con una diferencia a favor de los hombres de 2.1 pp; los departamentos de Boyacá y Meta presentan niveles de pobreza a por sexo inferiores que el promedio nacional (DANE, 2025c).

El coeficiente de Gini muestra la mayor desigualdad de distribución de ingresos en los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba con valores de 0.591, 0.549 y 0.538, en su orden; sin embargo, se destaca que territorios como Antioquia y Bogotá D.C., caracterizados con PIB per cápita altos, también presenta desigualdades altas con valores de 0.532 y 0.523, respectivamente. A nivel nacional el coeficiente registró un valor de 0.551 frente a 0.553 en 2023 (DANE, 2025c).

En 2024 la Incidencia de Pobreza Multidimensional (IPM) en el país fue del 11,5%, con una reducción de 0.6 pp respecto al año anterior; a nivel geográfico persisten las brechas entre las cabeceras y centros poblados con valores de 7,8% y 24.3%. La región de la Orinoquía – Amazonía presenta la incidencia más alta con el 20,3% con 314.000 personas en situación de pobreza y un aumento del 35,7% comparado con el 2010. Las variables más altas

[6] Se define como el costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes y servicios (alimentarios y no alimentarios) en un área geográfica determinada (DANE, 2025c).

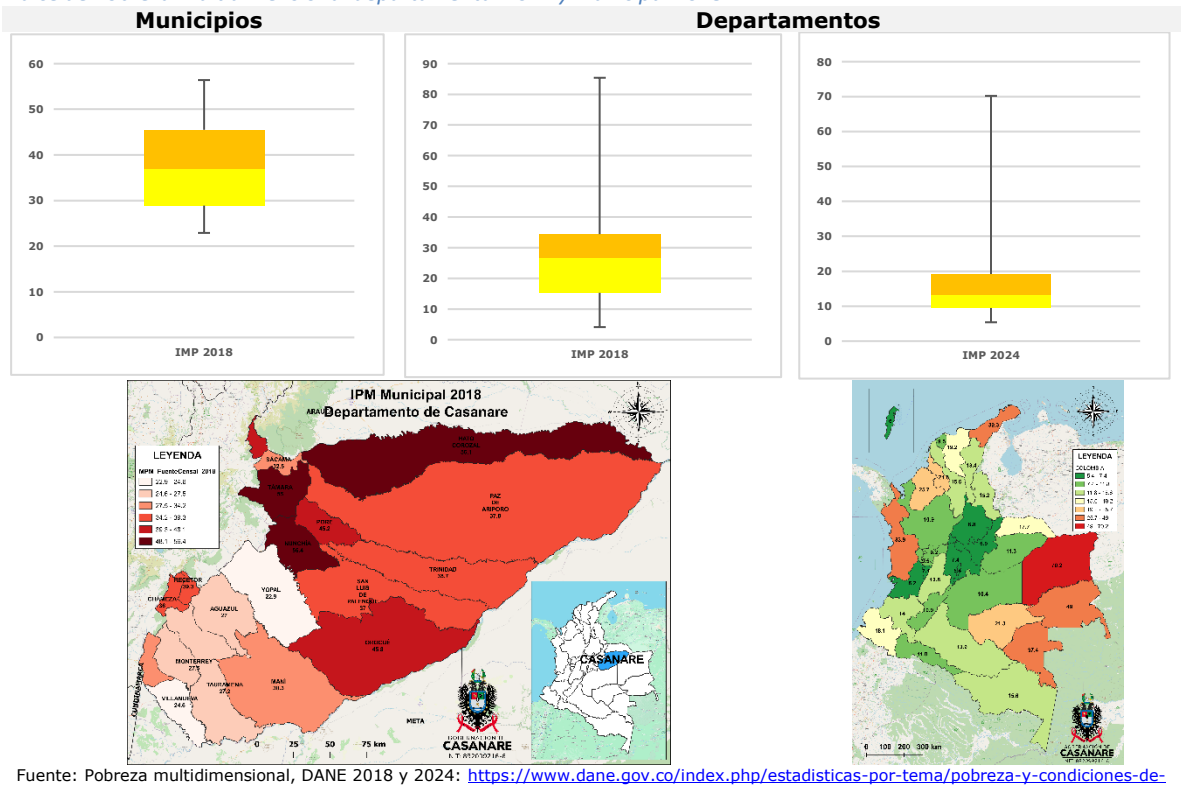
Las variables medidas "Trabajo informal", "Bajo logro educativo" y "Rezago escolar" presentan las cifras más altas con valores de 70,7%, 38,3% y 22,0%, respectivamente; en general, se observa una reducción porcentual en las quince variables respecto del año anterior, excepto en "Barreras de acceso a servicios de salud" que presenta una variación positiva de 1.1 pp. A nivel geográfico, persisten las mismas variables con mayores cifras; sin embargo, para el área rural la variable "Sin acceso a fuente de agua mejorada" presenta una cifra de 33,7% ubicándose en la tercera posición. Las brechas evidencias son dramáticas, mientras que el trabajo informal en el área rural presenta un valor de 89,5% en el área urbana tiene una cifra de 65,5% (DANE, 2025d).

La región de la Orinoquía – Amazonía presenta la proporción más alta de privaciones entre las personas en situación de pobreza multidimensional con 42,7%, comparado con las otras regiones (con una variación del 1,6 p.p, respecto del año anterior). Según contribución de cada dimensión a la incidencia ajustada, nivel nacional la dimensión de Educación es la que tiene mayor contribución a la incidencia ajustada con un 35,9%, seguido por el Trabajo con el 30%. Por área geográfica se presenta el mismo patrón, para el área geográfica se destaca la dimensión Vivienda es la tercera cifra en orden de magnitud contribuyendo con el 16,9% (DANE, 2025d).

Por departamento se presentan cifras muy heterogéneas que distan mucho del valor nacional, es el caso de los departamentos de Vichada, Guainía, La Guajira y Chocó con valores de 70,2%, 49%, 39,3%, 37,4% y 33,9%, en su orden; comparado con cifras del 2018, se observa una reducción en el índice por debajo del 20%, sin embargo, se sigue presentando valores muy altos como los antes señalados. El departamento presenta una cifra de 11,3% con una variación negativa de 3.7 pp respecto el año anterior. Por área geográfica presentan una brecha de 8 pp para el área rural. Según el censo poblacional del 2018, los municipios con mayor incidencia son Nunchía, Hato Corozal y Támara con cifras de 56,4%, 56,1% y 55%, respectivamente (DANE, 2022, 2025d).

Figura 8.

Índice de Pobreza Multidimensional departamental 2024 y municipal 2018

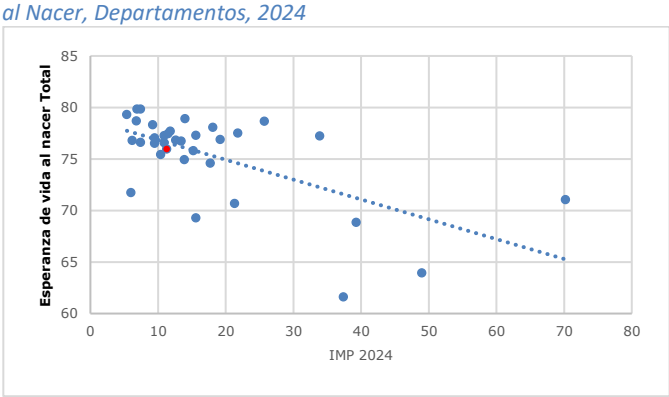


Fuente: Pobreza multidimensional, DANE 2018 y 2024: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional

Al comparar las cifras del IPM 2024 respecto a la esperanza de vida al nacer a nivel departamental, se evidencia una relación inversamente proporcional, es decir, a menor proporción de incidencia del IPM mayor esperanza de vida. Entre estas dos variables se estima una correlación moderada con un coeficiente de -0.63, con un aumento para las mujeres con el -0.66. El departamento se agrupa con la mayoría de los departamentos, con valores extremos como Vichada, La Guajira, Vaupés y Chocó.

Figura 9.

IPM vs Esperanza de Vida al Nacer, Departamentos, 2024

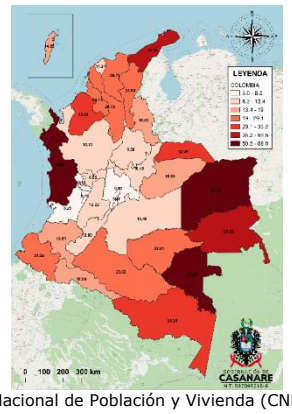


Fuente: Elaboración propia a partir de principales indicadores cambio demográfico e Índice de Pobreza Multidimensional 2024, DANE

Según el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) estimado para 2018, el 14,28% de la población en el país presentaban alguna de las siguientes privaciones: vivienda inadecuada, con hacinamiento crítico, con servicios inadecuados, con alta dependencia económica y con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Se sigue evidenciando que los departamentos con mayores privaciones son Vapués, Vichada, Chocó y La Guajira. El departamento de Casanare se ubica por debajo a la media con un valor de 16,08%; el componente con mayor proporción es el de servicios con el 39,82%, seguido por el de vivienda con el 32,85%. A nivel geográfico persisten las brechas con 15.75 pp por encima para el área rural.

Mapa 12.

Necesidades Básicas Insatisfechas, Colombia, 2018



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018, DANE.

2.1.3.1 Oferta institucional

2.1.3.1.1 Coberturas de educación

De acuerdo con los datos más actualizados en el departamento, para el año 2018 el 95.04% de la población era alfabeto, es decir, que tienen un conocimiento básico en lectura y escritura; con los mayores de 15 años este indicador disminuye a 93.91%. Los municipios con mayores porcentajes de analfabetismo son Nunchía, La Salina, Chámeza, Orocué y Támara con 10,16%, 8,64%, 8,24%, 8,22% y 7,84%, respectivamente (DANE, 2022).

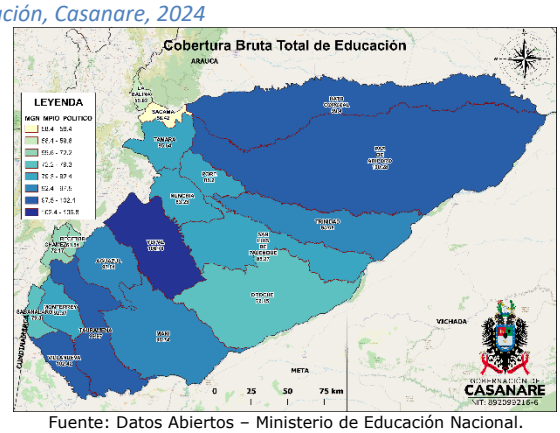
Según información oficial, la tasa de cobertura neta de educación en el departamento ha venido disminuyendo con una reducción de 9.87 pp desde 2014 a 2022, con mayor afectación en educación primaria y educación básica. A nivel de sexo, las coberturas netas de educación básica y total han disminuido para el mismo período con una brecha para el 2022 de 1.58 pp a favor de las mujeres con un valor de 94,18% (Departamento Nacional de Planeación, 2025).

Para el 2024 los municipios con menores coberturas brutas en educación fueron Sácama, La Salina, Recetor, Chámeza y Orocué con valores de 58,42%,

59.63%, 61,54%, 72,17% y 76,15%, respectivamente. Desde el 2019 hasta 2024 se registró un franco descenso en las coberturas brutas de educación en el departamento con 6.83 pp; los municipios con mayor variación son La Salina, Sabanalarga, Nunchía, Hato Corozal, Támara y Trinidad con cifras negativas de 37,22 pp, 23,25 pp, 22,84 pp, 21,58 pp, 19,24 pp y 13,55 pp. (Ministerio de Educación, 2024).

Mapa 13.

Cobertura Bruta Total de Educación, Casanare, 2024



Fuente: Datos Abiertos – Ministerio de Educación Nacional.

La Tasa de deserción intra-anual y la Tasa de repitencia del sector oficial muestran un comportamiento inverso, mientras para el primer indicador el comportamiento es a la baja en el segundo indicador se evidencia un aumento desde el 2019. A nivel departamental desde el 2019 se ha registrado aumento de la deserción con pasando del 3,01% a 3,77% para 2024. Los municipios con mayores tasas de deserción son Maní, Sácama, Orocué y Támara (Departamento Nacional de Planeación, 2025; Ministerio de Educación, 2024).

Según la ECV para 2024 para el departamento el 78% de las personas de 6 a 21 años reportan asistencia escolar; en edades de 6 a 10 años el valor haciende hasta el 94,3%, y se mantiene para las edades de 11 a 14 años con el 94,9%. No obstante, para edades posteriores el reporte disminuye de forma paulatina hasta llegar a un 38,3% para edades entre 17 a 21 años. El nivel educativo alcanzado con mayor proporción fue básica primaria con el 32,4%, seguido por básica secundaria con el 24,7%. El grupo de 25 a 34 años son los que más promedio de años de educación tienen con 10,8 años (DANE, 2025a).

En general, de acuerdo con estadísticas oficiales, las coberturas educativas han venido disminuyendo a excepción del nivel de transición que se ha mantenido. Pese a que el porcentaje de analfabetismo ha disminuido 3.4 pp desde 2018, se observa que las coberturas brutas y netas presentan un comportamiento heterogéneo durante el período analizado; además, indicadores como la tasa de crecimiento anual de matrícula, la tasa de deserción y la

población por fuera del sistema ha aumentado. Finalmente, las tasas de repitencia y eficiencia se han mantenido estables.

Tabla 1.

Semaforización de coberturas de educación, período 2011-2023

Causa de muerte	Colombia 2023	Dpto 2023	Comportamiento													
			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje de hogares con analfabetismo de 15 años y más	7.50	6.10	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	103.40	104.27	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	104.06	108.22	↘	↘	-	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	92.00	86.85	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa Total	100.69	101.56	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘

Fuente: Índice de Pobreza Multidimensional – DANE & Estadísticas oficiales de EPBM – Ministerio de Educación Nacional.

2.1.3.1.2 Coberturas de servicios públicos

Según la EVC para el 2024 los hogares del departamento reportaban acceso a servicios de energía en un 98,3%, gas natural en 85,7%, acueducto en 84,7%, alcantarillado en 70,3% y recolección de basura en 80,7%. Sin embargo, se evidencia brechas considerables entre las cabeceras municipales y los centros poblados y rural disperso; especialmente, en los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y recolección de basura con diferencias negativas de 55.2 pp, 78.1 pp y 75.4 pp (DANE, 2025a).

De acuerdo con Territdata, históricamente las coberturas de servicios públicos no han tenido una mejora substancial. Incluso las coberturas de acueducto, alcantarillado y energía eléctrica han disminuido a nivel general con un 18.66 pp, 21.98 pp y 20.5 pp, en su orden, desde 2008 a 2022. Las coberturas de gas e internet reflejan las mismas brechas de desigualdad entre el área rural y urbana con una diferencia de 44.81pp y 29.86 pp, respectivamente. Para el 2018 el 25,46% de las viviendas tenían servicio de internet en el departamento. En cuanto a la cobertura de aseo para el 202 sólo 46,7% de los hogares tenían el servicio; en el área urbana y rural las cifras eran de 87,2% y 7,8%, respectivamente (Departamento Nacional de Planeación, 2025).

Según el DANE, para el 2023 entre el 73,6% y 83,7% de la población en el departamento usó internet en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo, especialmente usando teléfonos inteligentes con el 87,0%. Por otro lado, se destaca que entre el 41,4% y 48,7% de los hogares posee conexión a internet. El uso de internet principalmente se destina para actividades de redes sociales (81,9%), obtener información (54%), correo y mensajería (41.3%), y para televisión, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento (34,6%).

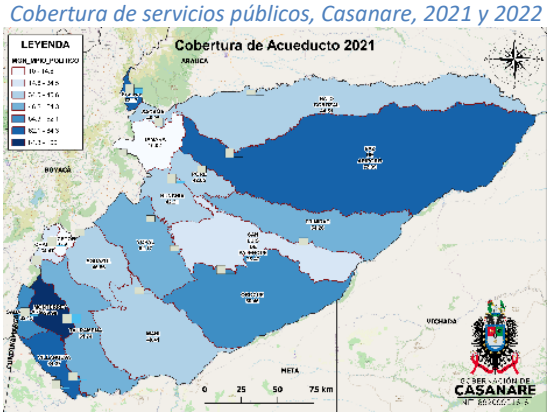
En general, el 75.2% de la población usa el internet todos los días de la semana; los hogares que no tienen conexión a internet señalan que es muy costoso (42%) o no lo considera necesario (38.2%) (DANE, 2023a).

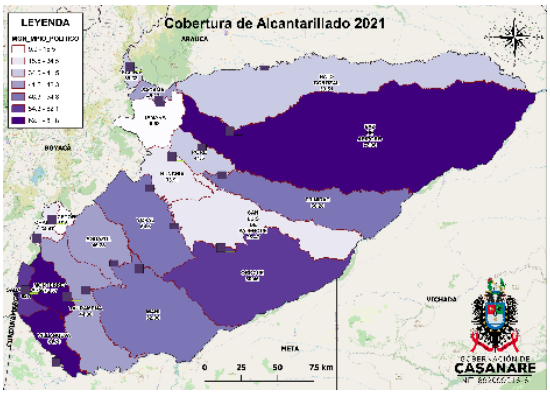
Los municipios con las coberturas más bajas de servicios públicos (alcantarillado, acueducto, aseo) en orden de magnitud son Támara, Recetor, San Luis de Palenque y Chámeza, los cuales no superan el umbral del 35% para el año 2021. Para el servicio de energía eléctrica se presentan mayores coberturas, sin embargo, las coberturas más bajas están debajo del 61% en los mismos municipios incluyendo a La Salina. A nivel geográfico persisten las brechas inalcanzables entre el área urbana y área rural para este tipo de servicios de saneamiento básico (Departamento Nacional de Planeación, 2025).

Por déficit habitacional[7], el departamento reporta que el 34,4% de los hogares tienen déficit. Los resultados muestran que Vichada es el departamento con la mayor proporción de hogares en déficit habitacional (94,5%), seguido por San Andrés (90,9%) y Guainía (90,8%). Según ECV de 2024, en promedio hay 165.000 unidades de viviendas en el departamento; de las cuales el 75,15% (n=124.000) situadas en área urbana y el 24,84% (n=41.000) en área rural. En promedio hay 1.0 hogar por vivienda y 2.7 personas por hogar. El 27,4% de los hogares se conforman por una persona y el 22,4% por dos personas (DANE, 2021, 2024a).

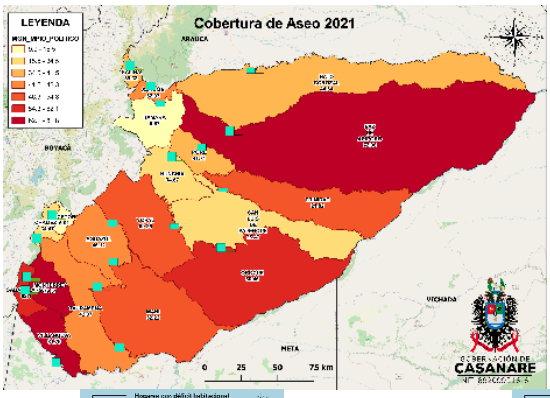
Mapa 14.

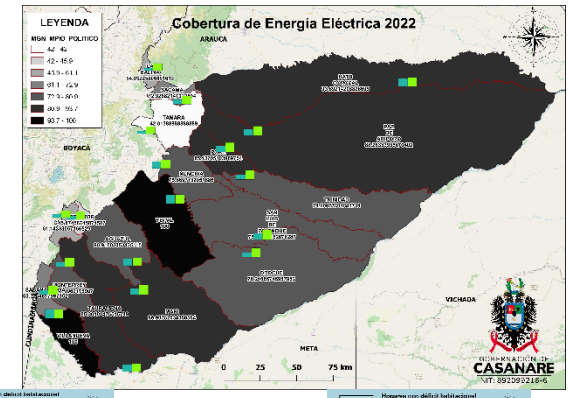
Cobertura de servicios públicos, Casanare, 2021 y 2022

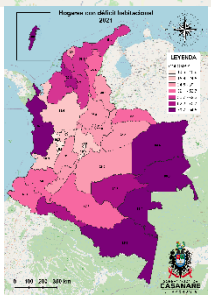


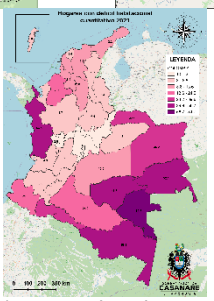


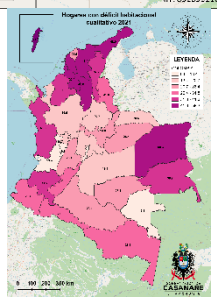
[7] Este compuesto por dos tipos o formas: el déficit cuantitativo y cualitativo. El déficit cuantitativo se identifica a los hogares que habitan en viviendas con deficiencias estructurales y de espacio, las cuales no se pueden mejorar para lograr salir de la condición; mientras que el déficit cualitativo identifica a los hogares que habitan en viviendas con deficiencias no estructurales y para las cuales e posible hacer mejoramientos o ajustes y lograr así las condiciones adecuadas de habitabilidad.











Fuente: Terridata – DNP (2022) & DANE (2021).

Entre los principales riesgos ambientales en el departamento se aprecia que en la ruralidad existe un difícil acceso al agua para consumo humano dado que no se cuenta con acueductos veredales ni plantas de tratamiento agua potable. Por otra parte, en el área urbana también se observa un saneamiento básico insatisfecho (principalmente en centros poblados y municipios) por intermitencia en el suministro de agua potable y escasa presencia de plantas de tratamiento de Aguas Residuales – PTAR, los cuales generan determinadores sociales para la proliferación de vectores, enfermedades diarreicas y respiratorias, entre otras, que contribuyen a la carga de enfermedad afectando directamente a las poblaciones más vulnerables.

Según el informe de diagnóstico de los sistemas de suministro de agua del área rural del departamento de Casanare de la Secretaría de Salud, detalla que la población del área rural en su mayoría solo tiene acceso a agua que no es apta para consumo humano; esta problemática se debe a que los sistemas de tratamiento de agua en su mayoría no está en funcionamiento por falta de mantenimiento, falta de seguimiento continuo a cada uno de los sistemas de suministros, laboratorios inexistentes o sin dotación básica para realizar los análisis de control de calidad.

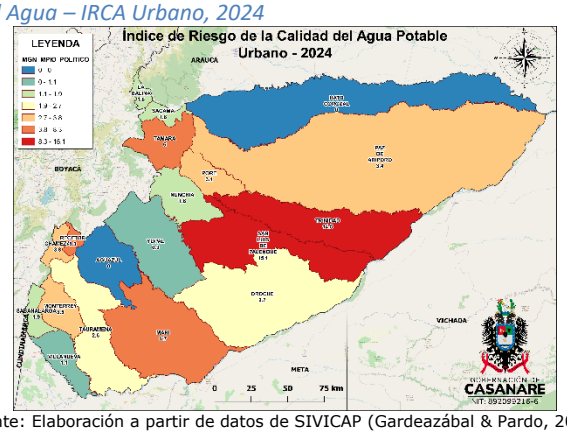
De acuerdo con el boletín de diciembre 2024 del SIVICAP, el departamento reportó un Índice del Riesgo de la Calidad del Agua – IRCA sin riesgo para el área urbana con 3,1 (0 – 5) y riesgo medio para el área rural con 20,7. En los últimos años el comportamiento del indicador ha ido a la baja pasando de 32,72

para 2010 (Riesgo medio) a 4,8 preliminar (Sin Riesgo) para 2025 (Instituto Nacional de Salud, 2024, 2025; Ministerio de de Salud y Protección Social, 2025).

Para el período 2020 a 2024 se observa que los municipios de Chámeza, Maní, Recetor, La Salina, Orocué, San Luis de Palenque, Trinidad y Támara persisten entre niveles de riesgo medio y bajo en el área urbana. Con respecto al área rural muy pocos municipios presentan reportes para el 2024, no obstante, nueve (9) municipios presentan riesgo en la calidad del agua para 2023 siendo el de peor condición Támara con un valor de 18,9 (Gardeazábal & Pardo, 2024; Gardeazábal & Rojas, 2023).

Mapa 15.

Índice del Riesgo de Calidad del Agua – IRCA Urbano, 2024



Fuente: Elaboración a partir de datos de SIVICAP (Gardeazábal & Pardo, 2024).

Existe una brecha dramática con respecto a la cobertura en la oferta de servicios públicos domiciliarios entre las cabeceras y el área rural en el departamento; además se evidencia diferencias en la eficiencia en la prestación y disponibilidad continua de los servicios. A nivel general, los indicadores del departamento se encuentran por debajo del nivel promedio nacional. Aspectos como adecuado funcionamiento de acueducto, alcantarillado, calidad del agua para consumo humano y eliminación de residuos sólidos y líquidos, constituyen factores ambientales que es necesario modificar para alcanzar buenos resultados en salud.

Tabla 2.

Determinantes intermedios de la salud – ambientales

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Casanare
Cobertura de servicios de electricidad	98.9	98.30
Cobertura de acueducto	90.1	84.70
Cobertura de alcantarillado	76.2	70.30
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	6.1	3.10
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	8.8	8.10
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	9.1	8.50
Determinantes intermediarios de la salud	**Cabecera**	**Resto**
Cobertura de servicios de electricidad	99.7	93.90
Cobertura de acueducto	98.5	43.30
Cobertura de alcantarillado	89.7	11.60

Fuente: (DANE, 2025a, 2025d).

2.1.3.2 Derecho humano a la alimentación

Se define la seguridad alimentaria y nutricional como "*la disponibilidad suficiente y estable de los suministros de alimentos a nivel local (sic), el acceso oportuno y permanente por parte de todas las personas a los alimentos que se precisan, en cantidad y calidad, el adecuado consumo y utilización biológica de los mismos, para lo cual es indispensable el acceso a los servicios básicos de saneamiento y de atención de salud, y más que todo, la decisión política de los gobiernos para lograrla*" (ICBF et al., 2015).

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO), la inseguridad alimentaria mundial se mantuvo sin cambios por segundo año consecutivo, alrededor del 29,6 % de la población mundial (2 400 millones de personas) sufría inseguridad alimentaria moderada o grave en 2022. Lo que representa un aumento del 31% desde 2015 cuando se puso en marcha la Agenda 2030 (Rodríguez de España et al., 2023).

De acuerdo con informe de evaluación de seguridad alimentaria para la población colombiana, el 25% de la población colombiana está en situación de inseguridad alimentaria. En las zonas rurales el 31% de los hogares están en una situación de inseguridad alimentaria, mientras en las zonas urbanas este porcentaje es del 24%, no obstante, es en las ciudades donde se concentra el mayor número de población en inseguridad alimentaria. En cuestiones de género, los hogares con jefatura femenina presentan un porcentaje más elevado de inseguridad alimentaria (29%) en comparación con los hogares liderados por hombres (22%) (WFP, 2024).

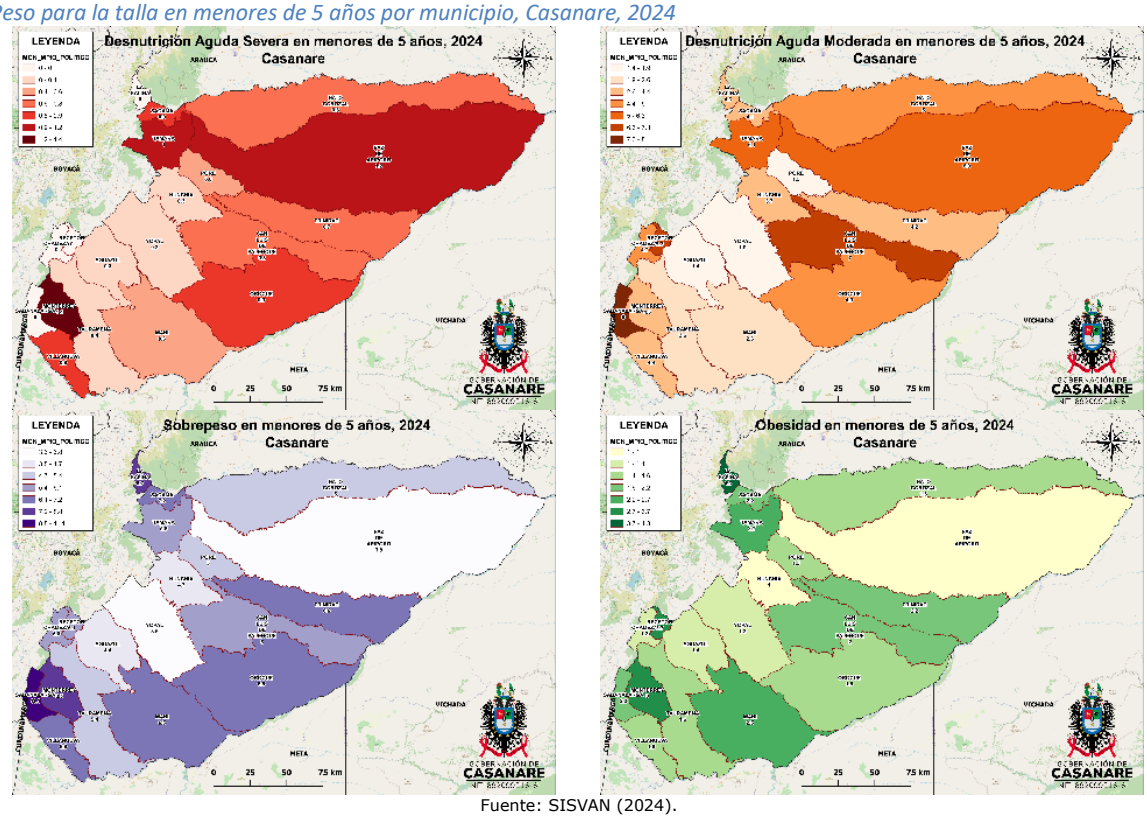
La Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES) para 2024 revela que en Casanare la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave se encuentra en 34,4%, incrementando 1.6 pp respecto del año 2023. Por otro lado, la prevalencia de la inseguridad alimentaria grave en los hogares registra una prevalencia de 6,2% con un aumento de 0.6 pp para el mismo año, en ambos casos supera el promedio nacional. Para ese mismo año el 55,5% de los hogares del departamento experimentaron preocupación por no tener suficientes alimentos para comer, con mayor proporción en el área urbana con 56,6%; asimismo, el 47,2% manifiesta no poder comer alimentos saludables y nutritivos (DANE, 2024a, 2025f).

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN del departamento, los indicadores de clasificación nutricional, el peso para la talla en menores de 5 años presentó un aumento en la prevalencia de desnutrición

aguda de 0.1 pp, pasando de 2.0 en 2023 a 2.6 para 2024. El área rural continúa siendo la más afectada y los municipios con los mayores porcentajes de desnutrición aguda moderada y severa fueron: Monterrey, Paz de Ariporo, Támara, Sácama y Villanueva. El indicador de Talla para la edad continúa mostrando que aproximadamente 8 de cada 100 niños presentan retraso en la talla, similar comportamiento del año anterior (Torres, 2023, 2024).

Mapa 16.

Peso para la talla en menores de 5 años por municipio, Casanare, 2024



Fuente: SISVAN (2024).

Según la ECV del 2024, para Casanare en las edades de 6 a 11 años (8,2%) y de 12 a 17 años (11,7%) consume una vez al día alimentos de paquete, con una leve mejoría respecto al año anterior y por debajo del valor nacional (DANE, 2025a). Resultados concordantes respecto al incremento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso en grupos poblacionales en edad adulta se observa para 2024; según el informe de Situación nutricional del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN, la población entre 18 a 64 años ha presentado un incremento en el sobrepeso de 1,0 pp y en obesidad de 3.3 pp desde 2017. Sin embargo, para la población entre 5 a 18 años se observa una disminución en el sobrepeso pero un aumento en obesidad para el mismo periodo (Torres, 2017, 2024).

Tabla 3.

Determinantes intermedios de la salud – Seguridad alimentaria y nutricional, Casanare, 2015-2024

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia 2024	Casanare 2024	Comportamiento 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Persistencia
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	11.24	7.26	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘		60.00
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término	5.17	2.66	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘		40.00
Desnutrición aguda en menores de 5 años	0.66	2.60	↘	↘	↘	↗	↘	↗	-	↘	↘	↘		20.00
Sobrepeso en menor de 5 años	0	4.90	↘	↗	-	↘	↗	-	↘	↗	↘	↘		30.00
Obesidad en menor de 5 años	0	1.60	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘		40.00
Sobrepeso de 5 a 18 años	0	13.30	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘		60.00
Obesidad de 5 a 18 años	0	6.30	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘		40.00
Sobrepeso en Gestantes	0	34.60	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘		60.00
Obesidad en Gestantes	0	20.70	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘		60.00
Sobrepeso en adultos de 18 a 64 años	0	37.90	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘		60.00
Obesidad en adultos de 18 a 64 años	0	24.80	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘		50.00

Fuente: Informe SISVAN e Informes de Eventos de Interés en Salud Pública, Secretaría de salud de Casanare & Bodega SISPRO – Ministerio de Salud y Protección Social, Evento 113 Sivigila - INS.

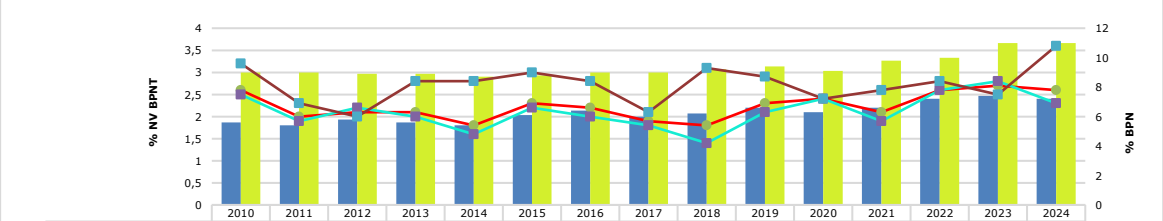
2.1.3.2.1 Bajo Peso al Nacer a término

En el departamento el porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer (BPN)[8] viene en aumento paulatino con una variación positiva de 1.8% para el período de 2010-2023. Para el año 2024 se obtuvo una proporción de nacidos vivos con BPN de 7.26, 0.2 pp menos respecto del año anterior. Se destaca que el departamento se encuentra por debajo de las cifras presentados a nivel país.

Por otro lado, la prevalencia de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT) fue mayor en el área rural dispersa mostrando una disparidad territorial, con un comportamiento oscilante con cifras similares a las de la nación en BPN. Para el año 2024 el departamento registró una cifra de 2,6 nacidos vivos con BPNT, con una variación negativa de 0.5 pp respecto al año anterior. En general, comparado con el nivel nacional, el departamento se encuentra por debajo de la proporción de nacidos vivos con BPN (11,2) y BPNT (5,1) en la serie de tiempo analizado.

Figura 10.

Comportamiento de Bajo Peso al Nacer y Bajo Peso al Nacer a término, Casanare, 2010-2024



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NV BPN Casanare	5,6	5,4	5,8	5,6	5,4	6,1	6,4	6	6,2	6,6	6,3	6,6	7,2	7,4	7,2
NV BPN Colombia	9	9	8,9	8,9	8,7	8,8	9	9	9,2	9,4	9,1	9,8	10	11	11
BPNT Total 85	2,6	2	2,1	2,1	1,8	2,3	2,2	1,9	1,8	2,3	2,4	2,1	2,6	2,7	2,6
BPNT Urbano	2,5	1,9	2,2	2	1,6	2,2	2	1,8	1,4	2,1	2,4	1,9	2,6	2,8	2,3
BPNT Rural	3,2	2,3	2	2,8	2,8	3	2,8	2,1	3,1	2,9	2,4	2,6	2,8	2,5	3,6

Fuente: Cubo Indicadores – SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social.

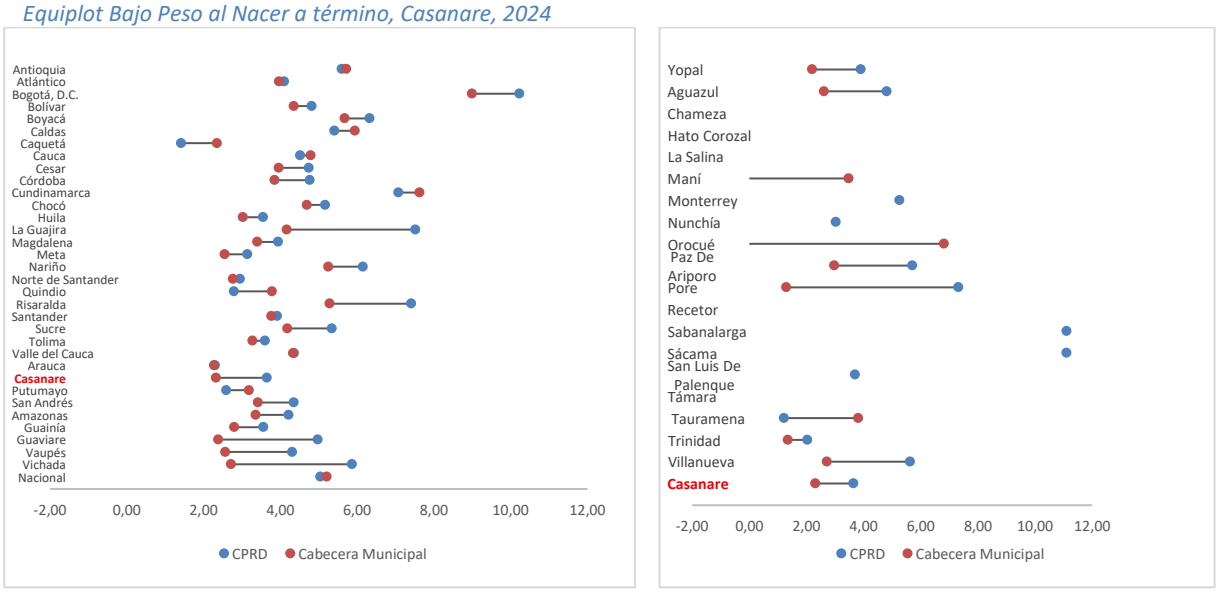
[8] La OMS establece bajo peso al nacer (BPN) cuando un recién nacido presenta un peso inferior a 2500 gr (Vásquez, 2022).

Estos datos muestran brechas importantes a nivel geográfico que refleja circunstancias carenciales específicas durante el embarazo que en su mayoría son susceptibles de prevención como lo es el acceso oportuno a controles prenatales de calidad, la complementación y suplementación nutricional materna y neonatal, y la atención institucional de partos. Estas inequidades en salud, asociados a condiciones de pobreza y desigualdad social en centros poblados y áreas rurales dispersas, favorecen la ocurrencia de estos nacimientos y que exista mayor riesgo de morbilidad y mortalidad de la gestante (Vásquez, 2022).

Departamentos como La Guajira, Risaralda, Guaviare, Vaupés y Vichada presentan disparidades muy grandes entre áreas geográficas; por otro lado, la relación se invierte en los departamentos de Caquetá, Quindío y Putumayo en donde los valores más pequeños los tiene la ruralidad. En Casanare, los municipios como Pore, Paz de Ariporo y Villanueva presentan diferencias importantes; mientras que en Tauramena se invierte la relación; en otros municipios se reporta casos sólo en el área rural.

Figura 11.

Equiplot Bajo Peso al Nacer a término, Casanare, 2024



Fuente: Cubo Indicadores – SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.4 Dinámicas de convivencia en el territorio

2.1.4.1 Lesiones no fatales

Las lesiones por eventos de transporte en el departamento es una problemática de interés en salud pública. Según el Observatorio de Seguridad Vial para el año 2024, los principales afectados son personas en edades entre 20 a 45 años (54,6%), usuarios de moto (71,8%) y en mayor medida a hombres (61,34%).

Comparado con el año anterior hubo una reducción del 15,97% de lesionados (Agencia Nacional de Seguridad Vial, 2025). La tasa de lesiones por eventos de transporte por 100.000 habitantes para 2023 fue de 124.42, muy superior al promedio nacional (63.43); los municipios de Maní, Monterrey y Aguazul son los que presentan mayores lesiones. El 59,10% (344/582) de los casos con ocurrencia en el departamento están en edades de 20 a 44 años (Forensis, 2023).

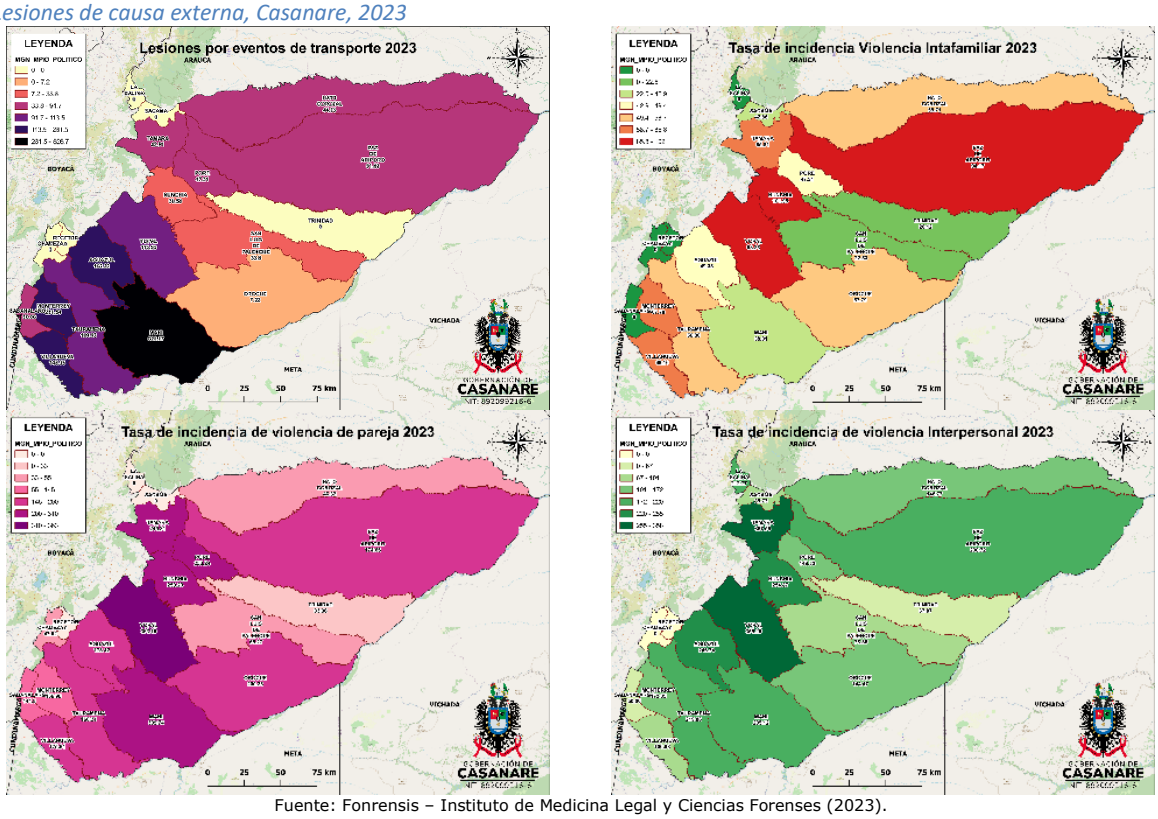
El comportamiento de la violencia de pareja también es de gran magnitud en el departamento con una tasa para 2023 de 248,20 por 100.000 habitantes, con una variación positiva de 39.07 pp y superando la cifra nacional (100,70). Los municipios con mayores tasas son Yopal, Maní, Nunchía, Pore y Támara. El presunto con frecuencia suele ser compañero (a) permanente y/o excompañero (a) permanente y se concentra este tipo de comportamientos más en hombres (Forensis, 2023).

Por otro lado, las lesiones no fatales por Violencia Intrafamiliar (VIF) también es alta en el departamento con un valor de 75,46 comparado con el país con una tasa de 45,06 por 100.000 habitantes; respecto al año anterior tuvo un aumento de 10.89 pp. Los municipios con mayores tasas se encuentra Nunchía, Paz de Ariporo, Yopal y Támara. La violencia contra niños, niñas y adolescentes es el tipo de violencia que mayores tasas registra para el cálculo del indicador general (Forensis, 2023).

Las lesiones no fatales por violencia interpersonal también es otra causa importante de notificación en el departamento con una tasa de 248,20 por 100.000 habitantes, con una disminución de 1.81 pp; los municipios de Yopal, Támara, Nunchía y Aguazul son los de mayores tasas. Según nivel de escolaridad, el 36,4% de las personas implicadas tienen educación media o secundaria alta, y el 48,5% de los casos se encuentran en el rango de edad de 29 a 59 años (Forensis, 2023).

Mapa 17.

Lesiones de causa externa, Casanare, 2023



Fuente: Fonrensis – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023).

2.1.4.2 Lesiones fatales

El departamento aporta el 1,17% (n=345/29.695) de los casos de lesiones fatales en el país para el año 2023. El 54,17% de los casos corresponden a eventos de transporte terrestre, seguido por violenta-accidental con el 14,58%. Por grupo de edad el 51% de los casos se presentan en las edades entre 29 a 59 años (Adultez) y 79,7% son de sexo masculino (Forensis, 2023).

Durante el año 2023 en presuntos homicidios el departamento tiene una tasa de 55,45 por 100.000 habitantes, con una variación negativa de 28.48 pp, y muy por encima del promedio nacional con un valor de 27,31. El municipio de Villanueva, Maní y Monterrey tienen las tasas más altas por 100.000 habitantes. El mecanismo causal más frecuente es proyectil de arma de fuego en el 76,24% de los casos (Forensis, 2023).

En cuanto a muertos por eventos de transporte el departamento tuvo una tasa superior al promedio nacional con un valor de 38,91 casos por 100.000 habitantes respecto a 16,43, lo que representa el 2,12% de los casos de la nación (n=182) y el 58,8% (n=107) están en edades de 20 a 44 años. De

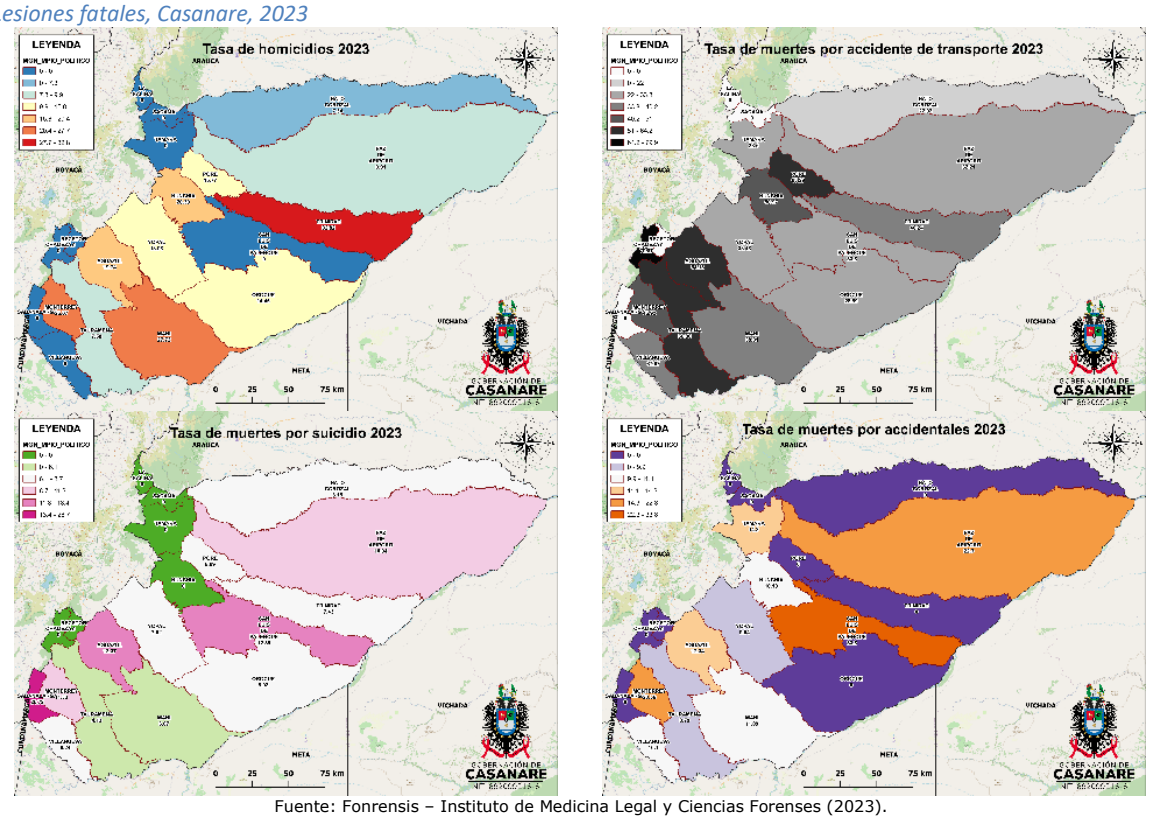
acuerdo con la circunstancia del hecho el 13,54% corresponden a exceso de velocidad, seguido por desobedecer señales de tránsito con el 10,03% (Forensis, 2023).

En el transcurso del año se reportaron 36 suicidios que representan el 1,12% de los casos en el país. Los municipios de Sabanalarga, Aguazul y San Luis de Palenque presentaron las mayores tasas. Los grupos de edad con mayor representatividad son los de 20 a 29 años y 50 a 54 años aportando el 25% y 16,6%, respectivamente. Dentro de las principales razones de suicidio se encuentra la enfermedad mental con 15,8%, seguido por conflicto con pareja o ex pareja con 8,6% y desamor con 6,3% (Forensis, 2023).

Por otro lado, las muertes accidentales son otro tipo de muerte violenta que aporta en la estadística del departamento siendo superior al promedio nacional con una tasa de 10,48 casos por 100.000 habitantes respecto de 7,42. De acuerdo con la circunstancia del hecho, el 16,83% (Forensis, 2023).

Mapa 18.

Lesiones fatales, Casanare, 2023



Fuente: Fonrensis – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023).

En general, la mayoría de los indicadores tienen una tendencia al aumento a excepción de los eventos por violencia interpersonal, accidente de transporte y homicidios. No obstante. En ocho de doce indicadores el valor es

significativamente más alto comparado con la nación, sólo en homicidios y violencia entre otros familiares es significativamente baja.

Tabla 4.

Determinantes intermedios de la salud – factores psicológicos y culturales, Casanare, 2015-2023

Determinantes intermedios de la salud	Colombia 2023	Casanare 2023	Comportamiento 2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Pesistencia
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 hab.	57.0	122.90	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗		57.1
Tasa de incidencia de violencia entre otros familiares por 100.000 hab.	40.89	54.95	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘		28.6
Tasa de incidencia de violencia contra el adulto mayor por 100.000 hab.	39.89	53.25	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗		57.1
Tasa de incidencia de violencia de pareja por 100.000 hab.	100.7	248.20	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		71.4
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	45.06	75.46	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗		57.1
Tasa de violencia interpersonal por 100.000 hab.	177.77	248.20	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘		42.9
Tasa de lesiones por eventos de transporte por 100.000 hab.	63.43	124.42	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘		42.9
Tasa por presunto delito sexual por 100.000 hab.	46.63	108.39	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗		71.4
Tasa de homicidios por 100.000 hab.	27.31	14.75	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘		42.9
Tasa de suicidios por 100.000 hab.	6.59	8.38	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗		85.7
Tasa de muertes en accidente de transporte por 100.000 hab.	16.43	38.91	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗		71.4
Tasa Muertes accidentales por 100.000 hab.	7.42	10.48	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗		71.4

Fuente: Fonrensis – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023).

2.2 Conclusiones Capítulo II

El departamento ha presentado una recuperación en la producción en términos de PIB gracias a la reactivación económica luego de la pandemia por Covid-19 durante los años 2020 y 2021. Sin embargo, su crecimiento ha sido lento, soportado en actividades como la agricultura y ganadería, seguido por la administración pública y defensa y comercio al por mayor y por menor; con menor dependencia cada vez del sector de hidrocarburos pese a que sigue siendo una actividad con gran participación en el agregado económico. A nivel urbano se presenta un incremento en actividades como el comercio al por mayor y al por menor, actividades artísticas, de entretenimiento y recreación como fuente principal de empleo, en su mayoría informal.

Las condiciones de desigualdad presentes en el territorio están relacionadas con factores como la inequitativa distribución en la tenencia de la tierra y su uso ineficiente, que se configura como consecuencia de fenómenos históricos como el conflicto armado, desplazamiento forzado, el despojo de tierras y concentración excesiva de tierras por el primer decil de población con mayor riqueza en el departamento. En este contexto, los propietarios de predios rurales productivos se concentran en los hombres; dejando la mayor participación de las mujeres en la tenencia de predios pequeños (microfundios).

A nivel de condiciones socioeconómicas y demográficas se presentan gradientes de desigualdad importantes, principalmente en población de ingresos bajos, con mayores brechas en residentes de centros poblados y rural disperso en comparación con las personas de las cabeceras municipales que acceden con mayor facilidad a bienes y servicios esenciales. Factores determinadores (intermedios) de la salud como el empleo formal, acceso a servicio públicos domiciliarios (agua potable y saneamiento básico) y de salud, educación básica y media, transporte público terrestre, acceso a vías secundarias y terciarias, inciden directamente en las condiciones de salud y habitabilidad de las personas y sus entornos; configurando perfiles de vulnerabilidad (pobreza monetaria y multidimensional, necesidades básicas insatisfechas) que aumentan los riesgos de presentar eventos o situaciones de salud de interés en salud pública.

En términos de acceso a derechos básicos como educación y salud se observa una buena cobertura de afiliación y acceso. No obstante, la materialización del goce efectivo de sus derechos presenta barreras estructurales de tipo administrativo, socioeconómicas y geográficas que se reproducen en el territorio y son consecuencia de la crisis de sostenibilidad del sistema a nivel nacional durante las últimas décadas. A pesar de que se ha venido mejorando en los indicadores socioeconómicos, se presenta un grado de concentración importante de peores condiciones de vida en la población más pobre y en los territorios periféricos (zonas periurbanas y municipios de predominancia rural) que generan un impacto negativo en la morbilidad y mortalidad de población. Estas condiciones sociales injustas son aún más profundas cuando se observa a nivel étnico, geográfico y de género.

Las condiciones de vida de las familias, la soberanía y seguridad alimentaria, la cobertura y disponibilidad de servicios públicos domiciliarios son aspectos claves que determinan el estado de salud-enfermedad de la población. Casanare, aunque no se encuentra en los primeros lugares en cuanto a incidencias y prevalencias de enfermedades relacionadas, se posiciona con valores importantes casi, con frecuencia por encima del promedio nacional. Otros factores como la calidad del agua para consumo humano, factores conductuales, psicológicos y culturales que determinan prácticas de riesgo para la salud colectiva (e.g. consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, malos hábitos e inseguridad alimentarios), cobran gran relevancia en poblaciones vulnerables.

Finalmente, las violencias cobran gran relevancia en nuestro contexto social en el que se observa una tendencia al aumento progresivo de lesiones no fatales

como las violencias interpersonales e intrafamiliares (p.ej. violencia de pareja, género, NNA y adultos mayores) y lesiones fatales, principalmente por eventos de transporte terrestre en hombres motociclistas, superando significativamente los valores del nivel nacional. Aunque el departamento no contribuye en gran medida al agregado nacional, estos eventos cobran relevancia en contextos territoriales específicos (grandes centros urbanos del departamento) que requiere de una intervención intersectorial urgente que adolece de una gobernanza en pro de la salud.

Gobernación de Casanare
NIT: 892099216-6

Secretaría de Salud de Casanare

Colombia Potencia de la Vida

Salud



Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio socio

3 Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio

3.1 Análisis de la morbilidad

A partir de los Registro Individual de la Prestación de Servicios - RIPS, entre 2009 y 2025pr con datos preliminares, se prestaron 8.831.284 atenciones con un promedio anual de 519.487 atenciones. El mínimo de atenciones se registró en el año 2010 con 125.475 y el máximo de atención se ha reportado hasta la fecha en 2024 con 1.221.451 (representando el 17.9% de atenciones entre el periodo 2015-2024).

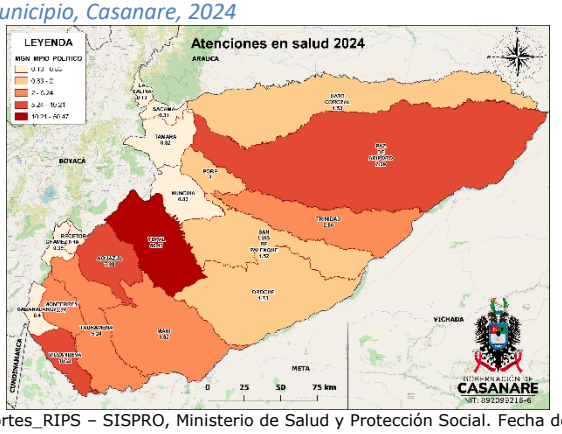
La tendencia al incremento paulatino de las atenciones se debe, en gran medida, al crecimiento de población adulta soportado en Enfermedades Crónicas No Transmisibles - ECNT; sin embargo, durante este período se destaca la disminución interanual de las atenciones de forma considerable para los años 2010, 2016, 2020 y 2023 que coinciden con el cese de grandes ciclos epidémicos por enfermedades transmisibles como el dengue (2009, 2019 y 2022), Chikungunya, Zika (2014 y 2015) y el Covid-19 (2020 y 2021).

El 58.46% (n=5.154.935) de las atenciones corresponden a consultas de mujeres y el 41.54% de las atenciones fueron a hombres (n=3.663.464), para una razón mujer: hombre de 1.41. El municipio de Yopal realiza el 50,47% de las atenciones lo que se explica por el conglomerado de la mayoría de los prestadores habilitados en el departamento.

Es de destacar que la variación interanual entre el 2023 y 2024 es del 55.99%, con mayor registro en Signos y síntomas mal definidos y Condiciones transmisibles y nutricionales con el 66.97% y 58.44%, respectivamente. Los municipios de Tauramena, Chámeza, Recetor, Sácama, Hato Corozal y La Salina son los que registran aumentos mayores al 80% respecto al año anterior. Este fenómeno que observamos en el departamento se explica, en gran medida, a la implementación de los Equipos Básicos Extramurales (EBS) articulado con la estrategia de APS que coordinan las ESE's en su jurisdicción, a las jornadas médico-quirúrgicas y al hospital itinerante que son estrategias que lidera la Entidad departamental para territorializar el modelo de atención en salud.

Mapa 19.

Proporción de atenciones por municipio, Casanare, 2024



Fuente: Cubo SGD_Reportes_RIPS – SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de consulta: 30/09/2025.

Se observa que la distribución de las causas generales de atención se ha mantenido estable a lo largo del tiempo. En primer lugar, predominan las atenciones por Enfermedades no transmisibles (65.13%), seguido por Signos y síntomas mal definidos (15.82%), Condiciones transmisibles y nutricionales (10.16%), Lesiones (6.59%), y en menor proporción por Condiciones transmisibles y nutricionales (2.30%). En 2024pr la clasificación sigue teniendo el mismo comportamiento con proporciones similares.

Que los Signos y síntomas mal definidos sea la segunda gran causa con mayor proporción de atenciones, y que su comportamiento sea al alza, denota, por un lado, limitaciones para la clasificación correcta de diagnósticos inespecíficos que afectan la calidad de los datos de salud y, de otra parte, el aumento de diagnósticos iniciales asociados a cuadros febriles y de dolor por infecciones incipientes con origen desconocido. Este último fenómeno se agudiza en diagnósticos iniciales que requieren el seguimiento de signos de alarma y se pierde contacto con el paciente una vez se ha dado su egreso, en la mayoría de los casos.

Para la primera infancia entre el 2009 y 2024pr fueron atendidos 731.661 niños y niñas menores de 5 años, aportando el 8.36% de las atenciones recibidas a toda la población y con una razón de 6,7 atenciones promedio por persona. La primera causa de consulta en este grupo de edad fue enfermedades no transmisibles con el 38.2% de las atenciones, seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales que demandaron (29%), y Signos y síntomas mal definidos (25.6%). Con respecto al año anterior las enfermedades no transmisibles tuvieron una disminución del 5.99% para ambos sexos, sin embargo, en las mujeres la disminución fue superior con el 7.17%. Se destaca que las Condiciones mal clasificadas registran una reducción del 5.48% respecto al año anterior.

Para el curso de infancia (6 a 11 años) se han atendido 586.099 personas, aportando el 6.59% de las atenciones recibidas con una razón de 4,63 atenciones promedio por persona. La primera causa de consulta en este grupo son las enfermedades no transmisibles las que recibieron mayores atenciones (58.98%), seguido por signos y síntomas mal definidos (17.28%), y Condiciones transmisibles y nutricionales (16.81%). Para el 2024 la primera causa de atención continúa siendo las enfermedades no transmisibles con una disminución de 5.96% respecto al año anterior. Para ambos sexos se observa la misma tendencia, sin embargo, para las mujeres las enfermedades no transmisibles reportan mayor disminución de esta gran causa.

En el mismo periodo se han atendido 979.405 adolescentes (12-17 años) aportando el 11.12%, con un promedio anual de 59.981 y una razón de 9.61 atenciones en promedio por persona. La primera causa de atención sigue siendo las enfermedades no transmisibles con el 59.83%, seguido por signos y síntomas mal definidos (19.64%) y Condiciones transmisibles y nutriciones (10.20%). Para el 2024 continua en primer lugar las Enfermedades no transmisibles con una variación negativa de 5.7 pp respecto al año anterior. En mujeres se presenta una disminución mayor de estas grandes causas con 7.84 pp.

Entre 2009 y 2023 se atendieron 1.480.342 jóvenes (18 a 28 años) aportando el 16.76% de las demandas de la población, con un promedio anual de 90.528 atenciones y una razón de 8.09 atenciones en promedio por persona. La primera causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con el 57.59%, seguido por los signos y síntomas mal definidos (17.83%). Para el año 2024pr se observa el mismo comportamiento, con una disminución respecto del año anterior en las grandes causas a excepción de las Condiciones maternas con un aumento de 1.07 pp. A nivel de sexo, el 64.98% de las atenciones son realizadas a mujeres con un aumento relativo de 4.92 pp respecto del año anterior.

Se han atendido 3.637.606 adultos (29 a 59 años) que representa el 41.19% de las demandas en salud del total de la población para el periodo observado, con un promedio anual de 221.477 atenciones y una razón de 14,84 atenciones en promedio por persona. La primera gran causa por atenciones son las enfermedades no transmisibles (69.27%), seguido por los signos y síntomas mal definidos (14.96%). Desde el 2015 las Enfermedades no transmisibles han mostrado una disminución relativa en atenciones, para el 2024pr se registra una variación negativa de 2.82 respecto del año anterior. Por el contrario, los Signos y síntomas mal definidos han venido al aumento pasando del 11.72% al 18.87% en atenciones para el 2015 a 2024. A nivel de sexo, el 61.88% de las atenciones

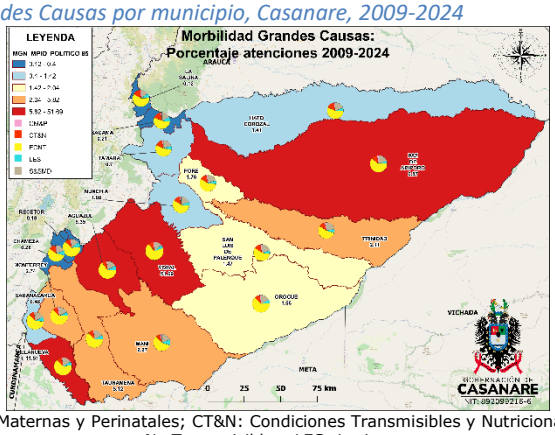
son realizadas a mujeres con un aumento relativo de 3.4 pp respecto del año anterior.

Finalmente, se atendieron 1.416.171 adultos mayores de 60 años y más con una media anual de 85.690 atenciones y una razón de 20,71 atenciones en promedio por personas, lo que representa el 16.04% del total de atenciones para el periodo analizado. La primera causa de atención son las enfermedades no transmisibles con el 80.52%, seguido por signos y síntomas mal definidos (11.02%). En general, las Enfermedades no transmisibles han disminuido desde 2015 con una variación de 4.11 pp. A nivel de sexo se equilibran la distribución de las atenciones con un 50.41% y 49.59% para mujeres y hombres, en su orden, para el 2024.

Los municipios de Yopal, Villanueva, Aguazul y Paz de Ariporo son los que reportan mayores atenciones con el 78.42% de los registros.

Mapa 20.

Proporción Morbilidad por Grandes Causas por municipio, Casanare, 2009-2024



Convenciones: CM&P: Condiciones Maternas y Perinatales; CT&N: Condiciones Transmisibles y Nutricionales; ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles; LES: Lesiones.
Fuente: Fuente: Cubo SGD_Reportes_RIPS – SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de consultado: 30/09/2025.

3.1.1 Subgrupos por Gran Causa

3.1.1.1 Condiciones transmisibles y nutricionales

Para esta clasificación se han realizado 897.320 atenciones desde el 2009 lo que representa el 10.16% de las demandas del total de la población; en promedio se realizaron 55.137 atenciones por año y una razón de 3.44 atenciones por persona. Para el 2024pr el quinquenio de 15 a 19 años presenta mayor proporción de atenciones de 9.1% (n=110.629). El rango de edad de 25 a 44 años agrupa el 29.7% de las atenciones.

Las Enfermedades infecciosas y parasitarias se posicionan como el primer subgrupo que mayor demanda de atenciones reciben con el 51.98%, seguido de

las Infecciones respiratorias con el 41.86%. En ambos sexos se observa un aumento sostenido de las Deficiencias nutricionales desde el 2020 con un valor general de 8.35% para 2024, el más alto desde 2009. El 94.07% corresponden a consultas seguido por urgencias con el 3.60% en el que predominan las atenciones por infecciones respiratorias.

3.1.1.2 Condiciones materno-perinatales

Para el subgrupo de Condiciones materno-perinatales se han realizado 202.696 que corresponde al 2.30% de las demandas de la población en ese período de tiempo; en promedio se han realizado 1.460 atenciones por año con una razón de 2.30 atenciones por persona. Las condiciones derivadas durante el periodo perinatal son el primer subgrupo que mayor demanda de atenciones registra con el 93.34%. Por sexo se presenta un comportamiento contrario, en los hombres dominan las condiciones derivadas durante el periodo perinatal y en las mujeres las condiciones maternas son las de mayor reporte. Por tipo de consulta, el 75.21% corresponden a consultas seguido por el servicio de hospitalización con el 16.96%.

Como se observa más adelante (véase

Tabla 7.), se viene presentando un aumento de casos de mujeres que estuvieron en riesgo de morir por complicaciones severas en el embarazo en la última década. Observando el comportamiento de la Razón de Morbilidad Materna Extrema (RMME) se evidencia un aumento considerable pasando de 3.21 casos por 1.000 nacidos vivos en 2012 a 69.58 casos para 2024pr; tendencia similar se viene presentando en el país. Asimismo, revisando la letalidad encontramos que desde el 2012 se presentan casos de MME que terminan en muerte materna a excepción del 2016. Por otro lado, no se han presentado letalidades por sífilis gestacional.

Estos datos sugieren que las complicaciones en el embarazo están relacionadas con el aumento de la edad promedio de las gestantes y con un débil sistema de seguimiento y atención especializada oportuna ante casos con alto riesgo obstétrico.

3.1.1.3 Enfermedades No Transmisibles

La Enfermedades No Transmisibles aporta el 65.13% de las atenciones durante el período analizado; en promedio se realizaron 350.576 atenciones por año y una razón de 10.88 atenciones por persona. La Condiciones orales se posiciona como la primera causa con mayor demanda en atenciones con el 21.70%, seguido por las enfermedades genitourinarias con el 11.78% y enfermedades de los órganos de los sentidos con el 11.67. La Diabetes y las enfermedades cardiovasculares presentan la razón más alta con 9.71 y 8.49 atenciones en promedio por persona, respectivamente. Respecto al año anterior, las enfermedades cardiovasculares en hombres presentan un aumento del 2.04% mientras que en las mujeres la variación es del 1.99%. Por tipo de consulta, el 97.06% corresponden a consultas en el que predominan las atenciones por condiciones orales.

3.1.1.4 Lesiones

Para este grupo de causa se realizaron 582.258 atenciones desde 2009, aportando el 6.59% de las demandas de la población; en promedio se han realizado 35.328 atenciones por año y una razón de 6.59 atenciones por persona. Los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas se posicionan como subgrupo que más demanda atenciones con el 92.29%. Por sexo se evidencia el mismo patrón con una variación positiva 0.90 pp respecto al año anterior. El 86.80% corresponden a consultas seguido por urgencias con el 8.17%.

3.1.1.5 Signos y síntomas mal definidos

Para esta subclasificación se reportan 1.397.477 atenciones durante el período, aportando el 15.82% de las demandas de la población; en promedio se realizaron 85.155 atenciones por año y una razón de 4.01 atenciones en promedio por persona. A nivel general, se observa un incremento progresivo de este tipo de atenciones con el pico más alto en el año 2019, para el 2024 se reportaron 249.428 atenciones. Por sexo se presenta el mismo comportamiento con mayor proporción en mujeres con el 61.80%. El 90.78% de las atenciones corresponden a consultas.

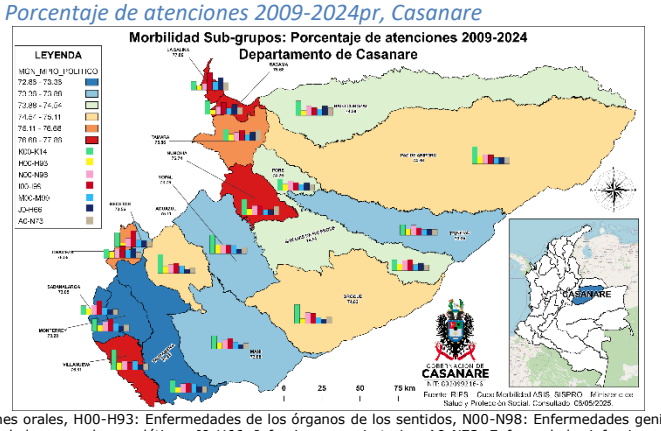
A nivel general los signos y síntomas mal definidos aportar el 15.8% de las atenciones, seguido por las condiciones orales con el 14.1%, Enfermedades genitourinarias con el 7.6, Enfermedades cardiovasculares con el 7.5% y

Enfermedades musculoesqueléticas. Estas cinco sub-causas agrupan el 52% de las atenciones.

Teniendo en cuenta los principales sub-grupos se evidencia mayor aporte relativo en los municipios de La Salina, Sácama y Villanueva, comparado con los demás municipios. Como se observa en el siguiente mapa, los sub-grupos de Condiciones orales (verde), Enfermedades cardiovasculares (rojo), Infecciones respiratorias (azul oscuro), y enfermedades genitourinarias (rosado) son las de mayor reporte.

Mapa 21.

Morbilidad por Subgrupos: Porcentaje de atenciones 2009-2024pr, Casanare



Convenciones: K00-K14: Condiciones orales, H00-H93: Enfermedades de los órganos de los sentidos, N00-N98: Enfermedades genitourinarias, I00-I99: Enfermedades cardiovasculares, M00-M99: Enfermedades musculoesqueléticas, J0-H66: Infecciones respiratorias, A0-N73: Enfermedades infecciosas y parasitarias.
Se excluye del gráfico los sub-grupos R00-R99: Signos y síntomas mal definidos y S00-T98: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.

Fuente: RIPS – Cubo Morbilidad ASIS, SISPRO – Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado: 05/05/2025.

3.1.2 Morbilidad en Salud Mental

Según el reporte de las atenciones realizadas entre 2015-2024pr, se observa un aumento en las consultas por Trastornos mentales y del comportamiento en los cursos de vida de Infancia, adolescencia y Adultez respecto del año anterior, con una variación positiva. En la Adultez se presenta la mayor proporción de atenciones durante el período señalado, aportando el 30.03% seguido por la Infancia que reporta el 19.22%. La tendencia muestra un aumento del 75.52% en atenciones por salud mental desde el 2015 explicado en parte por incremento progresivo en los cursos de Juventud y Vejez para ambos sexos.

Por causas específicas se observa un comportamiento heterogéneo en los cursos de vida: para primera infancia predomina la Epilepsia con el 79.32% de las atenciones; en la Infancia la Epilepsia y la Ansiedad aportan el 45.93% y 44.08%, en su orden; en la Adolescencia la Ansiedad representa el 41.30% de las consultas durante la última década seguido por Epilepsia y Depresión con el 26.5% y 21.14%, respectivamente; en la Juventud y Adultez se presenta un patrón similar al anterior con la Ansiedad como primera causa con el 43.69% y

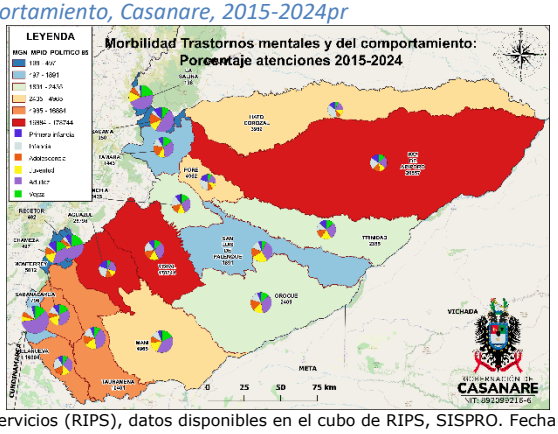
el Depresión con el 52.40,%, en su orden; finalmente, para la Vejez continua la Ansiedad (55.47%) como primera causa y con Depresión posicionándose en segundo lugar con el 23.61%.

A nivel general, se presentan un aumento de consultas por Ansiedad respecto al año anterior con mayor variación porcentual en los primeros cursos de vida (Primera infancia, Infancia y Adolescencia). De forma inversa, se observa una reducción en Epilepsia para los mismos cursos de vida. A nivel de sexo se observa un comportamiento similar, destacando para la Vejez un aumento en el último año de Epilepsia en mujeres y de Depresión y Ansiedad para los hombres.

Los municipios de Yopal, Paz de Ariporo y Aguazul agrupan el 79.29% de las atenciones por Trastornos mentales y del comportamiento durante la última década, con mayor proporción en la capital del departamento (62.69%). En la mayoría de los municipios la mayor carga de morbilidad se reporta para la Adultez, a excepción de los municipios de Aguazul, Hato Corozal y Pore que tienen mayores atenciones en la Infancia para esta condición.

Mapa 22.

Trastornos mentales y del comportamiento, Casanare, 2015-2024pr



Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de RIPS, SISPRO. Fecha de consulta: 08 de agosto de 2025.

3.1.3 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Para VIH se observa un incremento de nuevos casos en el último año respecto a la vigencia anterior, con una variación porcentual del 51%. La prevalencia de 15 a 49 años también muestra una tendencia al aumento en la última década con un 47.5 pp más respecto del año anterior. Otros indicadores Respecto a la cobertura del Tratamiento antirretroviral en personas con VIH se observa una disminución desde el 2022 con repunte para el último año con 4.9 pp.

De acuerdo con el Programa de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y desatendidas se ha intensificado las acciones colaborativas entre TB-VIH a través de mesas temáticas con periodicidad bimensual establecidas en el plan

de trabajo de los últimos años; lo cual ha permitido mejorar la calidad y validez del reporte por parte de las instituciones de salud debido al seguimiento permanente. También se realiza seguimiento mediante unidades de análisis de mortalidad TB-VIH en donde se ha identificado ausencia de tratamiento antirretroviral en estas personas tanto por abandono o porque nunca lo inició.

Tabla 5.

Indicadores de Morbimortalidad demográfica de VIH, Casanare, 2016-2024

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Δ pp 2024-2023
Tasa de incidencia de VIH notificada	19.8	16.8	20.52	18.92	19.37	20.68	22.77	14.35	29.29		51.0
Prevalencia registrada de VIH	0.104	0.126	0.15	0.171	0.21	0.236	0.231	0.21	0.4		47.5
Prevalencia registrada de VIH en personas de 15 a 49 años	0.159	0.195	0.229	0.304	0.322	0.358	0.346	0.326	0.27		-20.7
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH	83.68	73.87	81.76	83.51	94.89	93.9	87.66	82.75	87.55		5.5
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH de 15 a 49 años	82.51	75	80.96	82.36	94.21	93.73	87.5	81.65	85.89		4.9

Fuente: Cuenta de Alto Costo – Indicadores VIH. Fecha de consulta: 30/09/2025.

Dado que las ECNT son la primera gran causa de morbilidad atendida en el departamento a lo largo de la serie de tiempo analizada; aproximadamente el 30% de las atenciones están relacionadas con enfermedades precursoras y de alto costo (vg. Diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades genitourinarias y neoplasias). Este fenómeno, asociado a los cambios en la alimentación y estilos de vida de la población a nivel mundial, ha conllevado a un aumento prematuro de enfermedades que generan costos excesivos en su tratamiento y control. Aunque se ha logrado avanzar en estrategias de tamizaje para detección temprana de estas enfermedades desde la gestión del riesgo a nivel individual; se evidencia una débil respuesta institucional para mejorar la calidad y bienestar de la población, especialmente aquella que está en edad productiva, respecto al mejoramiento de los entornos, promoción de estilos de vida saludable, seguridad alimentaria y políticas de urbanismo bajo un enfoque de curso de vida.

Para el 2024pr se informaron un total de 3567 casos de ERC en todos los estadios, 46.3% más respecto al año anterior; el estadio 1, 2 y 3 aportan el 83.2% de los casos. La progresión de nuevos casos de ERC en estadio 5 va en aumento pasando de 150 para 2016 a 268 para 2024; no obstante, la prevalencia ha disminuido presentando un comportamiento variable con su mayor pico para el 2019 con un valor de 61.3%, significativamente más bajo respecto del valor del país. En consonancia, la prevalencia de enfermedades

precursoras como la hipertensión arterial y diabetes mellitus tienen un comportamiento al alza en población de 18 a 69 años; en el reporte de nuevos casos ha sido heterogéneo desde 2017 con una leve disminución para 2024.

Se observa que es significativamente más bajos los nuevos casos de Leucemia Linfoide Aguda - LLA en menores de 15 años reportados en el departamento con relación a lo reportado por el país; mientras que para la incidencia de Leucemia Mieloide Aguda – LMA no hay diferencias significativas a pesar de ser inferior al promedio nacional. No obstante, en términos de prevalencia se observa que para la LLA pediátrica la prevalencia del departamento ha venido en aumento durante los últimos cuatro años y para 2024 se encuentra por encima del valor nacional (287.94/235.52) (Cuenta de Alto Costo, 2025).

Tabla 6.

Semaforización y tendencia de Eventos de Alto Costo, Casanare, 2016 a 2024pr

Evento	Colombia 2024	Casanare 2024	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Persistencia
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	83.74	56.84	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗		55.56
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	7.75	4.45	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘		66.67
Tasa de incidencia de VIH notificada	27.87	29.29	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		66.67
Prevalencia de Diabetes Mellitus	4.43	2.79	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗		88.89
Prevlanecia de Hipertensión Arterial	11.91	7.01	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗		77.78
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	4.42	7.02	↗	↗	↘	-	-	-	-	↗	↗		44.44
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	21.11	7.02	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗		55.56

Fuente: Cuenta de Alto Costo & ASIS - MSPS. Fecha de consulta: 30/09/2025.

3.1.4 Morbilidad de Eventos de Notificación Obligatoria

En general, los eventos de mayor notificación en la última década en orden de magnitud son dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, violencias, varicela individual, Zika, desnutrición aguda en menores de 5 años, Chikungunya, intento de suicidio, morbilidad materna extrema y accidente ofídico. Para el 2023 estos eventos aportaban el 79.66% de los casos (n=5678/7128), mientras que para el 2024pr su proporción fue 10.78 pp menos. En términos absolutos hay un aumento del 25.4% de casos notificados respecto al 2023.

Por otro lado, quince (15) eventos presentan un comportamiento al aumento durante la última década con una persistencia superior al 60%, de los cuales se

destaca los eventos con código 155, 300, 750 y 875 con valores significativamente más altos comparado con el año anterior.

Teniendo en cuenta la observado durante el 2023–2024pr para los eventos de cáncer de mama y de cuello uterino, sífilis gestacional, violencia intrafamiliar y agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia puede deberse a la interacción de varios factores.

El aumento en el reporte de los eventos de cáncer de mama y cuello uterino es una tendencia que está relacionada a una combinación de múltiples factores: mejoras en la capacidad de detección y recuperación de actividades de tamizaje y diagnóstico posterior a la pandemia, capturando casos que antes no estaban diagnosticadas; factores de riesgo persistentes en la población (retraso en la edad del primer embarazo, envejecimiento poblacional progresivo y estilos de vida poco saludables, infección por VPH, exposición a disruptores endocrinos en el ambiente y alimentos) que sostienen la incidencia; desigualdades de acceso y oportunidad de atención por barreras administrativas del sistema sanitario. Aunque se ha avanzado en nuevas tecnologías e implementación de rutas de atención específicas para mejorar la vigilancia epidemiológica y el tratamiento integral, preocupa la presencia de numerosos casos diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad que revela una carga importante de enfermedad.

El incremento en la notificación de casos de sífilis gestacional refleja avances en la detección, pero también evidencia desafíos persistentes en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el acceso oportuno al control prenatal y el manejo integral de los casos y sus contactos.

El incremento de la violencia intrafamiliar y sexual en los últimos años vio influenciado como efecto del deterioro de las relaciones interpersonales y la emergencia de problemas de salud mental producto del confinamiento en los años de pandemia; aunado a la recesión económica, prácticas de riesgo como el consumo de alcohol y condiciones de hacinamiento. La violencia en nuestro departamento es un tema recurrente, dejando de ser un evento aislado para convertirse en un fenómeno social complejo que requiere intervención en salud mental.

El evento agresiones está influenciado por una mezcla de situaciones que han cambiado en nuestro entorno: hay mayor presencia de animales en calle sin vacuna y, producto del efecto antrópico en los ecosistemas rurales, se ha incrementado el reporte de más casos silvestres que antes ignorábamos.

Tabla 7.
Semaforización de los ENO's, Casanare, 2008-2024pr

Evento	Casanare 2023	Casanare 2024	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	Persistencia
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	86	114	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗		60.00
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1717	1857	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗		70.00
340 - HEPATITIS B	37	47	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗		60.00
356 - INTENTO DE SUICIDIO	314	302	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘		70.00
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	145	149	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	-	↗		70.00
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	38	50	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗		60.00
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	14	2	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	-	↘	↗	↗	↗	↗	↘		60.00
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	8	10	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		60.00
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	303	320	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗		70.00
620 - PAROTIDITIS	38	41	-	↘	↗	↘	↘	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗		60.00
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	60	69	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		60.00
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	140	175	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		70.00
831 - VARICELA INDIVIDUAL	490	237	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘		70.00
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	143	140	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘		60.00
875 - VCM, VIF, VSX	886	1043	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		60.00

Fuente: Bodega de datos SISPRO, Cubo Sivigila, MSPS. Fecha de consulta: 27/11/2025.

3.1.4.1 Comportamiento de la notificación 2024

Para el año 2024pr se notificaron 9536 casos en el departamento producto de la vigilancia en salud pública; el 59% (n=5697) se agruparon en los eventos de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, seguido de los eventos de salud mental con el 16.6% (n=1587). La proporción de incidencia fue de 2007 casos por 100.000 habitantes, superada por los municipios de Paz de Ariporo, San Luis de Palenque, Tauramena, Hato Corozal, Sácama y Támara.

La distribución de la notificación por semana epidemiológica durante los últimos cuatro años registra su mayor reporte durante las semanas 15 a 29; respecto al año 2023 se evidencia un aumento del 18% (n=7815), sin embargo, comparado con el 2021, hubo una disminución de 337% que se explica por la pandemia por Covid-19 que aportó el 85.5% de los casos (Grupo de vigilancia en salud pública, 2024).

Las enfermedades transmisibles como el Dengue, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y enfermedad de Chagas se mantienen dentro de los diez eventos de mayor notificación durante el 2024, seguido por la Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar, Desnutrición aguda en menores de 5 años, y Morbilidad materna extrema. Los tres eventos de mayor incidencia siguen persistiendo según el comportamiento histórico del departamento.

A nivel de variables sociodemográfica se presentan patrones de distribución: Por grupo de edad, se observa que la mayoría de los casos se concentra en la infancia con el 40.4% (n=1427), seguido por la adultez (27 a 59 años) con el 32.2% (n=3070), y juventud con el 14.3% (19 a 26 años) de los casos (n=1322). Según el sexo, el 55.2% (n=5267) corresponden al sexo femenino y el 44.8% (n=4269) al sexo masculino. Por otro lado, el 72.2% de los casos tienen ocurrencia en el área urbana (n=6888), el 57.8% (n= 5515) se notifican en personas de estrato 1-bajo bajo, el 60.9% pertenecen a personas afiliadas a régimen subsidiado (n= 5804) y el 30.4% de los casos son hospitalizados (n=2894). Los eventos con mayor tasa de hospitalización corresponden, en su orden, a dengue, violencias de género e intrafamiliar, morbilidad materna extrema y suicidio.

El 1,3% (125/9536) de los casos notificados tuvo como condición final muerto para el 2024pr, de los cuales el 47.2% (n=59) de las muertes lo aportó mortalidad perinatal y neonatal tardía, seguido por tuberculosis con el 12% (n=15). La tasa de mortalidad en población general fue de 26.30 personas fallecidas por causa de algún evento por cada 100.000 habitantes. Los eventos con mayores tasas de mortalidad fueron Defectos congénitos con 13.8 muertes por 10.000 nacidos vivos, seguido por la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y/o desnutrición aguda con 13.3 muertes por 100.000 menores de 5 años, y mortalidad perinatal y neonatal tardía con 10.2 muertes por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en mujeres fue mayor durante todo el curso de vida a excepción de la primera infancia y vejez con una tasa general de 36.72 comparada con el valor en hombres de 15.95 por 100.000 habitantes.

Este perfil epidemiológico sugiere la necesidad de fortalecer las intervenciones en salud pública de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria orientadas a profundiza el modelo de atención en salud basado en la estrategia de APS en los entornos. En el caso de las enfermedades transmisibles prevalentes en el territorio (e.g. Dengue, Chagas y Malaria) es fundamental

intensificar las medidas de control de vectores e implementar campañas de prevención en los entornos hogar y comunitario. Las Violencia de Género e Intrafamiliar se confirma la necesidad de fortalecer los programas de apoyo y prevención de la violencia, que bien pueden enmarcarse en una política pública departamental con participación intersectorial. Para los intentos de suicidio se evidencia un aumento en la notificación, especialmente en población joven y adulta, que requiere de intervención en los factores de riesgo (vg. Ideación suicida, problemas familiares, *inter alia*).

El grupo de eventos de maternidad segura, que incluye morbilidad materna extrema, defectos congénitos, mortalidad materna, perinatal y neonatal tardía vienen en aumento en los últimos años, motivo por el cual se hace énfasis en la importancia de la articulación de acciones en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y los servicios de salud materna. Así mismo, la vigilancia nutricional muestra que la desnutrición aguda en menores de 5 años sigue siendo un problema de salud pública importante en el departamento, principalmente en poblaciones del área rural y rural dispersa (población étnica y campesina), que requiere de especial atención y que, en complemento con las acciones del programa de seguridad alimentaria y nutricional, se convierten en una línea importante de intervención para cumplir las metas establecidas en el actual plan de desarrollo.

Otras infecciosas con estadios crónicos como la enfermedad de Hansen (lepra), tuberculosis y VIH, tienen gran preeminencia en el territorio teniendo en cuenta que desde los últimos cuatro años se han presentado nuevos casos de manera sostenida; por ejemplo, para lepra la proporción de incidencia ha pasado de 0.52 por 100.000 habitantes en el 2019 a 0.83 para 2025 según datos preliminares reportados por el Programa. Estos eventos comparten un conjunto de circunstancias y condiciones de vida (determinantes sociales como pobreza extrema, hacinamiento y estigma) que afectan a las poblaciones vulnerables, que coexisten y se retroalimentan.

3.1.4.2 Letalidad de los principales eventos

En términos de proporción de personas que murieron por una enfermedad de interés en salud pública durante el año 2024pr, se observa que los eventos con mayor letalidad fueron Infecciones Asociadas a Dispositivos – IAD con una tasa de 33.3 fallecidos por cada 100 personas infectadas, seguido por infección respiratoria aguda grave (IRAG) con 8.69%, y accidente ofídico con una tasa de 2.4%. La letalidad del departamento fue de 0,09%.

Según el comportamiento histórico, los eventos con mayor letalidad en orden de magnitud son Tuberculosis extrapulmonar, enfermedad de Chagas, IRAG, meningitis tuberculosa y otras formas (p.ej. TB farmacorresistente y pulmonar) meningitis tuberculosa, malaria asociada y dengue grave. La TB extrapulmonar tiene mayor porcentaje (aproximadamente el doble) en personas con VIH con respecto a la población general; la población indígena del departamento presenta determinantes sociales que implican un mayor riesgo de esta enfermedad dadas su vulnerabilidad económica y la configuración de barreras culturales y administrativas a los servicios básicos de salud. Es importante destacar que los casos fallecidos de TB pulmonar en el 2023 con el 9.1% supera la meta de 3% según lineamientos nacionales.

La enfermedad de Chagas presenta una letalidad alta que varía según los diferentes mecanismos de transmisión (vg. Vectorial, oral y gestacional) y la patogenicidad del parásito presente en la región. Desde el 2012 hasta 2023 se registran letalidades con valores superiores al 10% con el pico más alto para 2020 con el 59.52%. Para el 2024 se notificaron 165 casos, de los cuales el 18.1% de los casos se clasificaron como agudos: cinco casos confirmados por laboratorio y 25 casos probables de transmisión congénita en estudio y un descartado (Grupo de vigilancia en salud pública, 2025).

Otros eventos de considerable letalidad son dengue, dengue grave, intoxicaciones y malaria asociada, los cuales vienen en aumento en los últimos años por el cambio en los escenarios de transmisión (ampliación de la frontera agrícola y cambio climático) y factores asociados al uso de agentes químicos para la producción agropecuaria. Por su parte, la leucemia aguda pediátrica linfoide, el cáncer infantil, no incluidos en el reporte, presentan una letalidad importante de acuerdo con la serie temporal analizada.

Dada la alta carga de morbimortalidad por dengue y Chagas en el departamento en los últimos cinco años, se priorizan los indicadores de letalidad acumulada armonizados con las metas de resultados establecidas en el PDSP 2022-2031. Para el período 2012-2021 se presenta una letalidad acumulada para dengue y Chagas de 0.14% y 17%, respectivamente, superior a lo obtenido a nivel nacional.

Tabla 8.
Semaforización de letalidades ENO's, Casanare, 2006-2023

Causa de muerte	Colombia 2023	Casanare 2023	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia	Persistencia
Letalidad de accidente ofídico	0.0	0.0	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘		44.4
Letalidad de chagas	16.0	15.4	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘		55.6
Letalidad de dengue	0.1	0.1	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗		66.7
Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	1.4	5.0	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘		55.6
Letalidad de intoxicaciones	0.7	0.6	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘		44.4
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	6.9	7.7	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		55.6
Letalidad de tuberculosis pulmonar	7.4	9.1	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗		55.6

Fuente: Reporte ASIS II & Bodega de datos SISPRO, Cubos de indicadores caracterización. Fecha de consulta: 19/11/2025.

3.1.5 Morbilidad atendida de población migrante

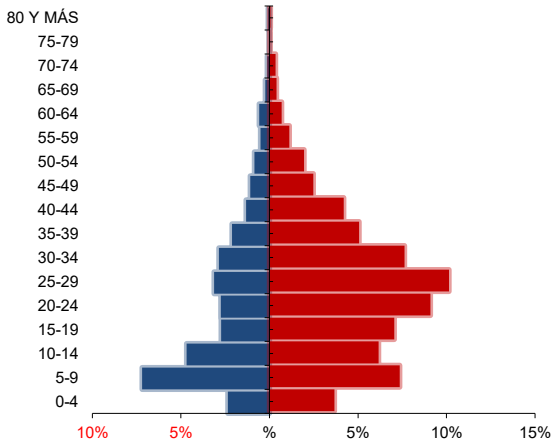
De acuerdo con el reporte de población migrante atendida en el departamento, para el año 2024 se atendieron 11.681 personas distribuidas el 32.5% (n= 3.798) en el sexo masculino y el 67.5% (n= 7.883) en el sexo femenino. De acuerdo con la pirámide poblacional, el 78.9% de las atenciones en hombres se realizan en el rango de edad de 0 a 34 años; por otro lado, las mujeres reciben el 75.8% de las atenciones en edades comprendidas entre los 0 a 34 años. Por curso de vida se presenta un comportamiento similar, los hombres en adultez e infancia presentan una mayor proporción, respectivamente, con un 28.3% y 23.7%; mientras que en mujeres las etapas de mayor demanda de los servicios de salud se encuentran en los cursos de Juventud y Adultez, respectivamente, con el 30.8% y 35.6%.

Por tipo de atención, se observa que los procedimientos, la consulta externa y medicamentos son las atenciones de mayor demanda en el departamento con una proporción de 41%, 39% y 11%, en su orden. Según procedencia, la población migrante en el departamento se distribuye en personas de nacionalidad venezolana con el 54% (n=6310) y personas sin identificador de país con el 45.6% (n=5325). La población migrante atendida en el departamento

corresponde al 2.15% de las atenciones realizadas a nivel nacional (n=542.812). Por régimen de atención, se concentra la población en el régimen subsidiado, seguido del vinculado y otro con el 75.8% (n=8962), 13.8% y 7.3%, en su orden; a nivel nacional la distribución es un poco homogénea, pero predomina el régimen subsidiado.

Figura 12.

Distribución de población migrante atendida, 2024, Casanare



Fuente: Consultado en Bodega de datos del SISPRO 08/08/2025.

3.1.6 Análisis diferencial de minorías étnicas

Respecto a la población indígena, para 2024 se presenta variación negativa en la mayoría de los indicadores a excepción del porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, proporción de nacidos vivos hijos de mujeres de 14 a 17 años, personal de partos atendidos por personal calificado, porcentaje de partos institucionales y promedio de controles prenatales, mostrando una leve mejoría comparado con el año anterior.

Indicadores como la muerte feto infantil, porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer, tasa de mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez aumentaron para el último año de forma considerable, sugiriendo un empeoramiento en poblaciones a riesgo. Estos datos contrastan con los datos departamentales mostrando brechas; por ejemplo, tanto para mortalidad infantil y en la niñez se reportan tasas de 107.14 por cada 1.000 nacidos vivos en población indígena mientras que en población general los valores se encuentran en 9.04 y 5.81, en su orden.

En términos de demandas en salud se observa que las mujeres demandaron más atenciones comparado con los hombres con el 90.29% (n=24993) en el 2025. Los subgrupos de mayor reporte se encuentran No reportado con el 31.32% de las atenciones, seguido por factores que influyen en el estado de salud y contacto

con los servicios de salud con el 27.69%. En cuanto a mortalidad las mayores causas de defunción en el 2024 se reportan para el sistema circulatorio con el 26.7%, seguido por afecciones originales en el periodo perinatales y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con el 13.3%, en ambos casos. En general, con respeto al año anterior, se presenta un aumento en todas las grandes causas.

En cuanto a otras poblaciones étnicas se destaca en la población NARP que el 9.52% de los nacidos vivos a término se encuentra con bajo peso al nacer, el 45.83% de los nacidos vivos son de mujeres en edades de 18 a 26 años, y el valor de la tasa de mortalidad en la niñez se encuentra muy por encima del promedio departamental con 41.67 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. En cuanto a atenciones, se observa un incremento del 40% respecto al año 2023; el subgrupo de las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas presento el mayor incremento, seguido por las no clasificadas (CIE9 – Sin capítulo) y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud registran las mayores atenciones para 2025.

La población gitana, denominada ROM por descendencia patrilineal, en el departamento se constituye de 14 personas para 2025 de acuerdo con las proyecciones post-covid del DANE. Desde el año 2022 no se registra atenciones en salud en el territorio; durante este año las principales causas de atención se agrupan en Causas externas de morbilidad y mortalidad (Otras causas externas de traumatismos accidentales y agresiones).

3.1.7 Identificación de prioridades morbilidad

En la mayoría de los indicadores de morbilidad se muestra una tendencia al aumento comparado con el año anterior. Se destaca como aumento considerable las atenciones por salud mental que registran una variación de más del 50% de atenciones respecto del 2023, con la variación más alta para Ansiedad con el 68.83% (2023= 7.369 y 2024= 23.641).

Tabla 9.

Identificación de prioridades principales en la morbilidad atendida, Casanare, 2025

Morbilidad	Prioridad	Casanare (2024)	Colombia (2024)	Tendencia	Comportamiento	Grupos de Riesgo
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	62.84%	73.59%	**Disminuyo**	↘	000, 001, 007, 003, 016
	2.Signos y síntomas mal definidos	20.42%	11.54%	**Aumento**	↗	0
	3. Condiciones Transmisibles y nutricionales:	7.69%	8.61%	**Aumento**	↗	0
	4. Lesiones	7.27%	5.21%	**Disminuyo**	↘	12
	5. Condiciones maternas perinatales	1.78%	1.04%	**Disminuyo**	↘	8
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Signos y síntomas mal definidos	20.42%	13.24%	**Aumento**	↗	1
	2. Condiciones orales	9.72%	7.59%	**Disminuyo**	↘	6
	3. Enfermedades genitourinarias	7.10%	7.20%	**Disminuyo**	↘	1

Morbilidad	Prioridad	Casanare (2024)	Colombia (2024)	Tendencia	Comportamiento	Grupos de Riesgo
	4. Enfermedades cardiovasculares	8.23%	12.39%	**Aumento**	↗	1
	5. Enfermedades musculoesqueléticas	7.42%	9.33%	**Disminuyo**	↘	12
	6. Enfermedades de los órganos de los sentidos	6.78%	5.70%	**Disminuyo**	↘	1
	7. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	649.00%	5.29%	**Disminuyo**	↘	13
	8. Condiciones neuropsiquiatricas	6.68%	8.20%	**Disminuyo**	↘	5
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	56.84	83.74	**Aumento**	↗	0
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	29.29	27.87	**Aumento**	↗	9
	3. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	3.16	3.15	**Aumento**	↗	7
Precursores	1. Prevalencia de Diabetes Mellitus	4.43	2.79	**Aumento**	↗	1
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	7.01	11.91	**Aumento**	↗	1
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO´s)	1. Dengue	709.89	9.37.4	**Aumento**	↗	9
	2. Agresiones por Animal Potencialmente Transmisores de rabia	392.3	341.6	**Aumento**	↗	10
	3. VSP de la violencia de género e intrafamiliar	236.35	310.8	**Aumento**	↗	5
	4. Cáncer de la mama y cuello uterino	75.32	160.51	**Aumento**	↗	7
	5. Intento de suicidio	63.14	73.6	**Aumento**	↗	
	6. Morbilidad Materna extrema	55.97	74.5	**Aumento**	↗	8
	7. Varicela individual	50.72	47.29	**Disminuyo**	↘	
	8. IRA por virus nuevo	49.25	50	**Disminuyo**	↘	9
	9. Accidente ofídico	41.88	10.86	**Aumento**	↗	11
	10. Chagas	34.73	1.7	**Aumento**	↗	9
Salud Mental	1. Trastornos mentales y del comportamiento	14.9	68.7	**Aumento**	↗	4
	2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4.1	5.1	**Aumento**	↗	4
	3. Epilepsia	16	7.5	**Aumento**	↗	4
	4. Depresión	9.4	6.2	**Aumento**	↗	4
	5. Ansiedad	51.2	16.2	**Aumento**	↗	4

Fuente: Informe EISP de Casanare 2024, Informes de evento INS 2024, Bodega Cubos SISPRO MPSP.

3.1.8 Conclusiones morbilidad

Durante la última década el número de atenciones en salud en el departamento ha venido incrementando con una leve disminución en 2020 producto de la pandemia. El principal motivo de consulta para ambos sexos se debe a las ECNT; tanto en hombres y en mujeres las condiciones orales son las de mayor aporte. Las infecciones genitourinarias prevalecen en las mujeres, mientras que en hombres los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causa externa duplican las atenciones respecto del otro sexo. En general, existe una brecha importante entre sexos en términos de atenciones; el 58.5% atenciones se realizan en mujeres.

Se presenta una transición epidemiológica difusa con una disminución progresiva de enfermedades transmisibles y un aumento de enfermedades crónicas, a expensas en la prevalencia de enfermedades precursoras y de alto costo principalmente en población adulta y adulta mayor. Sin embargo, este panorama es distorsionado por el repunte de ciertos eventos transmisibles (dengue, fiebre amarilla, VIH, tuberculosis), influenciados por fenómenos climáticos, económicos y culturales que supone una doble carga de enfermedad que demanda acciones intersectoriales orientadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención oportuna.

En los últimos años la carga de morbilidad por eventos de salud metal ha venido aumentando progresivamente, con mayores proporciones en la adultez, infancia y juventud. En los primeros cursos de vida predomina la epilepsia, no obstante, en ciclos posteriores la ansiedad toma un papel preponderante con la depresión, que se posiciona en el adulto mayor. Otros eventos como los intentos de suicidios y las violencias de género e intrafamiliar también tienen una tendencia al alza.

Las ECNT representa uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, como resultando de múltiples factores que influyen en el estado de salud de las personas a lo largo del curso de vida. En el territorio se observa un patrón de distribución claro, a medida que se avanza en los cursos de vida las atenciones por estas causas aumenta; sin embargo, en la última década en los hombres se ha registrado mayor aumento de las atenciones desde la juventud en adelante. Es necesario destacar el aumento de las "Condiciones mal clasificadas" en todos los cursos de vida, que puede estar relacionado con fallas en el registro y limitaciones para un diagnóstico integral.

Ante estos escenarios complejos es urgente enfocar los esfuerzos para fortalecer la rectoría y gobernanza en salud que permitan mejorar los resultados en salud a través del impacto positivo de los DSS y la aplicación del modelo de salud basado en la estrategia de APS. Se hace necesario fortalecer actividades de promoción de estilos de vida saludables y reducción de factores de riesgo psicosociales en los entornos.

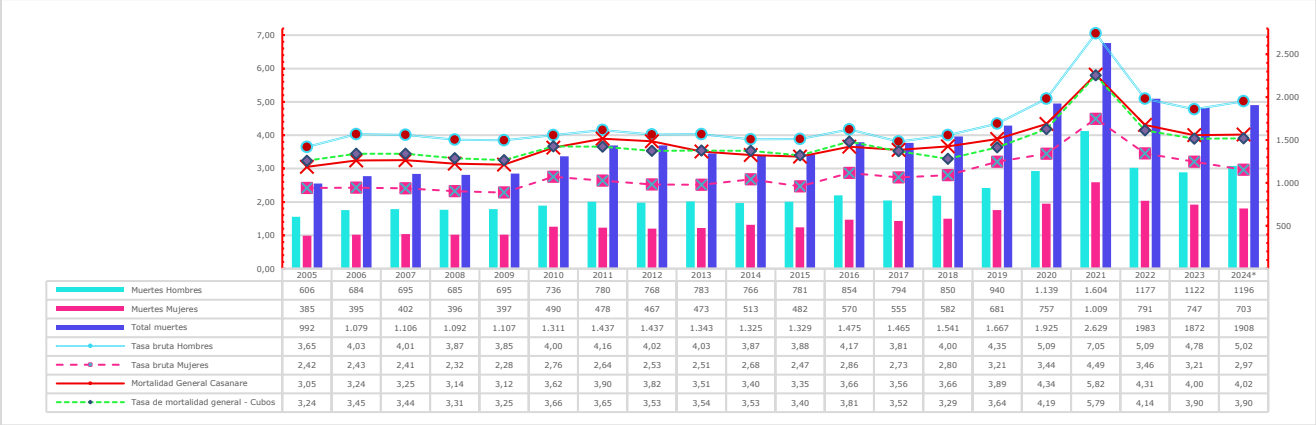
3.2 Análisis de la mortalidad

3.2.1 Mortalidad General

En Casanare desde el 2005 el número de muertes por año presenta una tendencia al aumento, pasando de 956 defunciones en 2005 a 1854 en 2024 (datos preliminares) para un aumento del 48.44%. Respecto al año anterior, la variación es positiva con un aumento del 1.6% (n=30). Para el 2024 se han presentado 1854 defunciones, un aumento del 1.63 pp comparado con el año anterior; el 63% de las muertes se presentaron en hombres y el municipio de Yopal acumula el 45.20% (n=838) de las muertes, seguido por Paz de Ariporo con el 8.47% (n=157).

La tasa bruta de mortalidad en el departamento para el 2024p se estimó en 4.02 defunciones por cada mil habitantes durante el período analizado. Para todos los años del periodo, la tasa específica de mortalidad en hombres ha sido superior a la tasa de mortalidad de las mujeres; en ambos casos se presentó un aumento en el 2020 y 2021 debido a la pandemia por Covid-19. El municipio de Recetor es el municipio que presenta la tasa bruta de mortalidad más alta con un valor de 8.17 defunciones, para 2023 la tasa más alta se registró en el municipio de Paz de Ariporo con un valor de 5.03.

Figura 13.
Mortalidad General por sexo, Casanare, 2005-2024pr

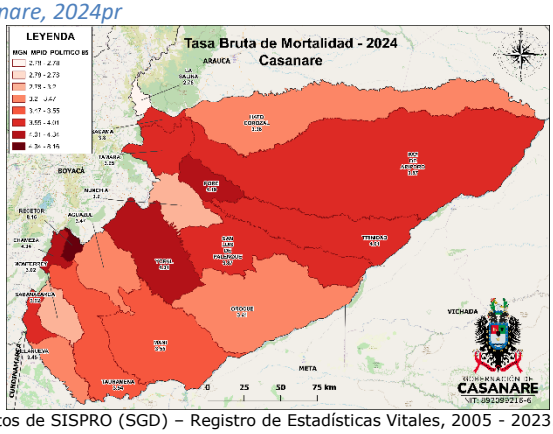


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Muertes Hombres	606	684	695	685	695	736	780	768	783	766	781	854	794	850	940	1.139	1.604	1177	1122	1196
Muertes Mujeres	385	395	402	396	397	490	478	467	473	513	482	570	555	582	681	757	1.009	791	747	703
Total muertes	992	1.079	1.106	1.092	1.107	1.311	1.437	1.437	1.343	1.325	1.329	1.475	1.465	1.541	1.667	1.925	2.629	1983	1872	1908
Tasa bruta Hombres	3,65	4,03	4,01	3,87	3,85	4,00	4,16	4,02	4,03	3,87	3,88	4,17	3,81	4,00	4,35	5,09	7,05	5,09	4,78	5,02
Tasa bruta Mujeres	2,42	2,43	2,41	2,32	2,28	2,76	2,64	2,53	2,51	2,68	2,47	2,86	2,73	2,80	3,21	3,44	4,49	3,46	3,21	2,97
Mortalidad General Casanare	3,05	3,24	3,25	3,14	3,12	3,62	3,90	3,82	3,51	3,40	3,35	3,66	3,56	3,66	3,89	4,34	5,82	4,31	4,00	4,02
Tasa de mortalidad general - Cubos	3,24	3,45	3,44	3,31	3,25	3,66	3,65	3,53	3,54	3,53	3,40	3,81	3,52	3,29	3,64	4,19	5,79	4,14	3,90	3,90

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2023.Datos 2024 son preliminares.

Si bien los municipios con mayor densidad poblacional presentan tasas altas de mortalidad, otros municipios como Recetor, Chámeza y Pore, con menor población, presentan también tasas altas.

Mapa 23.
Tasa Bruta de Mortalidad, Casanare, 2024pr



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2023.Datos 2024 preliminar.

3.2.2 Mortalidad por Grandes Causas

Durante el periodo 2015–2024p, se observa una variabilidad considerable en las tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, evidenciando patrones en el perfil epidemiológico de los municipios, debilidades en las condiciones sanitarias de la red prestadora, factores de riesgo persistentes en los procesos de producción y calidad de vida, y falencias en los sistemas de información en salud para el registro rutinario.

El primer lugar en defunciones lo ocupan las enfermedades del sistema circulatorio aportando el 30% (n=556) de las muertes para 2024, seguido de las demás causas con el 24.2% (n=448) y Causas externas con el 20.3% (n=376). Por tasas persiste las enfermedades del sistema circulatoria con un valor de 150.50 muertes por 100.000 habitantes para 2024, seguido por Las demás causas con un valor de 118.60.

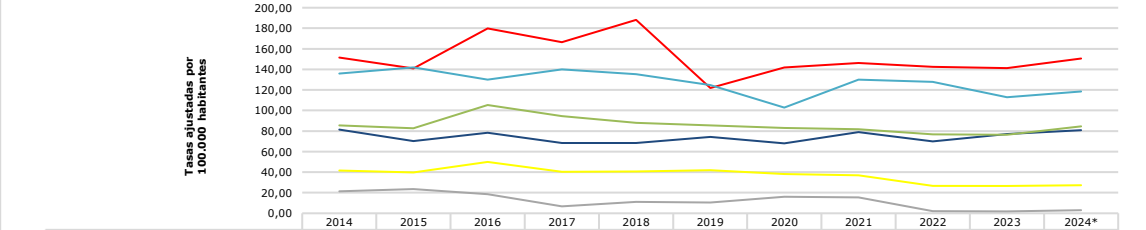
Las enfermedades del sistema circulatorio históricamente presentan las tasas de mortalidad más altas en el departamento; para el 2019 la tasa marcó un franco descenso, con una posterior estabilización con tendencia al aumento. El grupo de las demás causas (dentro de las cuales se incluye, entre otras, la diabetes mellitus, deficiencias y anemias nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento), es la segunda gran causa y su comportamiento ha sido fluctuante con su pico más alto en el 2015 con una tasa de 141.92.

En cuanto a sexo se presenta un comportamiento diferencial, si bien se mantienen la gran causa enfermedades del sistema circulatorio en primer lugar con valores de 182.87 y 120.74 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres, respectivamente; en segundo lugar, las causas externas se posicionan en segundo lugar en los hombres con un valor de 140.38, mientras que las

demás causas se mantienen muy cerca del primer gran grupo para las mujeres con un valor de 97.23. En tercer lugar, las demás causas se posicionan en hombres y las neoplasias con una tendencia a la baja se mantiene en mujeres. El registro de Signos y síntomas mal definidos (causas inespecíficas) ha disminuido notoriamente desde 2022, lo que sugiere una mejora en la calidad del registro de la causa básica de muerte.

Figura 14

Tasas ajustadas por Gran Causa, 2014-2024pr



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Enfermedades sistema circulatorio	151,44	140,96	179,83	166,34	188,16	121,89	142,01	146,16	142,61	141,09	150,50
Las demás causas	136,01	141,92	130,05	139,88	135,29	124,73	102,84	129,99	127,94	112,79	118,60
Causas externas	81,43	70,11	78,44	68,47	68,25	74,19	68,03	78,85	69,84	77,19	80,92
Neoplasias	85,41	82,80	105,33	94,55	87,94	85,63	83,05	81,80	76,79	76,39	84,67
Enfermedades transmisibles	41,58	39,59	49,97	40,45	40,73	42,03	38,18	36,98	26,68	26,59	27,21
Signos y síntomas mal definidos	21,29	23,56	18,49	6,60	11,15	10,41	16,20	15,33	2,05	1,84	2,96

Fuente: Reporte ASIS, MSPS. Fecha de consulta: 10/10/2025 https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/ y https://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

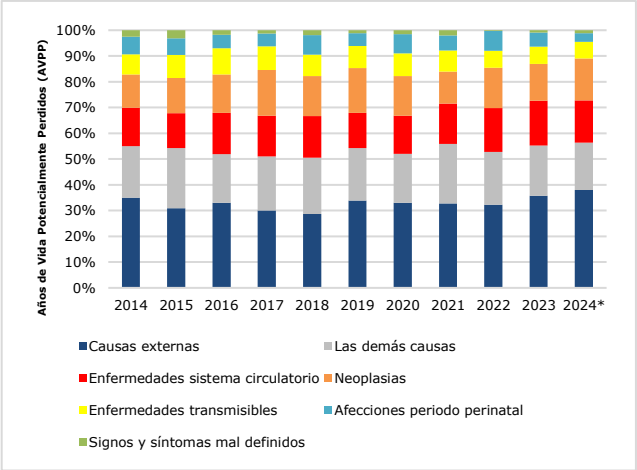
En términos de carga de enfermedad, se observa que las Causas externas son la gran causa con mayor impacto para la sociedad Casanareña como consecuencia de muertes prematura durante la última década explicado en gran parte por la alta tasa de accidentes de tránsito terrestre (población en edad productiva), aportando el 33.18% de los Años de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP; seguido por las demás causas (diabetes y enfermedades del sistema digestivo), las enfermedades del sistema circulatorio (enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas) y las neoplasias (ca de mama, de otras localizaciones no especificadas y de los órganos digestivos) con el 20.50%, 15.63% y 15.09%, respectivamente. Para 2024 las Causas externas alcanza la cifra de 38.03% (n=15.952 / 41.944), en hombres sube hasta el 48.67% (n=13.777 / 28.309).

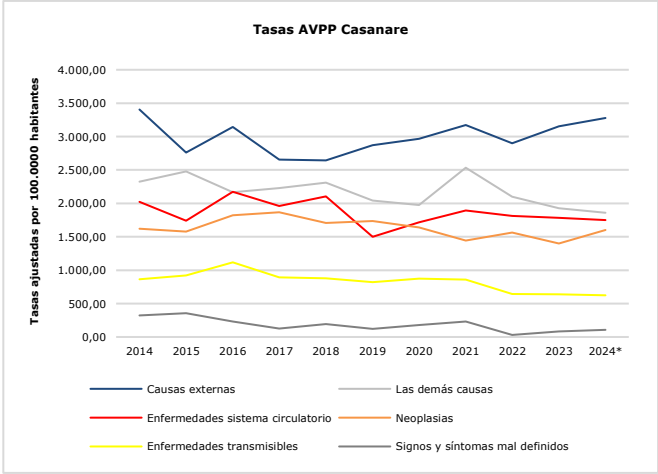
Las tasas de AVPP tiene un comportamiento similar a lo descrito dado a que mantiene el mismo orden y magnitud de las principales grandes causas de mortalidad. En los últimos dos años se presentan un aumento notorio de la tasa de Causas externas con una variación positiva de 11.61%, con cifras de 2,898.62 en 2022 a 3,279.37 en 2024pr; no obstante, en el 2021 la cifra superaba los 3,000 AVPP por 100.000 habitantes. El pico más alto se registró en 2014 con un valor de 3,405.22, siendo el más alto comparado con las otras grandes causas.

Por sexo, se destaca en hombres la amplia diferencia entre las tasas de las Causas externas con respecto a las demás causas con proporciones que superan el 40% de todos los AVPP en cada año para la última década; para el 2024pr presenta una tasa de 5706.14 por 100.000 habitantes, más del doble de lo reportado para la segunda gran causa (Las demás causas). En mujeres las brechas no son tan evidentes entre las primeras tres Grandes Causas, mostrando una tendencia a la baja en los últimos tres años. Sin embargo, las neoplasias se encuentran muy cerca de Las demás causas en primer lugar con un promedio de 24.99% AVPP desde 2014.

Figura 15.

Tasas ajustadas y AVPP Gran Causa, 2014-2024pr





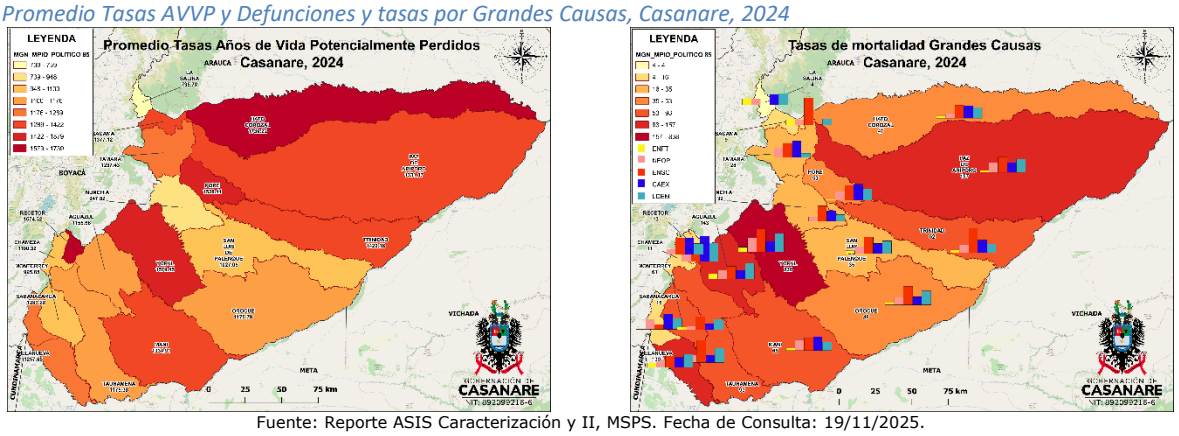
Fuente: Reporte ASIS, MSPS. https://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/ y https://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Desagregado a nivel geográfico, se observa que en términos absolutos que Yopal registra la mayor cantidad de AVPP para el 2024pr con 37.630, seguido por Paz de Ariporo y Aguazul con 6809 y 5921 AVPP, respectivamente. En término de tasas, el comportamiento cambia colocando en primer lugar a Hato Corozal, Recetor y Yopal con los de mayores tasas en promedio. Las enfermedades del Sistema Circulatorio presentan las tasas más altas en la mayoría de los municipios a excepción de La Salina, Recetor, Sabanalarga y Támara que tienen en primer lugar a las Causas externas. La tasa más alta la registra el municipio de Trinidad con Enfermedades del Sistema Circulatorio con un valor de 217.37 por 100.000 habitantes.

El municipio Recetor tiene la particularidad de presentar la tasa bruta de mortalidad más alta del departamento asociada a defunciones por Causas externas, principalmente, por accidentes de transporte terrestre en hombres como actor vial motociclistas. De los 241 AVPP el 54% (n=130) corresponden a Causas externas en hombres.

Mapa 24.

Promedio Tasas AVVP y Defunciones y tasas por Grandes Causas, Casanare, 2024



Fuente: Reporte ASIS Caracterización y II, MSPS. Fecha de Consulta: 19/11/2025.

3.2.3 Mortalidad específica por subgrupo

3.2.3.1 Mortalidad Enfermedades del Sistema circulatorio

La principal sub-causa de atenciones en el departamento son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 83.49 muertes por 100.000 habitantes para 2024pr, aportando el 47.63% (n=2244) de las muertes en la última década; seguido de las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 28.17 y un aporte del 21.99% (n=1036) de las muertes, en la tercera sub-causa se ubican las enfermedades hipertensivas con una tasa de 16.60 y un aporte de 12.33% (n=581).

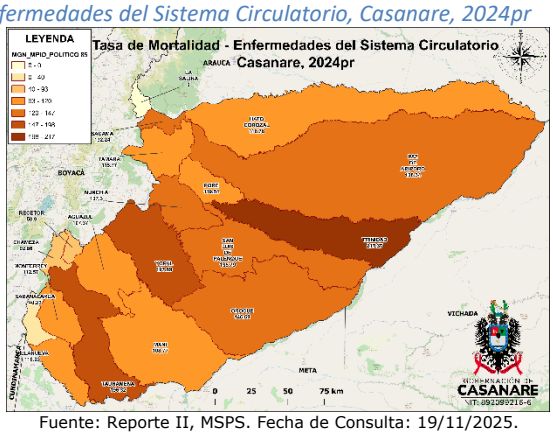
El comportamiento de las sub-causas es heterogéneo, mientras las Enfermedades isquemias del corazón tienen una tendencia al aumento, especialmente a partir del año 2020; las demás han sufrido un descenso progresivo. Las enfermedades cerebrovasculares a pesar de su descenso drástico en el 2018, viene presentando un leve aumento en el último quinquenio.

Para ambos sexos el patrón descrito es similar en términos similares, con un aumento considerable en hombres de las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de mortalidad de 105.79 para 2024pr (n=1345); por otro lado, en mujeres también es la primera sub-causa, sin embargo, su magnitud es menor con una tasa de 62.91 muertes por cada 100.000 habitantes (n=899). Desde el 2020 este tipo de muertes viene en aumento para los hombres superando la tasa más alta durante la última década registrada en el 2015 con un valor de 102.35. Las demás enfermedades del sistema circulatorio se encuentran cercanas unas de otras.

Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en población de 30 a 70 años en el departamento para el 2024pr, con una tasa de mortalidad prematura de 90.71 defunciones por 100.000 habitantes, evidenciando un aumento de 8.33 pp en los últimos años (2018: 83.15 x 100.000 hab.). Los municipios de Hato Corozal, Nunchía, Trinidad y Orocué presentaron mayor mortalidad con tasas de 183.19, 148.40, 140.82 y 110.70, respectivamente. El departamento se encuentra por debajo de la tasa de mortalidad prematura nacional con un valor de 94.63. En población general los municipios de Trinidad, Yopal, Tauramena y Orocué tienen las mayores tasas de mortalidad.

Las Enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte en el mundo y en Colombia; junto con cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas conforman el grupo de ECNT que comparten factores de riesgo comportamentales (consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, ingesta de sal/sodio y uso de tabaco) y metabólicos (presión arterial y glucosa elevadas, y obesidad), soportan la mayor carga de morbi-mortalidad y traen consecuencias negativas en términos de costo de atención, pérdida de productividad y problemas psico siales (Pérez-Flórez & Achcar, 2021). En el departamento existen circunstancias y condiciones de vida particulares que afectan diferencialmente la salud de la población, principalmente determinadores como la pobreza, barreras en el acceso integral a servicios primarios de atención e inadecuados hábitos alimenticios arraigados culturalmente en donde hace falta mayores intervenciones comunitarias para su transformación.

Mapa 25.
Tasa de mortalidad ajustada Enfermedades del Sistema Circulatorio, Casanare, 2024pr



Fuente: Reporte II, MSPS. Fecha de Consulta: 19/11/2025.

3.2.3.2 Mortalidad por Las demás causas

Durante la última década hubo un incremento de 35 pp para las Demás Causas. La principal sub-causa para el 2024pr fueron las enfermedades crónicas de las

vías respiratorias inferiores con una tasa de 37.37 muertes por 100.000 habitantes, con una tendencia al alta desde 2021 y un aumentando respecto al año anterior de 23.1pp. Los eventos precursores como la Diabetes mellitus se ubican en la segunda posición con una tasa de 19.87 por 100.000 habitantes, aumentando un 5.4 pp respecto del año anterior; en tercer lugar, se encuentra el Resto de las enfermedades del sistema digestivo con una tasa de 11.59 y una disminución del 2.3 pp comparado con el 2023.

Se destaca una tendencia a la disminución de varias sub-causas, entre ellas, la más notoria son las Enfermedades del sistema Urinario que han tenido un marcado descenso desde su pico en 2017 con una disminución de 90.6 pp. Para la última década las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas presentan una disminución del 84.6%, y las Deficiencias y anemias nutricionales con una disminución de 11.1 pp.

Por sexo se mantienen las tres primeras sub-causas, en las mujeres se ubican en cuarto lugar Resto de enfermedades. Las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores refleja un aumento drástico en hombres con una tasa de 27.42 para 2023 y una tasa de 49.09 para 2024pr; en mujeres el aumento es evidente desde 2022 con una tasa de 23.44 subiendo a 27.65 para 2024 pr. Por el contrario, el subgrupo de Resto de enfermedades del sistema urinario muestra disminución en ambos sexos; para las mujeres pasó de una tasa de 22.16 para 2017 a 8.55 para 2024pr; en el mismo período en hombres pasó de una tasa de 40.59 a 7.79.

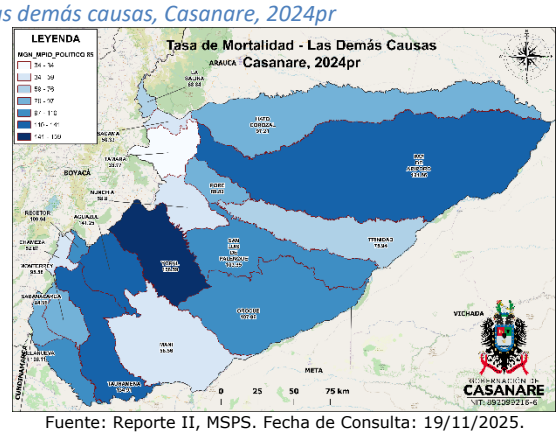
Los municipios de Tauramena y Nunchía presentaron las mayores tasas de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias con valores de 27.51 y 24.73, respectivamente. Los municipios con mayores tasas de mortalidad por el Gran grupo de Las demás causas son Yopal, Aguazul, Tauramena y Paz de Ariporo con valores de 158.59, 141.25, 134.91 y 121.66, respectivamente.

Las Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) se encuentran entre las principales causas de muerte y discapacidad en la Región de Las Américas. Dentro de los principales factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la contaminación del aire en el medio ambiente, y la exposición a productos químicos en los entornos. Aunque Colombia muestra un descenso marcado en la tasa de mortalidad desde el 2000, continúa ubicándose en el quintil más alto con una tasa de 42.7 para 2019 (OPS, 2020). El departamento no es ajeno a este contexto regional con factores de riesgo como la contaminación del aire, particularmente las exposiciones ocupacionales, y asociadas a comorbilidades

que incluyen antecedentes de tuberculosis en poblaciones con vulnerabilidad socioeconómica.

Mapa 26.

Tasa de mortalidad ajustada Las demás causas, Casanare, 2024pr



Fuente: Reporte II, MSPS. Fecha de Consulta: 19/11/2025.

3.2.3.3 Mortalidad por Causas externas

Los Accidentes de transporte terrestre presentan la mayor tasa de mortalidad para el 2024pr con 38.26 muertes por 100.000 habitantes, aportando el 45.35% (n= 1458) de las muertes en los últimos 10 años; seguido de las Agresiones (homicidios) con una tasa de 18.68 y aportando el 24.73% (n=795) de las defunciones y las Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una tasa de 5.66 y un aporte del 8.24% (n=265).

El comportamiento en los últimos años ha sido oscilante sin una tendencia clara, a excepción de los accidentes de transporte terrestre con un aumento en los últimos dos años consecutivos. Por sexo, se presenta un gradiente diferencial para los Accidentes de transporte terrestre con mayor carga en hombres que aportan el 82.51% de las muertes en la última década (n=1203); principalmente, en jóvenes entre 15 a 44 años que concentra el 66.33% de los desenlaces fatales (n=798); desde el 2014 se ha presentado un aumento del 28.7% a nivel general y en hombres se amplía la brecha a 33.5 pp mientras que para las mujeres disminuye en 4.3 pp, comparado con el 2023, la reducción es de 56.5 pp.

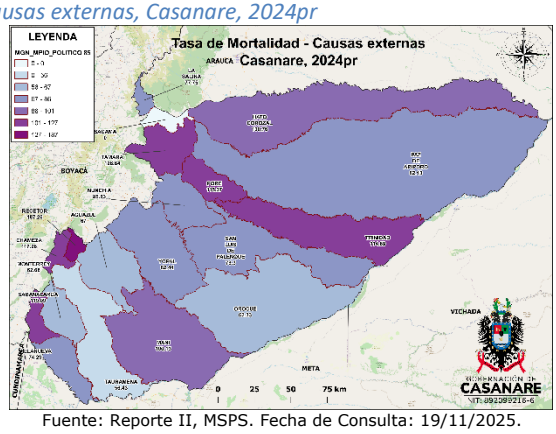
Si bien en la segunda posición se mantiene las Agresiones (homicidios) en ambos sexos, con una marcada diferencia en términos de magnitud con tasas de 32.5 y 5.02 para hombres y mujeres, respectivamente; en ambos sexos se presenta un leve incremento en la última década con mayor carga en hombres. Las Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) ocupan el tercer lugar en hombres, por el contrario, en mujeres se encuentra rezagada por encima de eventos de intención no determinada, Los demás accidentes y Caídas. Durante

este período, el 81.13% (n=215) de los suicidios han ocurrido en hombres, de los cuales el 54.88% (n= 118) se encuentran en edades de 15 a 39 años y con una probabilidad de ocurrencia 4.2 veces mayor respecto a las mujeres.

Los municipios de Recetor, Támara, Sabanalarga, Chámeza, Trinidad y Pore tienen las tasas más altas para el gran Grupo de Causas externas con valores superiores a las 100 muertes por 100.000 habitantes y superando el valor nacional de 60.76 para 2024pr. Según el Observatorio de la ANSV, los municipios de Aguazul, Yopal y Pore presentan los mayores índices de fatalidad para el 2023; sin embargo, a nivel de tasas aparece Chámeza, Aguazul, Pore, Tauramena, Nunchía y Trinidad en los primeros lugares (Agencia Nacional de Seguridad Vial, 2025). La alta accidentabilidad representa uno de los principales problemas de salud pública del territorio determinado, entre otras causas, a la carencia y/o deterioro de las vías de acceso primarias y urbanas, la poca adherencia al uso de los Elementos de Protección Personal, y una débil promoción de la cultura vial por el respeto de las normas de tránsito.

Mapa 27.

Tasa de mortalidad ajustada Causas externas, Casanare, 2024pr



Fuente: Reporte II, MSPS. Fecha de Consulta: 19/11/2025.

3.2.3.4 Mortalidad por Neoplasias

La principal sub-causa para el 2024pr fue Tumor maligno de próstata con una tasa de mortalidad de 18.04 muertes por 100.000 habitantes, seguido por Tumor maligno de la mama de la mujer con 12.97, Tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas con 12.21 y Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con 11.66. En general, el comportamiento es fluctuante con tendencias al aumento para el tumor de la próstata en los últimos dos años.

Durante la última década el Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, y Tumor maligno del estómago aportan

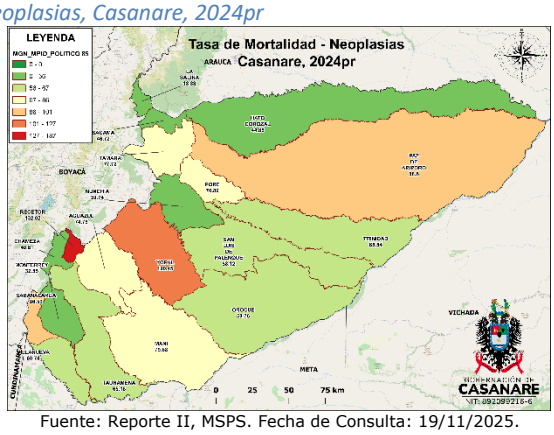
el 40.87% (n= 1.189). Los tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido y Tumor malignos de la mama de la mujer aportan el 15.81% de las muertes. Esta última sub-causa ha tenido un aumento del 66.7% desde 2014 pasando de 12 a 27 muertes reportadas. No obstante, el tumor maligno de la próstata superó a Tumor maligno de la mama de la mujer para el último año.

En los hombres los tumores malignos de la próstata se encuentran en primer lugar con una tasa de 15.69, seguido por los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 15.69, tumor maligno de estómago con 14.80, Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto el estómago y colon con 12.64, y Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con 11.52. Estos cinco (5) sub-grupos aportan el 61.74% (n=915) de las muertes en la última década, y tienen una tendencia al aumento en los últimos tres años.

En las mujeres el tumor maligno de la mama, tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas, tumor maligno del cuello del útero y tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo aportan el 53.61% (n=899) de las muertes durante la última década. El tumor maligno del cuerpo del útero, tumor maligno del cuello del útero y tumor maligno de mama presentaron variación negativa con respecto al año anterior con 33.3 pp, 25 pp y 18.5 pp, respectivamente. A nivel general, las Neoplasias en mujeres fueron la segunda gran causa con mayores AVPP con el 25% para el 2024pr. A nivel nacional desde 2009 se constituyen en la segunda causa de AVPP, después del grupo de Las demás causas (J. A. Daza et al., 2024).

Los municipios de Recetor, Sabanalarga, Paz de Ariporo y Yopal presentan la tasa más alta de mortalidad prematura por neoplasias con valores de 255.43, 109.59, 102.60 y 102.04, respectivamente. De igual manera, se evidencia que los municipios con mayores tasas de mortalidad para 2024pr por la Gran Causa Neoplasias son Recetor, Yopal, Paz de Ariporo, Sabanalarga y Maní con valores de 132.02, 120.45, 86.59, 88.6 y 79.88, en su orden. El valor departamental de 84.67 muertes por 100.000 habitantes se encuentra levemente por debajo del valor nacional con 85.79.

Mapa 28.
Tasa de mortalidad ajustada Neoplasias, Casanare, 2024pr



Fuente: Reporte II, MSPS. Fecha de Consulta: 19/11/2025.

3.2.3.5 Mortalidad por Enfermedades transmisibles

Las Infecciones Respiratorias Agudas - IRA tienen la mayor tasa de mortalidad con 13.61 casos por 100.000 habitantes para 2024pr; seguido por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia que están a la baja desde el 2019 y registran una tasa de 3.35, Enfermedad por VIH (SIDA) y Tuberculosis con tasas de 2.97 y 2.30, respectivamente. Para la última década el subgrupo Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias reportan la mayor cantidad de defunciones con 50.27% (n= 1209), seguido por IRA con 20.46% (n= 492).

Por sexo se observa el mismo patrón con la primera sub-causa IRA con una tasa de 14.33 y 12.85 para hombres y mujeres, en su orden; seguido por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, con tasas de 3.15 y 3.55, respectivamente. No obstante, Resto de ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias aportan cerca de la mitad de las muertes, seguido por IRA. La Tuberculosis ha venido en aumento ubicándose en tercer lugar para 2023 por encima del VIH (SIDA) con una tasa de 6.47 por 100.000 habitantes en hombres, no obstante, para las mujeres se encuentra en cuarto lugar debajo de Enfermedades infecciosas intestinales con una tasa para el 2023 de 1.91.

Para 2024pr las muertes por IRA vienen en aumento con una variación positiva de 4 pp, seguido por Enfermedad por el VIH (Sida) y Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con un aumento respecto al año anterior de15.4 pp y 22.2 pp, en su orden. En las mujeres las IRA y la Tuberculosis muestran una variación positiva con un aumento de 38.5 pp y 33.3 pp.

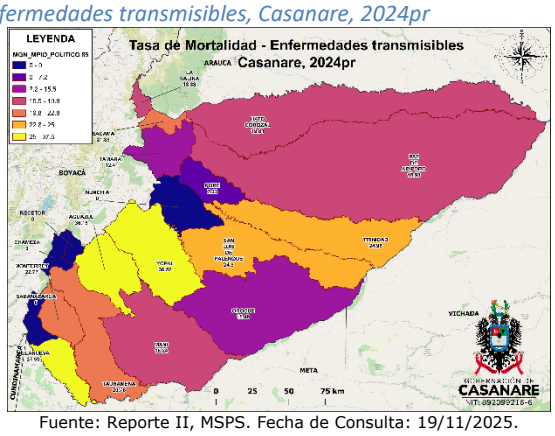
Las IRA son la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente en los países del desarrollo, ubicándose entre las diez

principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años (García Rosique, 2010). En el último quinquenio se han presentado 10 muertes por neumonía en menores de 5 años; Asimismo, en población general se presentaron 10.356 muertes por IRA en el 2024pr. Existen otras transmisibles como Tuberculosis, VIH / Sida y Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia (vg. Dengue) que, aunque presentan mecanismos de transmisión distintos, comparten similitudes de factores determinantes como déficit de vivienda y condiciones de entornos, hacinamiento, precariedad económica, migración y variabilidad climática que configuran una transición de un perfil epidemiológico prolongado, caracterizado por una "doble carga" de enfermedad con aumento de las ECNT y una persistencia de ciertas enfermedades transmisibles.

Los municipios con mayores tasas de mortalidad por Gran causa Enfermedades transmisibles se encuentran en Villanueva, Yopal y Aguazul con valores de 37.59, 36.57 y 36.18, en su orden.

Mapa 29.

Tasa de mortalidad ajustada Enfermedades transmisibles, Casanare, 2024pr



Fuente: Reporte II, MSPS. Fecha de Consulta: 19/11/2025.

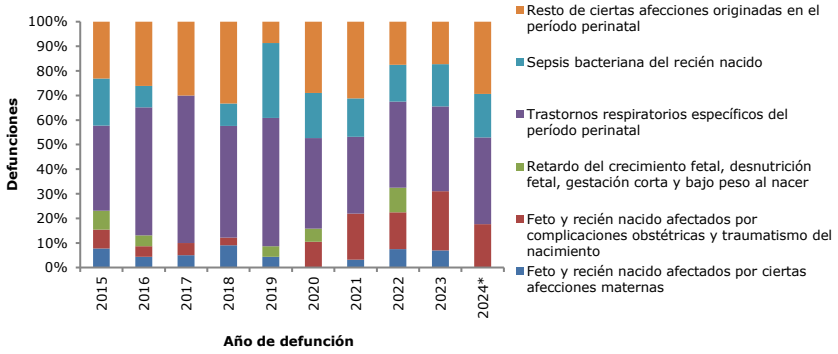
3.2.3.6 Mortalidad por Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

La sub-causa que más aporta son Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con el 40.57% (n= 114) de las muertes durante la última década, seguido del Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con el 24.56% (n= 69), y Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con el 15.30% (n= 43). Sin embargo, según el histórico las afecciones de Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento tienen una tendencia al aumento para el 2024pr de 33.3% de las muertes respecto al 2015. Para 2024pr se observa una tendencia a la baja en todas las afecciones.

Por sexo se presenta un comportamiento similar: en primer lugar, se mantiene Trastornos respiratorios específicos del período perinatal, seguido por Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y Sepsis bacteriana del recién nacido. No obstante, en hombres se presenta el 56.2% de las muertes acumuladas para ese período. A nivel territorial se observa que para 2024pr los municipios de Yopal, Hato corozal, Tauramena, Maní y Pore presentaron muertes perinatales.

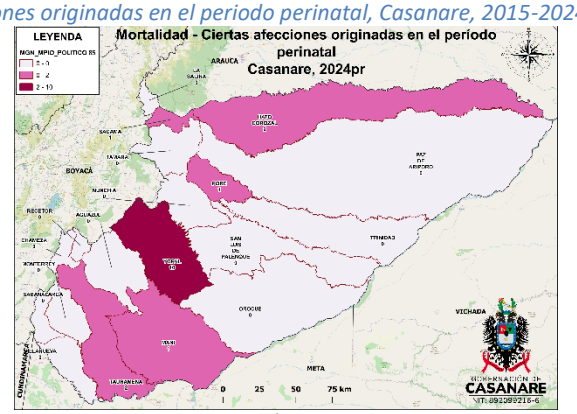
Figura 16.

Proporción de muertes por Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Casanare, 2015-2024pr



Mapa 30.

Mortalidad por Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Casanare, 2015-2024pr



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, SISPRO. Fecha de Consulta: 19/10/2025.

3.2.4 Semaforización mortalidad por sub-causas específicas

El comportamiento de los indicadores de mortalidad ha sido variable durante la última década. Sin embargo, indicadores como la mortalidad por accidentes de transporte terrestre, por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y por Diabetes mellitus son significativamente más altos comparado con el indicador nacional. Otros indicadores como tumor maligno de mama, enfermedades isquémicas del corazón y trastornos mentales y del comportamiento también superar el valor nacional pero no hay diferencias estadísticas.

Por el contrario, indicadores como enfermedades cerebrovasculares, tumor maligno del cuello uterino, homicidios y enfermedades transmisibles muestran un franco descenso. El tumor maligno de próstata y tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas muestran un comportamiento fluctuante.

Tabla 10.

Semaforización de las tasas de mortalidad ajustada por causas específicas. Casanare 2006 a 2024pr

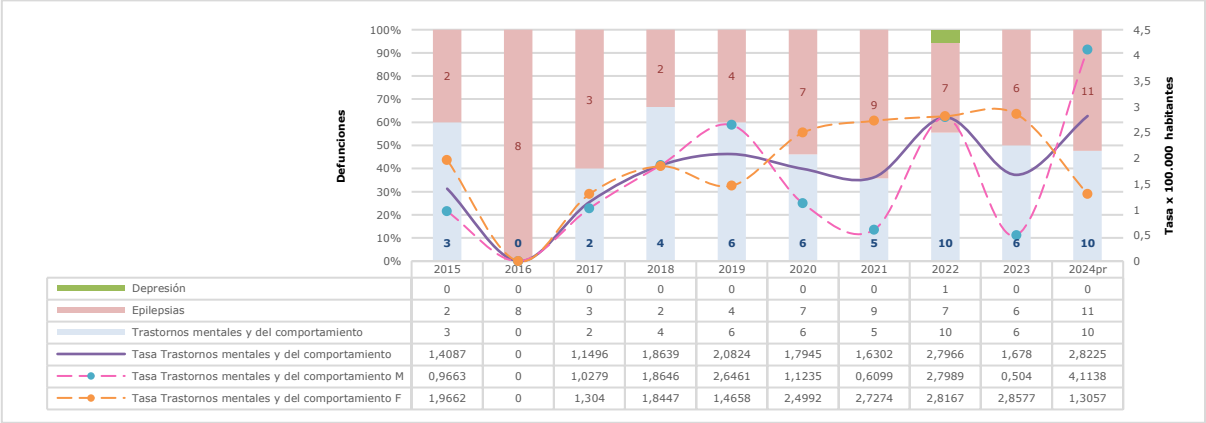
Causa de muerte	Colombia	Casanare	Comportamiento 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024pr	Tendencia	Persistencia
Tasa de mortalidad ajustada por accidentes de transporte terrestre	15.45	38.26	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗		60.00
Tasa de mortalidad ajustada por Enfermedades isquémicas del corazón	68.74	83.49	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗		70.00
Tasa de mortalidad ajustada por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	23.95	37.37	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗		40.00
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades cerebrovasculares	25.45	28.17	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		70.00
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas	12.07	12.21	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘		40.00
Tasa de mortaldiad ajustada por Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, exepto estómago y colon	13.79	11.66	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗		50.00
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de mama	11.49	12.97	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘		60.00
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno del cuello uterino	6.01	5.81	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘		30.00
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de la próstata	12.29	18.04	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗		60.00
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno del estomago	8.32	9.81	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗		70.00
Tasa de mortalidad ajustada por diabetes mellitus	12.37	19.87	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗		50.00
Tasa de mortalidad ajustada por lesiones autoinflingidas intencionalmente	5.55	5.66	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘		60.00
Tasa de mortalidad ajustada por trastornos mentales y del comportamiento	3.30	2.82	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗		60.00
Tasa de mortalidad ajustada por agresiones (homicidios)	25.90	18.68	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗		50.00
Tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles	30.33	27.21	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗		40.00

Fuente: Reporte Caracterización y II, MSPS. Fecha de Consulta: 20/10/2025.

3.2.5 Mortalidad relacionada con salud mental

Durante el periodo 2015-2024pr se produjeron 361 muertes relacionadas con la salud mental en el departamento, el 68.98% corresponden a suicidios consumados (n= 249) siendo el año 2021 con mayor reporte de muertes por esta condición (n=40). Le siguen las muertes por epilepsia que aporta el 16.34% (n= 59), luego los Trastornos mentales y del comportamiento con el 14.40% (n= 52). Tanto en suicidios y Trastornos mentales los hombres reportan las mayores tasas por 100.000 habitantes.

Figura 17.
Mortalidad por Trastornos mentales y del comportamiento, Casanare, 2015-2024pr



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024pr
Depresión	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Epilepsias	2	8	3	2	4	7	9	7	6	11
Trastornos mentales y del comportamiento	3	0	2	4	6	6	5	10	6	10
Tasa Trastornos mentales y del comportamiento	1,4087	0	1,1496	1,8639	2,0824	1,7945	1,6302	2,7966	1,678	2,8225
Tasa Trastornos mentales y del comportamiento M	0,9663	0	1,0279	1,8646	2,6461	1,1235	0,6099	2,7989	0,504	4,1138
Tasa Trastornos mentales y del comportamiento F	1,9662	0	1,304	1,8447	1,4658	2,4992	2,7274	2,8167	2,8577	1,3057

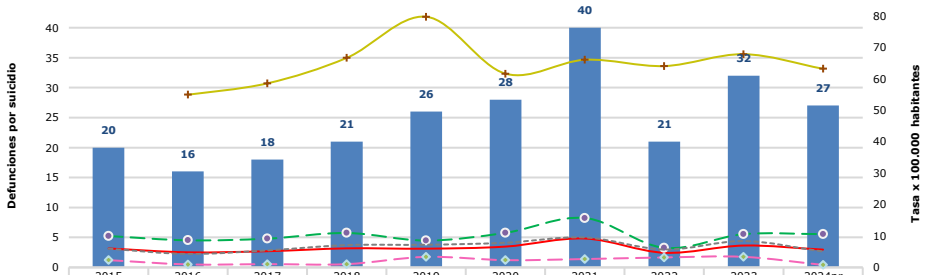
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE & Reporte ASIS I, MSPS. Fecha de Consulta: 05/11/2025.

Hasta el momento no se han reportado muertes asociadas con uso de SPA. Se destaca un incremento continuo, principalmente en suicidios con una leve disminución para el 2024pr. Por otro lado, se compara el reporte de FORENSIS y se observa un comportamiento similar, aunque para algunos años el reporte es superior en términos de muerte. Comparando la incidencia de intento de suicidio se presenta una tasa muy superior que se ha mantenido estable los últimos cinco años.

Comparado con el nivel nacional se observa que el departamento presenta una tasa superior, con una brecha de 0.88 pp para el 2023. Es destacable indicar que a nivel de sexo las brechas aumentan considerablemente con una brecha de 7.21 pp para 2023 (hombres: 10.57 | mujeres: 3.36). En el país y en el mundo se observa la misma tendencia. Para 2021 la tasa de mortalidad fue notablemente más alta en los hombres con aproximadamente 3,7 muertes más por cada muerte femenina; sin embargo, desde inicio de siglo se ha experimentado un aumento brusco entre en las mujeres. En la región se presenta mayor proporción de suicidios en personas de 50 años o más (OPS, 2021).

Figura 18.

Mortalidad por Lesiones autoinfligidas (suicidio), Casanare, 2015-2024pr



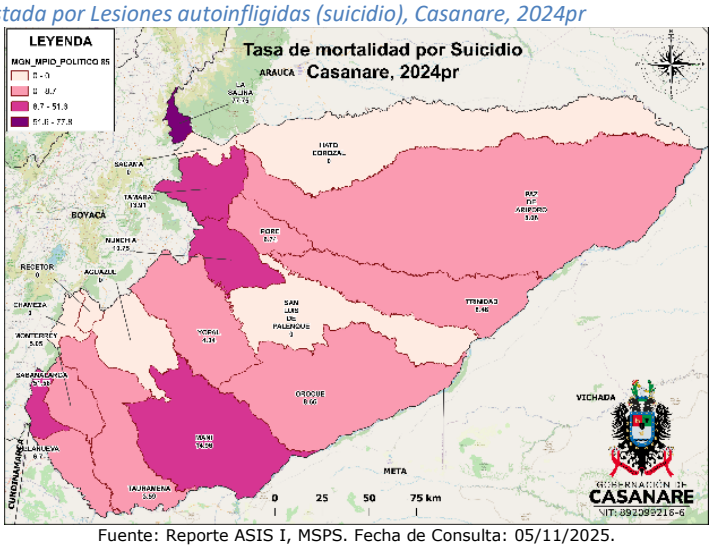
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024pr
Casos suicidio	20	16	18	21	26	28	40	21	32	27
Tasa suicidio	6,0287	4,8024	5,1541	6,0635	5,9619	6,6245	9,1877	4,6662	6,9533	5,6583
Tasa suicidio M	2,3168	0,9589	1,047	1,0485	3,3576	2,3204	2,6619	3,1705	3,3594	0,7995
Tasa suicidio H	9,9802	8,621	9,1433	10,9456	8,5394	10,997	15,7086	6,2214	10,5695	10,5771
Tasa suicidio Forensis	5,94	4,29	5,42	7,1	7,2	7,85	9,52	5,7	8,38	5,05
Tasa de incidencia intento suicidios		54,9	58,5	66,6	79,68	61,58	66	64	67,77	63,14

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE & Medicina Legal - FORENSIS. Fecha de Consulta: 05/11/2025.

Los municipios con mayores tasas de suicidio para el 2024pr fueron La Salina, Sabanalarga, Maní y Támara con valores de 77.75, 51.56, 14.96 y 13.91 por 100.000 habitantes, en su orden.

Mapa 31.

Tasa de mortalidad ajustada por Lesiones autoinfligidas (suicidio), Casanare, 2024pr



Fuente: Reporte ASIS I, MSPS. Fecha de Consulta: 05/11/2025.

3.2.6 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

3.2.6.1 Mortalidad infantil

En esta población se observa que el grupo de Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal tienen las tasas más altas en el período analizado, con una disminución del 8.45% respecto del año 2014, para 2024pr la tasa de mortalidad se encuentran en 3.66 por 1.000 nacidos vivos. En segundo lugar, se encuentra el grupo Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa para 2024pr de 2.37 con una variación negativa respecto al año

anterior de 0,21 y una reducción de 13.73% en la última década; y la tercera posición la ocupa las Enfermedades del sistema respiratorio de acuerdo con su comportamiento histórico con una tasa para 2024pr de 0.65 y una disminución de 9.73%.

Por sexo el comportamiento es similar para las primeras tres causas, no obstante, la cuarta posición en las mujeres lo ocupa Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas de acuerdo con el histórico con una tasa para 2024pr. Comparado con el año anterior, para ambos sexos incrementó las Enfermedades del sistema nervioso. En general, este evento tuvo un incremento de 0.43 pp.

3.2.6.2 Mortalidad de 1 a 4 años

Para esta población se observa que las Causas externas de morbilidad y mortalidad mantienen las tasas de mortalidad más elevadas en la última década con una tasa de 12.72 por 1.000 nacidos vivos para 2024pr y una disminución del 9.9%. En segundo lugar, se encuentran Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; seguido por Tumores. Comparado con el año anterior se observa aumento en Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Enfermedades del sistema nerviosa y Enfermedades del sistema digestivo.

Por sexo se mantiene las dos primeras casas, para las mujeres en la tercera posición se encuentra Enfermedades del sistema respiratorio. Comparado con el año anterior, las Enfermedades del sistema nervioso, las Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y Enfermedades del sistema digestivo registraron un aumento en hombres; por otro lado, en las mujeres las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y Enfermedades del sistema digestivo reportaron incrementos.

3.2.6.3 Mortalidad en la niñez

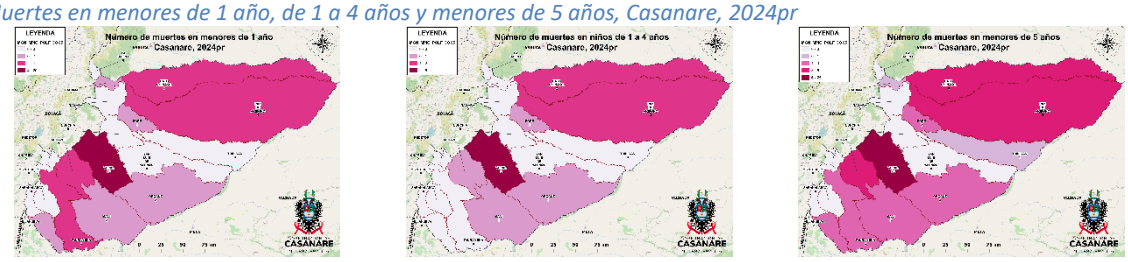
En primera causa de muerte se encuentra Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 43.37 muertes por cada 1.000 menores de 5 años, con una variación positiva de 32.30 pp respecto anterior y una disminución porcentual de 78.68% en los últimos 10 años. En según orden se encuentran las Malformaciones congénitas con una variación porcentual de 8.47pp, seguido de Causas externas de morbilidad y mortalidad con una disminución de 30.18% desde el 2014.

Por sexo se mantiene las cuatro primeras posiciones; en quinto lugar, para los hombres se ubican las Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se

ubica en el quinto lugar, y en las mujeres esta Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. En ambos casos se registra una disminución considerable en Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; por el contrario, en ambos sexos se experimenta un incremento en Enfermedades del sistema nervioso.
A nivel municipal se presenta a Yopal como el de mayor aporte de estos tres grupos poblacionales durante la última década.

Mapa 32.

Muertes en menores de 1 año, de 1 a 4 años y menores de 5 años, Casanare, 2024pr



Fuente: Cubo Indicadores ASIS, MSPS. Fecha de Consulta: 05/11/2025.

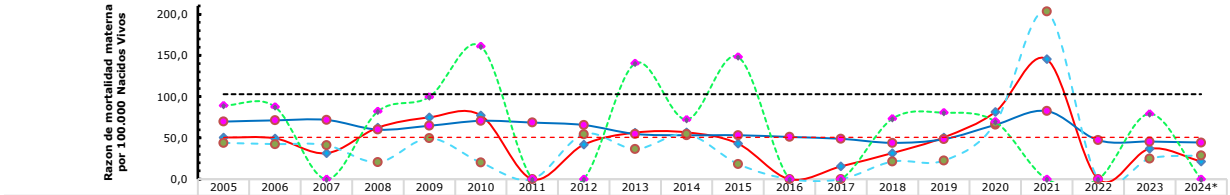
3.2.7 Análisis de desigualdades de la mortalidad materna-infantil y niñez

3.2.7.1 Razón de Mortalidad materna

El comportamiento del indicador ha sido heterogéneo, mostrando que para los años 2011, 2016 y 2022 no hubo muertes maternas; sin embargo, para el 2021 se presentó el pico más alto superando el valor nacional con una cifra de 145.3 muertes por 100.000 nacidos vivos. Si se observa por área geográfica existen brechas de desigualdad entre el área urbana y el área rural. En el área rural hay más disparidades mostrando picos más altos y superando la tasa nacional en varios años.

De acuerdo con el Plan de desarrollo vigente se fija la meta para 2027 de disminuir las muertes a 103 casos por 100.000 nacidos vivos. El departamento se ubica por debajo del umbral para 2024pr. No obstante, se debe señalar que la meta fijada para este cuatrenio se encuentra por debajo de los valores registrados por área geográfica, observándose mayores picos en las cabeceras a excepción del 2021 en donde el área rural dispersa supero el umbral.

Figura 19.
Razón de Mortalidad Materna, Casanare, 2025 a 2024pr

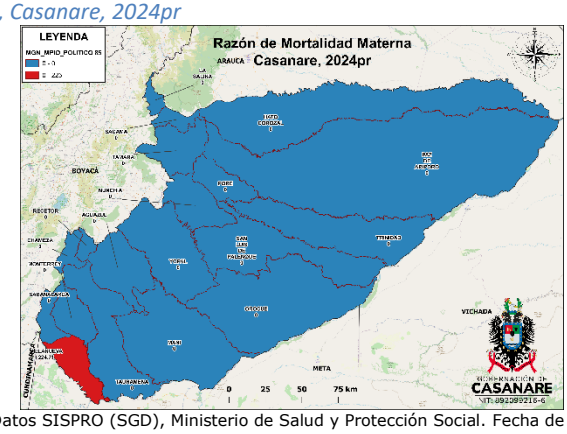


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Casanare	50,5	49,4	31,4	62,5	74,9	77,3	0,0	41,8	56,4	56,7	43,0	0,0	15,5	31,7	50,7	81,6	145,3	0,0	36,8	21,54
Colombia	69,8	71,3	71,8	60,1	64,8	70,7	68,6	65,6	54,8	53,2	53,3	51,2	49,0	44,0	48,5	65,8	82,6	47,2	45,6	44,45
Cabecera	44,0	42,5	41,2	20,6	49,6	20,1	0,0	54,6	36,5	54,6	18,4	0,0	0,0	21,4	22,5	67,8	203,3	0,0	25,0	28,85
Área rural dispersa	89,4	87,6	0,0	82,2	99,7	161,0	0,0	0,0	140,4	72,3	148,1	0,0	0,0	73,4	80,6	69,8	0,0	0,0	79,2	0
Meta 2027	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Meta PDSP	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

El municipio de Villanueva presentó una muerte materna en el 2024pr, con una tasa de 224.72. Por etnia se destaca mortalidades en población indígena para el 2008, 2009, 2014, 2019 y 2021, con tasas muy superiores al promedio nacional. La mayor tasa se presenta para 2009 con 1.785,71 muertes. Desde 2005 se han presentado 15 muertes maternas en área rural con mayor proporción en los municipios de Yopal y Hato corozal con 26.7% cada uno.

Mapa 33.
Razón de Mortalidad Materna, Casanare, 2024pr



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

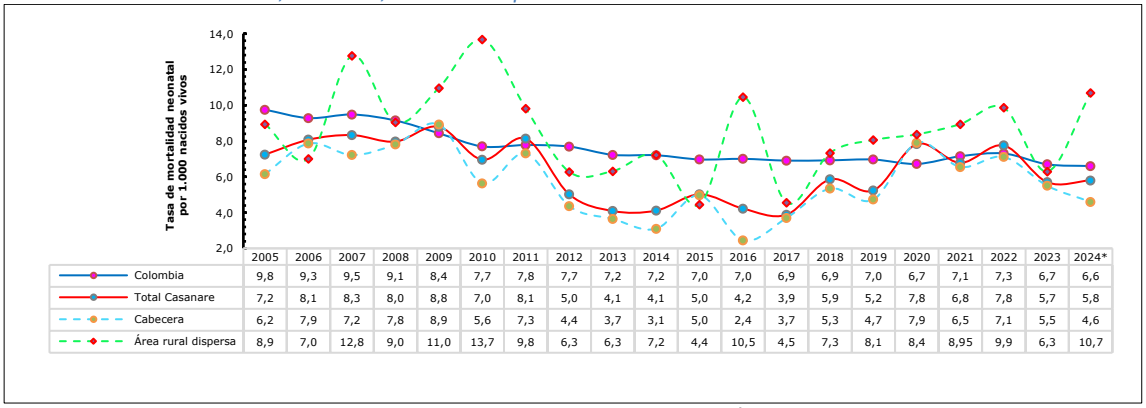
3.2.7.2 Tasa de Mortalidad neonatal

Históricamente la tasa del departamento se ha ubicado por debajo del promedio nacional con picos en los años 2009, 2011, 2020 y 2022. Por área geográfica, se observa una disparidad entre el área urbana y rural, presentando tasas más altas en esta última; para 2024pr superó el promedio nacional. Para este año el municipio de Yopal aportó el 51.85% de las muertes (n= 14/27).

Por grupo étnico se presentan tasas muy por encima del promedio departamental y nacional, reportando para el último año el valor más alto con una tasa de 89.29. Los municipios de Hato Corozal, Orocué, Paz de Ariporo y Sácama presentaron mortalidades para este grupo poblacional en el último año.

Figura 20.

Tasa de Mortalidad Neonatal, Casanare, 2025 a 2024pr



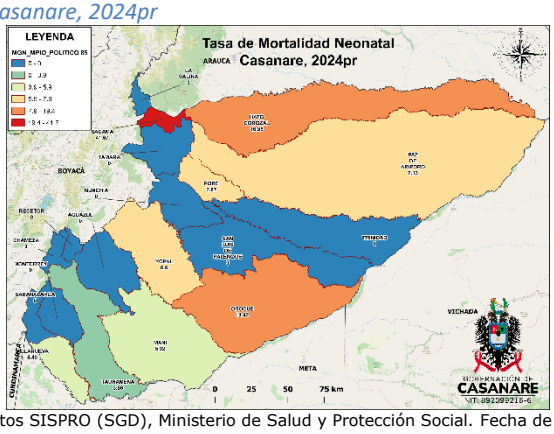
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Colombia	9,8	9,3	9,5	9,1	8,4	7,7	7,8	7,7	7,2	7,2	7,0	7,0	6,9	6,9	7,0	6,7	7,1	7,3	6,7	6,6
Total Casanare	7,2	8,1	8,3	8,0	8,8	7,0	8,1	5,0	4,1	4,1	5,0	4,2	3,9	5,9	5,2	7,8	6,8	7,8	5,7	5,8
Cabecera	6,2	7,9	7,2	7,8	8,9	5,6	7,3	4,4	3,7	3,1	5,0	2,4	3,7	5,3	4,7	7,9	6,5	7,1	5,5	4,6
Área rural dispersa	8,9	7,0	12,8	9,0	11,0	13,7	9,8	6,3	6,3	7,2	4,4	10,5	4,5	7,3	8,1	8,4	8,95	9,9	6,3	10,7

Fuente: Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

Nueve municipios presentaron muertes en el 2024pr, el municipio de Sácama, Orocué y Hato corozal presentaron las tasas más altas.

Mapa 34.

Tasa de Mortalidad Neonatal, Casanare, 2024pr



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

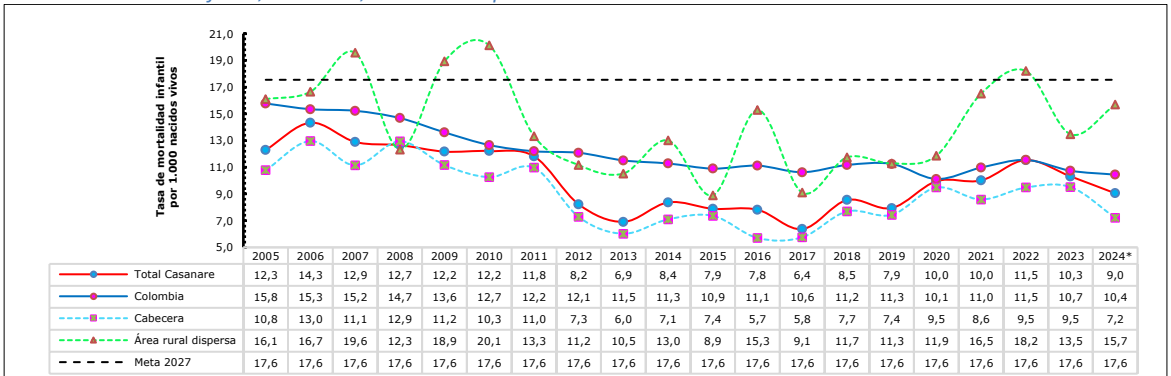
3.2.7.3 Tasa de Mortalidad infantil

Aunque la tasa de mortalidad infantil ha disminuido de forma constante desde 2005 en el país, con un leve repunte para el 2021, continúa siendo alta comparado con países desarrollados con registros inferiores a 10 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (J. Daza & Mendieta, 2024). En el departamento se ha presentado un comportamiento similar, ubicándose en toda la serie histórica por debajo del promedio nacional pasando de una tasa de 12.3 en 2005 a 9 con una reducción de absoluta de 35.89%; sin embargo, en el área urbana se presentan tasas que superan el umbral nacional y con sus picos más altos en 2007, 2010

y 2022. Por sexo se observa una marcada diferencia, siendo el sexo masculino el más afectado.

Figura 21.

Tasa de Mortalidad Infantil, Casanare, 2025 a 2024pr



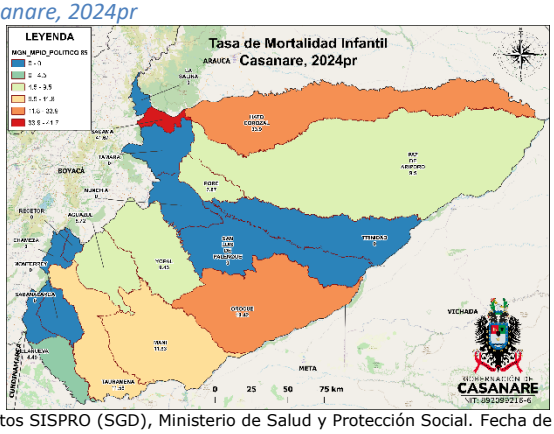
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Total Casanare	12,3	14,3	12,9	12,7	12,2	12,2	11,8	8,2	6,9	8,4	7,9	7,8	6,4	8,5	7,9	10,0	10,0	11,5	10,3	9,0
Colombia	15,8	15,3	15,2	14,7	13,6	12,7	12,2	12,1	11,5	11,3	10,9	11,1	10,6	11,2	11,3	10,1	11,0	11,5	10,7	10,4
Cabecera	10,8	13,0	11,1	12,9	11,2	10,3	11,0	7,3	6,0	7,1	7,4	5,7	5,8	7,7	7,4	9,5	8,6	9,5	9,5	7,2
Área rural dispersa	16,1	16,7	19,6	12,3	18,9	20,1	13,3	11,2	10,5	13,0	8,9	15,3	9,1	11,7	11,3	11,9	16,5	18,2	13,5	15,7
Meta 2027	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

En el año 2024pr 10 municipios reportaron muertes en menores de 1 año, con las tasas más altas en Sácama Hato Corozal y Orocué. Muchas de esas muertes pertenecen a población indígena.

Mapa 35.

Tasa de Mortalidad Infantil, Casanare, 2024pr



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

3.2.7.4 Tasa de Mortalidad en la niñez

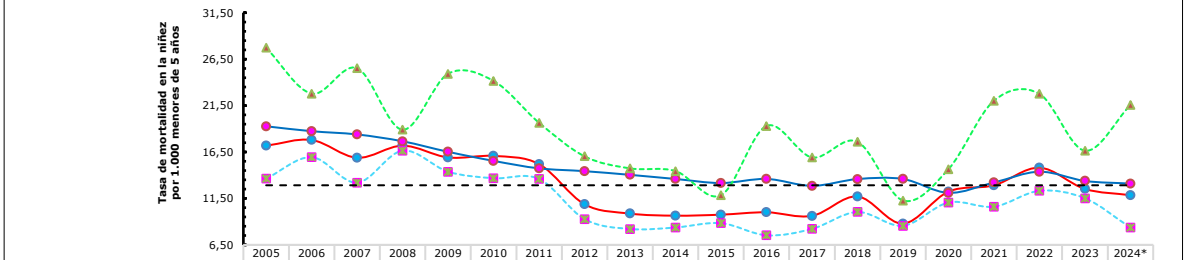
Colombia se encuentra por debajo del umbral fijado en los ODS que establece para 2030 reducir estas muertes al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos (J. Daza & Mendieta, 2024). El departamento venía presentando una disminución desde el 2011 ubicándose por debajo del promedio nacional, sin embargo, desde el 2020 se ha presentado un repunte hasta una tasa de 14.81 para 2022 superando el valor nacional y la meta fijada para 2027.

Por sexo se observa que la población masculina tiene un impacto mayor, superando el promedio departamental en gran medida e incluso el nacional en

los últimos cinco años. A nivel geográfico también hay una brecha considerable mostrando que en el área rural las tasas están por encima del promedio nacional.

Figura 22.

Tasa de Mortalidad en la Niñez, Casanare, 2025 a 2024pr



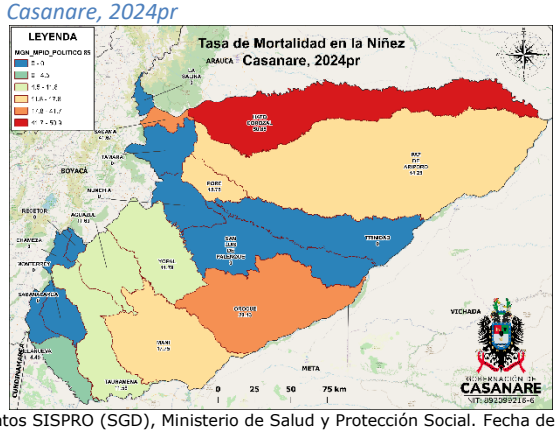
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Total Casanare	17,18	17,80	15,88	17,18	15,91	16,08	15,20	10,87	9,87	9,65	9,75	10,01	9,63	11,71	8,79	12,24	12,92	14,81	12,53	11,85
Colombia	19,27	18,74	18,39	17,66	16,52	15,55	14,74	14,44	14,04	13,60	13,16	13,60	12,86	13,59	13,59	12,10	13,22	14,38	13,39	13,10
Cabecera	13,64	15,94	13,20	16,65	14,38	13,68	13,61	9,28	8,21	8,37	8,84	7,53	8,22	10,05	8,56	11,07	10,61	12,33	11,52	8,37
Área rural dispersa	27,73	22,79	25,53	18,90	24,93	24,15	19,65	16,04	14,74	14,45	11,85	19,31	15,92	17,61	11,28	14,65	22,02	22,76	16,64	21,57
Meta 2027	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92	12,92

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

Para el 2024pr diez municipios presentaron muertes en menores de 5 años, en donde los municipios de Hato corozal, Sácama y Orocué presentaron las tasas más altas. Gran parte de los casos en esos municipios pertenecen a la población indígena.

Mapa 36.

Tasa de Mortalidad en la Niñez, Casanare, 2024pr



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

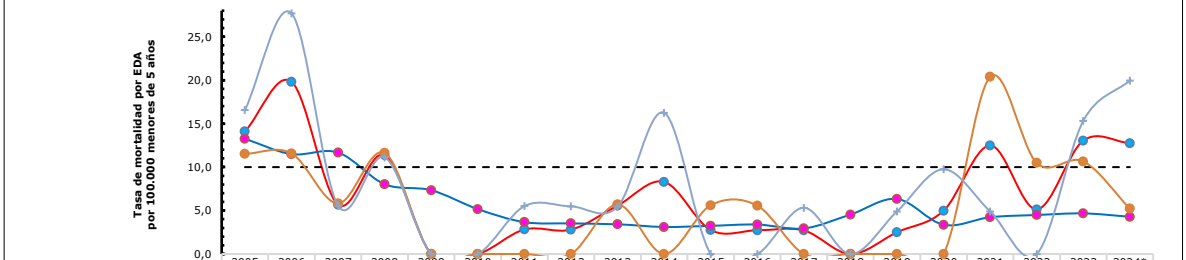
3.2.7.5 Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años

En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso hasta 2010 con una posterior estabilización. El comportamiento en el departamento ha sido menos estable superando el promedio nacional en varios periodos con un aumento en el año 2023 y manteniéndose para 2024pr, dejándolo por encima de la meta fijada. Por sexo se evidencia un comportamiento heterogéneo en ambos casos con mayores tasas y persistencia para el sexo masculino. Por área geográfica las brechas son más dramáticas con

mayor carga en el área rural, para ambos se presentaron muertes en el último año.

Figura 23.

Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por EDA, Casanare, 2025 a 2024pr



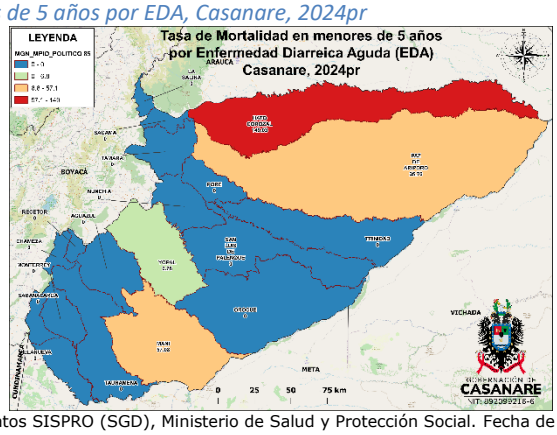
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Total Casanare	14,1	19,8	5,7	11,4	0,0	0,0	2,8	2,8	5,6	8,3	2,7	2,7	2,7	0,0	2,5	5,0	12,5	5,1	13,0	12,8
Colombia	13,3	11,5	11,7	8,0	7,3	5,2	3,7	3,5	3,4	3,1	3,2	3,4	2,9	4,5	6,3	3,4	4,2	4,5	4,7	4,3
Meta 2027	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Mujeres	11,5	11,6	5,8	11,6	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	5,6	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	20,4	10,5	10,7	5,2
Hombres	16,6	27,7	5,6	11,1	0,0	0,0	5,5	5,5	5,5	16,3	0,0	0,0	5,3	0,0	4,9	9,8	4,9	0,0	15,3	20,0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

El municipio de Hato corozal se presenta con la mayor tasa para 2024pr con un valor de 149.03, seguido por Maní y Paz de Ariporo.

Mapa 37.

Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por EDA, Casanare, 2024pr

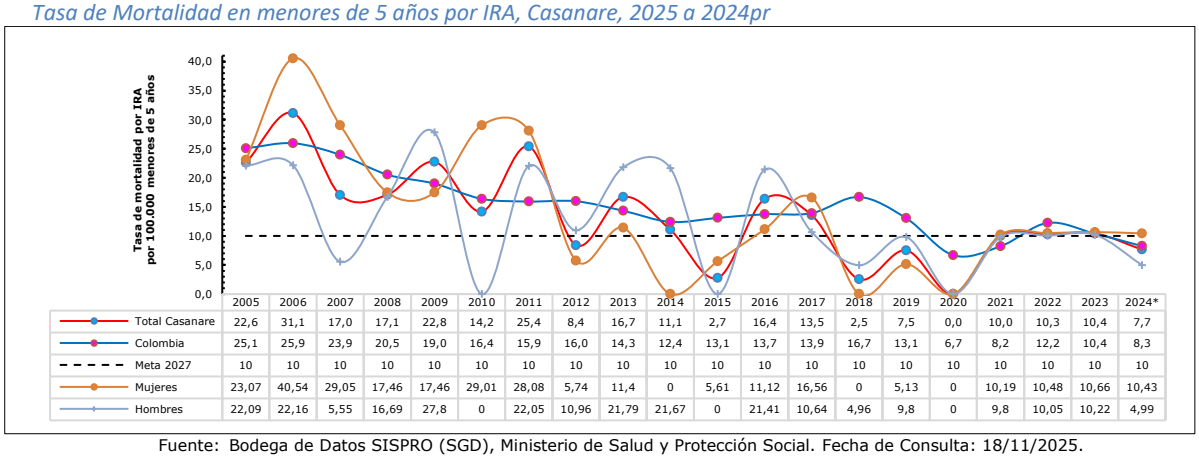


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

3.2.7.6 Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años

El comportamiento en el departamento ha sido fluctuante desde 2005 comparado con el nivel nacional, con una tendencia a la disminución con una tasa de 22.6 por 100.000 menores de 5 años a 7.7 para 2024pr. Se observan picos durante seis años que han superado el promedio nacional. Por sexo se presenta un comportamiento oscilante para ambos casos, no obstante, en mujeres inicialmente se presenta mayores tasas que se empieza a emparejar a partir del año 2018. A nivel geográfico persisten las brechas con mayor impacto en el área rural, sin embargo, sólo aporta el 28.9% de las muertes para esta serie de tiempo.

Figura 24.
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por IRA, Casanare, 2025 a 2024pr

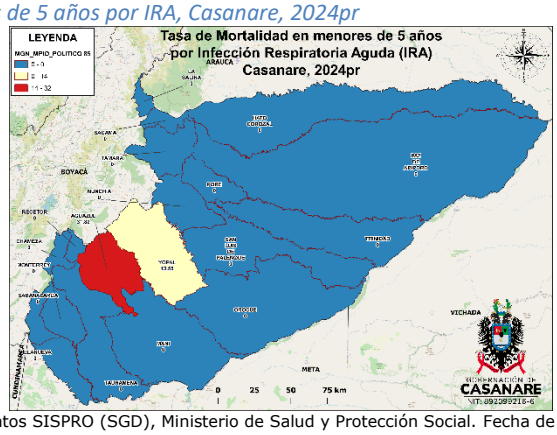


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Total Casanare	22,6	31,1	17,0	17,1	22,8	14,2	25,4	8,4	16,7	11,1	2,7	16,4	13,5	2,5	7,5	0,0	10,0	10,3	10,4	7,7
Colombia	25,1	25,9	23,9	20,5	19,0	16,4	15,9	16,0	14,3	12,4	13,1	13,7	13,9	16,7	13,1	6,7	8,2	12,2	10,4	8,3
Meta 2027	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Mujeres	23,07	40,54	29,05	17,46	17,46	29,01	28,08	5,74	11,4	0	5,61	11,12	16,56	0	5,13	0	10,19	10,48	10,66	10,43
Hombres	22,09	22,16	5,55	16,69	27,8	0	22,05	10,96	21,79	21,67	0	21,41	10,64	4,96	9,8	0	9,8	10,05	10,22	4,99

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

Para el año 2024pr se presenta muertes en Yopal y Aguazul con tasas de mortalidad de 13.55 y 31.82 por 100.000 niños menores de 5 años. Comparado con el año anterior, se presenta muertes en los mismos municipios y en Paz de Ariporo.

Mapa 38.
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por IRA, Casanare, 2024pr



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

3.2.7.7 Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años

En el 2022, el 90,40% de los casos de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición en Colombia ocurrió en niñas y niñas menores de 1 año. El comportamiento de las tasas desde el 2005 a nivel nacional ha tendido un comportamiento a la baja, con tres picos en el 2016, 2018 y 2022. La tasa para el departamento se ha mantenido por debajo del promedio nacional con el mayor pico en el 2022, registrando 12,82 muertes por 100.000 menores de 5 años; sin embargo, su comportamiento histórico ha sido fluctuante sin superar las 5 muertes en promedio por año.

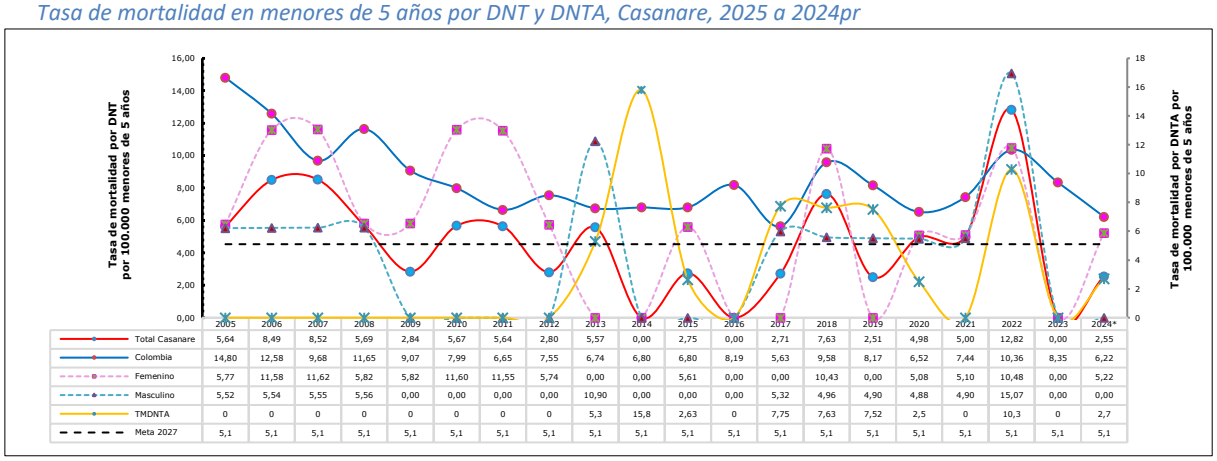
Aunque las tasas en hombres y mujeres presentan un comportamiento oscilante, la brecha impacta de forma negativa en las mujeres reflejando un promedio de

tasas más altas en el periodo analizado; mayor de 5 muertes respecto de 3 a 4 muertes en hombre por año. A nivel geográfico se identifica brechas relativas más altas en el área rural dispersa, para el año 2024pr se identifica (1 muerte) una tasa de 80.97 para Paz de Ariporo.

De acuerdo con el Sistema de vigilancia epidemiológico – SIVIGILA y el subsistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional – SISVAN del departamento, la Tasa de Mortalidad por Desnutrición Aguda en menores de 5 años (TMDNTA) para el año 2024 fue de 2.7, ocurrida en el municipio de Maní y es inferior a la presentada por la nación con una tasa de 5.8 por 100.000 menores en 5 años (M. C. Giraldo, 2025). Manteniéndose por debajo por debajo de la meta fijada a 2027 de 5.1 en el PTS 2024-2027.

Figura 25.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por DNT y DNTA, Casanare, 2025 a 2024pr



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Total Casanare	5,64	8,49	8,52	5,69	2,84	5,67	5,64	2,80	5,57	0,00	2,75	0,00	2,71	7,63	2,51	4,98	5,00	12,82	0,00	2,55
Colombia	14,80	12,58	9,68	11,65	9,07	7,99	6,65	7,55	6,74	6,80	6,80	8,19	5,63	9,58	8,17	6,52	7,44	10,36	8,35	6,22
Femenino	5,77	11,58	11,62	5,82	5,82	11,60	11,55	5,74	0,00	0,00	5,61	0,00	0,00	10,43	0,00	5,08	5,10	10,48	0,00	5,22
Masculino	5,52	5,54	5,55	5,56	0,00	0,00	0,00	0,00	10,90	0,00	0,00	0,00	5,32	4,96	4,90	4,88	4,90	15,07	0,00	0,00
TMDNTA	0	0	0	0	0	0	0	0	5,3	15,8	2,63	0	7,75	7,63	7,52	2,5	0	10,3	0	2,7
Meta 2027	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

3.2.7.8 Semaforización mortalidad materno-infantil y niñez

A partir del comportamiento histórico de los indicadores de impacto en esta población, se identifica que la mortalidad por EDA en menores de cinco años es significativamente mayor en el departamento con una tendencia al incremento; no obstante, durante la última década, la mortalidad materna y por desnutrición en menores de 5 años tienen una mayor una persistencia con el 63.64% (7/11). A pesar de la tendencia al incremento en la mayoría no hubo diferencia estadísticamente significativa respecto al promedio nacional.

El análisis de brechas de estos indicadores trazadores muestra que el único indicador que mostró diferencias relativas negativas fue la mortalidad materna, comparando los años 2019 y 2024. Sin embargo, en el año 2020 y 2021 se presentaron varias muertes maternas (5 y 9, respectivamente) superando para

este último año la meta definida; para el año en curso, se presentaron 5 muertes materna según datos preliminares.

A nivel geográfico no sólo observamos brechas entre las cabeceras municipales respecto de los centros poblados y rural disperso para estos indicadores; si revisamos las diferencias relativas por área en los años 2019 y 2024, se presenta mayores variaciones al aumento en áreas dispersas a excepción de la mortalidad materna y de la mortalidad en menores de 5 años por IRA. Los eventos con mayores diferencias relativas en el área rural están relacionados con el saneamiento básico y la seguridad alimentaria y nutricional en la niñez.

Tabla 11.

Semaforización tendencia de la mortalidad materno – infantil y de la niñez, 2006 – 2024pr

Causa de muerte	Colombia 2024	Canasare 2024*	Comportamiento											
			2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia	Persistencia
Razón de mortalidad materna	44.45	21.54	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘		63.64
Tasa de mortalidad neonatal	6.62	5.82	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		54.55
Tasa de mortalidad infantil	10.45	9.05	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘		45.45
Tasa de mortalidad en la niñez	13.10	11.85	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘		54.55
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8.25	7.65	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘		45.45
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4.29	12.76	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘		45.45
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6.22	2.55	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		63.64

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) - MSPS, Registro de Estadísticas Vitales DANE. Fecha de Consulta: 18/11/2025.

3.2.8 Índice de Necesidades en Salud

Se define el Índice de Necesidades en salud (INS) para el departamento a partir de la selección de indicadores priorizados[9] con características que representan dimensiones importantes en salud (demográficas, territoriales, determinantes intermediarios y estructurales, carga de enfermedad), que son idóneos[10] para expresar la situación de salud a nivel geográfico dado la evaluación de la información cuantitativa analizada para esta vigencia (Jaimes, 2016).

El resultado obtenido indica que la zona norte y algunos municipios de la zona sur son los de mayores necesidades en salud que están relacionados con los determinantes sociales de la salud (DSS). Los municipios del primer cuartil que lo integran Hato Corozal, Nunchía, Orocué, Sácama y La Salina presentan un alto riesgo para la salud de su población. Comparado con el año anterior,

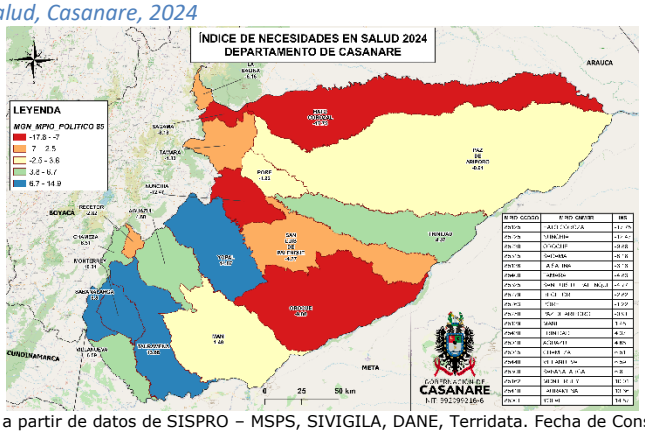
[9] Dentro de los indicadores se incluyen: proporción de población en miseria, porcentaje de analfabetismo, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad perinatal, infancia y niñez, cobertura de afiliación al SGSSS, IRCA, recién nacidos con bajo peso al nacer a término, nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, cobertura administrativa de vacunación con BCG para nacidos vivos, tasa bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad, Tasa de Incidencia para dengue, porcentaje de partos institucionales, entre otros.

[10] Los indicadores idóneos deben cumplir con las siguientes características: represente dimensiones importantes en salud, válido en medir lo que pretende, sensible para que distinga entre elementos e independiente del resultado de otros indicadores.

persisten en este grupo Hato Corozal, Nunchía y Orocué en las primeras posiciones.

Mapa 39.

Índice de Necesidades en Salud, Casanare, 2024



Fuente: elaborado a partir de datos de SISPRO – MSPS, SIVIGILA, DANE, Territata. Fecha de Consulta: 10/11/2025.

3.2.9 Prioridades identificadas por mortalidad

Según los indicadores de mortalidad priorizados se destaca un aumento de los principales sub-grupos dentro de los cuales se encuentran en mayor magnitud las Enfermedades isquémicas y del corazón, Accidentes de transporte terrestre, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en la niñez. Sin embargo, esta última tiene una disminución respecto al año anterior.

Para la mortalidad materna, neonatal infantil y niñez se presenta una disminución importante en la mayoría de los casos, a excepción de la mortalidad por desnutrición en la niñez con un aumento respecto al año anterior.

Tabla 12.

Identificación de prioridades en salud para mortalidad, Casanare, 2024

Mortalidad	Prioridad	Casanare 2024	Colombia 2024	Tendencia	Comportamiento	Grupos de Riesgo (MIAS)	Casanare 2023	Δ
General por grandes causas	1. Enfermedades sistema circulatorio	150.5	125.7	Aumento	↗	1	141.09	6.25
	2. Las demás causas	118.6	115.87	Aumento	↗	0	112.79	4.90
	3. Causas externas	80.92	60.28	Aumento	↗	0	77.19	4.61
	4. Neoplasias	84.67	83.74	Aumento	↗	7	76.39	9.78
	5. Enfermedades transmisibles	27.21	30.33	Aumento	↗	9	26.59	2.28
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades isquémicas del corazón	83.49	68.74	Aumento	↗	8	78.58	5.88
	2. Accidentes de transporte terrestre	38.26	15.45	Aumento	↗	12	37.37	2.33
	3. Enfermedades cerebrovasculares	28.17	25.45	Aumento	↗	1	26.88	4.58
	4. Diabetes mellitus	19.87	12.37	Aumento	↗	1	17.48	12.03
	5. Agresiones (Homicidios)	18.68	25.9	Aumento	↗	12	14.93	20.07
	6. Enfermedades Hipertensivas	16.6	13.58	Disminuyo	↘	1	17.83	-7.41
	7. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	37.37	23.95	Aumento	↗	2	27.21	27.19
	8.Tumor maligno de la mama de la mujer	12.97	11.49	Disminuyo	↘	7	14.54	-12.10
	9. Enfermedad del sistema Urinario	8.64	10.25	Disminuyo	↘	0	8.65	-0.12
	10. Tumor Maligno de próstata	18.04	12.29	Aumento	↗	7	13.87	23.12
	11. Infección Respiratoria Aguda	13.61	16.77	Aumento	↗	9	9.93	27.04
	12. Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	3.35	0.4	Disminuyo	↘	9	5.49	-63.88

Mortalidad	Prioridad	Casanare 2024	Colombia 2024	Tendencia	Comportamiento	Grupos de Riesgo (MIAS)	Casanare 2023	Δ
	13. Tumor maligno de cuello del útero	5.81	6.01	Disminuyo	↘	7	6.99	-20.31
	14. Tumor maligno de Estómago	9.81	8.32	Aumento	↗	7	8.63	12.03
	15. Tasa de mortalidad ajustada por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	5.66	5.55	Disminuyo	↘	5	6.95	-22.79
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 1 año	3.66	5.72	Disminuyo	↘	8	5.34	-45.90
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de 1 año	2.37	2.54	Disminuyo	↘	0	2.58	-8.86
	3. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de 5 años	43.37	70.25	Disminuyo	↘	8	75.66	-74.45
	4. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de 5 años	28.06	34.78	Disminuyo	↘	8	36.53	-30.19
	5. Causas externas de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años	12.76	8.17	Disminuyo	↘	0	23.48	-84.01
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores:	1. Razón de Mortalidad Materna	21.54	44.45	Disminuyo	↘	8	36.84	-71.03
	2. Mortalidad neonatal	5.82	6.62	Aumento	↗	8	5.71	1.89
	3. Mortalidad Infantil	9.05	10.45	Disminuyo	↘	8	10.31	-13.92
	4. Mortalidad en la niñez	11.85	13.1	Disminuyo	↘	8	12.53	-5.74
	5. Mortalidad por EDA en menores de 5 años	12.76	4.29	Disminuyo	↘	3	13.05	-2.27
	6. Mortalidad por IRA en menores de 5 años	7.65	8.25	Disminuyo	↘	3	10.44	-36.47
	6. Mortalidad por DNT en menores de 5 años	2.55	6.22	Aumento	↗	3	0	100.00

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) & DANE EEVV.

3.3 Conclusiones mortalidad

En la última década se ha registrado un incremento en la mortalidad general con su mayor pico para el 2021, explicado por la emergencia sanitaria a raíz de la pandemia por Covid-19. Para el 2024pr la tasa bruta de mortalidad se ha estabilizado con un valor superior en hombres respecto a las mujeres. Los municipios de Yopal, Pore, Recetor, Chámeza, Sabanalarga, Támara y Sácama, entre otros, muestran tasas de mortalidad alta debido, en gran medida, por su perfil demográfico con mayor representación de población adulta y vejez.

Las ECNT continúan siendo las de mayor impacto, destacando las enfermedades del sistema circulatorio (principalmente, isquémicas y cerebrovasculares), eventos precursores y de alto costo (hipertensión, diabetes, Enfermedad Renal Crónica) y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Sin embargo, existe un patrón diferencial a nivel de sexos observando mayor predominancia de causas externas en la población masculina y las demás causas en las mujeres. Por tendencia, se registra aumento progresivo de las causas externas a expensas de muertes por accidentes de tránsito en hombres aportando la mayor carga de AVPP evitables, seguido por las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias en población adulta jóven (principalmente, cáncer de cuello uterino, mama y próstata).

Las enfermedades transmisibles representan una parte importante de la carga de morbi-mortalidad en el departamento, en las que se destaca las infecciones respiratorias agudas y las transmitidas por vectores y rabia con un comportamiento cíclico que ha variado en los últimos años por efecto del cambio

climático. Otros eventos como la tuberculosis y el VIH (SIDA) presentan una tendencia al alza en los últimos años, lo cual refleja factores determinantes y de inequidades en salud insatisfechas[11] de poblaciones en condiciones de hacinamiento y vulnerabilidad socioeconómicas.

Las muertes debido a eventos en salud mental representan una cifra importante que ha aumentado en los últimos años, principalmente por lesiones autoinfligidas (suicidio) en hombres con su pico más alto en los años 2020 y 2021. Por otro lado, la mortalidad materna, infantil y en la niñez presenta un comportamiento a la baja y por debajo del promedio nacional en la mayoría de los casos; sin embargo, la mortalidad neonatal y mortalidad en menores de 5 años por EDA tuvieron incrementos. El comportamiento de estos eventos se caracteriza por alta variabilidad interanual y predominio de causas perinatales y neonatales.

A nivel espacial se identifica que los municipios de Sácama, Hato corozal, Nunchía y Orocué presentan las mayores necesidades en salud; coherente con los registros históricos.

[11] Son las diferencias que existen entre poblaciones o grupos poblacionales con relación al estado de salud-enfermedad y al acceso a los servicios de salud. Son desigualdades injustas y evitables, y las variables típicas que se utilizan para su análisis incluyen la pobreza, etnicidad, género, migración y otros tipos de características que suelen presentar los grupos en situación de vulnerabilidad que han experimentado más riesgos y peores condiciones de salud que los grupos con mayores ventajas u oportunidades sociales (OPS, 2025).



Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio



4 Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afecten la salud en el territorio

4.1 Análisis de las demandas de los actores

Partiendo de la evidencia con el análisis cuantitativo sobre las principales causas de morbimortalidad en el departamento y su comportamiento en la última década, las cuales guardan una estrecha relación con las condiciones socioeconómicas y de vida de la población que habitan nuestro territorio; se han realizado espacios sociales para la elaboración y actualización participativa del documento ASIS del departamento, que ha permitido recoger los testimonios, experiencias, demandas y realidades locales de los actores sociales, políticos e institucionales involucradas de forma directa e indirecta en el funcionamiento del sistema sanitario en el territorio y en el goce efectivo del derecho a la salud.

En el marco de la planeación integral para la salud en el ámbito territorial, a partir de lo dispuesto en la Resolución 100 de 2024, desde la vigencia 2023 se han concertado y desarrollan escenarios de participación articulados a partir de la Política de Participación Social en Salud – PPSS, que han tenido como propósito la identificación, reconocimiento y validación de problemáticas sociales en salud y necesidades sentidas de la población afectada; además, de identificar y reconocer las respuestas esperadas y posibles conflictos de los agentes del sistema e involucrados en la incidencia de política pública para el sector salud.

En total se han realizado seis (6) procesos participativos que comenzaron con la estructuración del documento ASIS para la vigencia 2023, el cual fue el punto de partida de la implementación de la metodología mixta con enfoque participativo para priorizar los problemas de salud en el territorio, identificar respuesta de los actores, prescribir respuestas de intervención o transformaciones esperadas y recomendaciones.

Este proceso de análisis estructural participativo[12] se ha desarrollado con diversos actores sociales, políticos, agentes del sistema de salud en diferentes escalas territoriales, y ha comprendido la fase del diagnóstico situacional, definición de problemáticas concretas que afectan la salud de la población (determinadores sociales) y/o impiden un acceso oportuno a bienes y servicios

[12] Consiste en identificar, definir y jerarquizar los problemas, así como elaborar estrategias de solución a estos (Grupo de planeación en salud pública, 2023).

en salud, elaboración de flujogramas situacionales[13], y el reconocimiento y validación de la priorización de estas problemáticas o necesidades concretas de forma anual.

En estos procesos se han utilizado diversas metodologías cualitativas que ha facilitado la captura de información primaria y la comprensión de los problemas identificados como fenómenos locales dinámicos e intrínsecamente vinculados a entornos, condiciones y circunstancias de vida de la población, a través de la cartografía social, mapeo de actores, entrevista semiestructurada y grupos focales. Con el propósito de comprender las diferencias culturales, étnicas, socioeconómicas y ambientales que explican y permiten abordar los determinantes de la salud[14].

Ilustración 1.

Procesos participativos de reconocimiento y validación de necesidades en salud



Fuente: Elaboración propia.

La información recabada en estos procesos participativos expresa las necesidades[15] y demandas en salud expuestas por los actores sociales y agentes participantes, las cuales, en gran medida, coinciden principalmente con problemas relacionados al acceso oportuno y a la prestación integral de los servicios de salud de baja complejidad en la red pública hospitalaria (i.e. Baja

[13] Se especifican el evento o situación que se explica, los antecedentes, las causas o nodos críticos, los descriptores, las consecuencias y el entorno del problema. El flujograma constituye la expresión graficada de una explicación situacional (Grupo de planeación en salud pública, 2023).

[14] De acuerdo con la actualización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), la función 11 "Abordaje de los determinantes sociales de la salud" fortalece la inclusión de la salud pública en las políticas y programas y acciones intersectoriales (Asociación Colombiana de Salud Pública & Organización Panamericana de la Salud, 2023).

[15] Las necesidades de salud son la expresión del balance entre los procesos de la reproducción social de la sociedad y las acciones de salud y bienestar. Las necesidades que surgen en ese proceso y no son resueltas se manifiestan como variaciones del riesgo de enfermar o morir, eso por la frecuencia y comportamiento de los problemas de salud para cada grupo poblacional. Es valido destacar que cualquier necesidad humana fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología (Grupo de planeación en salud pública, 2023).

capacidad resolutiva de la red prestadora por infraestructura, dotación de insumos biomédicos, acceso efectivo a servicios y tecnologías en salud, oportunidad de citas médicas con especialistas, disponibilidad de talento humano y ambulancias en el territorio, barreras en la entrega de medicamentos, entre otros) presente en las cabeceras municipales de dieciocho (18) de categoría 4,5 y 6.

También existen demandas no satisfechas que son recurrentes asociadas con la atención en salud, principalmente, las relacionados con la cobertura ineficiente de servicios de salud en los centros poblados y el área rural dispersa del departamento, alta concentración de servicios complementarios en las principales cabeceras municipales (Yopal, Aguazul, Tauramena, Villanueva y Paz de Ariporo), debilidades en los procesos de Inspección, Vigilancia y Control y en la implementación de un sistema integral de información en salud por la autoridad sanitaria para garantizar la calidad de los servicios ofertados y la capacidad de la rectoría en salud.

Otro tipo de demandas no satisfechas se originan desde otros sectores pero que afectan el acceso a los servicios de salud o son factores de riesgo y/o determinantes para reproducir una fragilidad social o vulnerabilidad de individuos, familias, comunidades y poblaciones en condiciones y circunstancias de vida específicos. Estas brechas de desigualdades sociales son evidentes a nivel geográfico y socioeconómico. Situaciones estructurales a nivel territorial como el mal estado de las vías de acceso (especialmente, secundarias y terciarias), altos índices de accidentabilidad, baja cobertura de servicios públicos domiciliarios (saneamiento básico) en áreas rurales, informalidad laboral, poco énfasis en educación ciudadana, comportamientos violentos arraigados culturalmente, corrupción y escasa respuesta institucional, entre otros, representan problemas públicos que terminan afectando el estado de salud en mayor medida de poblaciones vulnerables que es necesario incluir en la agenda política local.

Colectivos sociales también identifican como prioritarios las necesidades en salud de minorías étnicas (indígenas, NARP) y población con circunstancias especiales (víctimas de la violencia, discapacidad, Población Privada de la Libertad – PPL, LGBTIQ+ - OSIG, migrantes no regularizados y población en dependencia económica). Sus demandas se centran en la garantía al acceso a servicios de salud diferenciales, oportuno, al trato digno y al mejoramiento de sus condiciones de vida.

Respecto a las minorías étnicas, principalmente de la población indígena que habita en área rural dispersa de cinco (5) municipios del departamento, existe una necesidad histórica en implementar un modelo de atención con enfoque diferencial e intercultural[16] que integre saberes propios y medicina ancestral a sus planes de vida y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud; además, de garantizar la soberanía y seguridad alimentaria basado en la producción de alimentos propios y el acceso a fuentes de agua aptas para el consumo humano.

Otros factores reconocidos como de interés para los involucrados en el proceso participativo fueron la poca humanización de los servicios de salud prestados, precariedad laboral y prácticas de riesgos especialmente en el sector agrícola, aumento de consumo de SPA en jóvenes, problemas de convivencia ciudadana (violencia de pareja, a NNA, a otros familiares e interpersonales, homicidios), suicidio y otros problemas mentales que cada vez se posicionan con más fuerza en la agenda pública; y constituyen las causas o nudos críticos de la expresión situacional de la salud de la población.

4.2 Organización de la respuesta

La capacidad de respuesta efectiva de los sistemas de salud a las necesidades de salud de la población, de los involucrados en la gestión territorial de la salud pública y de agentes sociales y políticos, desde un enfoque integral y territorial, requiere de esfuerzos conjuntos de todos los actores que hacen parte fundamental del papel del Estado para asegurar la eficiencia y efectividad de los programas de salud pública en el país como respuesta al debilitamiento de las funciones de rectoría desconcentrados y con descentralización parcial (OPS, 2019).

Se identificaron actores e involucrados formales e informales que hacen parte de la red de relacionamiento estratégico territorial, en el que se incluye agentes gubernamentales, actores privados y públicos del sector salud y otros sectores con incidencia en la afectación de los DSS, organizaciones de base comunitaria, actores sociales con roles específicos en los escenarios de participación en salud, actores políticos, y comunidad general.

[16] El Sistema Indígena de Salud y Propio Intercultural (SISPI) se define como conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para su accionar. Este sistema se articula, coordina y complementa con el SGSSS con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas (Ministerio de salud y protección de salud, 2022).

4.2.1 Respuesta institucional

El arreglo territorial de los actores institucionales locales (y del sistema sanitario), son los encargados de la planificación y de ejecutar intervenciones en salud, sirviéndose del análisis situacional como insumo, para dar respuesta a las problemáticas y necesidades en salud priorizadas como resultado de las demandas de los colectivos y grupos de interés que ejercieron vocería, movilizaron recursos y promovieron causas particulares. La respuesta de la entidad territorial depende de su capacidad estratégica y operativa, y su gestión para promover la cooperación con diferentes sectores que fortalezcan la gobernanza para la afectación positiva de los DSS y la reducción de inequidades en salud a nivel local (OMS & OPS, 2023).

En el marco del PD Departamental aprobado y adoptado mediante Ordenanza No. 008 de 2024, se formaliza las respuestas del sector salud materializado a través del componente estratégico y operativo del PTS, el cual garantiza de manera la sostenibilidad de las intervenciones con la articulación de otros sectores interinstitucionales que se involucran como actores responsables de mitigar factores de riesgo (causas de las causas) de principales problemas de salud, contribuir en la disminución de las condiciones injustas y garantizar bienestar a la población supliendo necesidades básicas (educación, alimentación, empleo, infraestructura).

En el componente estratégico del sector salud se definieron objetivos, metas, indicadores, estrategias y resultados esperados para el territorio a la luz de la armonización del componente estratégico del PDSP 2022-2031 en concordancia con los lineamientos de planeación dispuestos desde el nivel nacional y la Metodología General Ajustada (MGA). Se estructuraron tres programas de acuerdo con las competencias del sector de conformidad a la Ley 715 de 2001, Decreto 780 de 2016 y normatividad en vigencia que da los lineamientos para la operación del sistema de salud, organizados así: Programa 1930. Inspección, Vigilancia y Control; Programa 1905. Salud Pública y; Programa 1906. Aseguramiento y Prestación Integral de Servicios de salud. En total se definieron 18 metas de resultado que serán impactadas mediante la ejecución de 53 metas de producto.

4.2.1.1 Baja capacidad de la red y la autoridad sanitaria para el fortalecimiento de la rectoría en salud

El departamento viene implementando el Modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo mediante la estrategia de APS para fortalecer la gobernabilidad en salud mediante varias estrategias:

- Reorganización de la red pública hospitalaria del departamento, proceso iniciado desde 2022 con concepto favorable del MSPS, fortaleciendo las RIITS con la promoción de arreglos institucionales entre IPS públicas y privadas, EPS y entidades territoriales y permitan amplrar la cobertura y prestación de servicios de manera eficiente.
- Articulación entre entidades territoriales y las cinco (5) ESE's para la contratación de Equipos Básicos de Salud (EBS) y su distribución en los micro territorios de acuerdo con lo normado en la Resolución 2788 de 2022.
- Proceso de adecuación y construcción de CAPS en centros poblados y lugares estratégicos del área rural y rural dispersa que servirán como enlace al primer nivel de atención en salud y remisión al punto de atención más cercano en función de los servicios y atención demandados.
- Realización de jornadas médico- quirúrgicas extramurales y hospital itinerante con oferta de servicios especializados a población vulnerable en articulación con IPS y EAPB presentes en el territorio.
- Viabilidad del proyecto de construcción de nueva torre del Hospital Regional de la Orinoquía (HORO) que apunta a convertirla en centro de referencia de la región de alta complejidad que preste servicios de cuarto nivel y ayude en la formación de talento en salud articulado con la académica y la implementación de la telemedicina para el acceso a atención asistencial especializada en áreas remotas del departamento.
- Monitoreo a la Ruta materno perinatal, y evaluación a la adherencia de las guías de atención en salud materna.
- Desarrollo de capacidades a los diferentes actores del sistema en la adopción de lineamientos técnicos para la prevención, vigilancia y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Saud – IAAS.
- Seguimiento y monitoreo a las EAPB en el cumplimiento de la Ruta de promoción y mantenimiento para la salud.

4.2.1.2 Condiciones de vida y dinámicas de convivencia evitables

Se destacan logros en materia de gobernabilidad y gobernanza en salud pública, a partir acciones que consoliden la gestión colaborativa de la salud pública. Sin

embargo, se requiere de mayor incidencia de los actores del sector en las decisiones de carácter público para la salud:

- Fortalecimiento de la operación del sistema de vigilancia en salud pública en el marco de acciones de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la red de laboratorios clínicos departamental en el marco de la evaluación externa del desempeño.
- Mantenimiento de la operación del laboratorio de salud pública para la vigilancia de las condiciones fisicoquímicas del agua para consumo humano, de la inocuidad de los alimentos y en entomología.
- Fortalecimiento de acciones de Inspección, Vigilancia y Control sanitario.
- Desarrollo de capacidades en determinantes sociales y ambientales para el abordaje de la estrategia CERSS.
- Desarrollo de capacidades a los actores del sistema para la vigilancia y seguimiento a los casos de violencia de género e intrafamiliar y violencias autoinfligidas y trastornos mentales.

Otros sectores gubernamentales adelantan acciones específicas para intervenir factores determinantes de la salud, que incluye:

- Inclusión social y reconciliación: Desarrollo de estrategias con enfoque en soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación dirigida a hogares, niñas, niños y adolescentes. Además, de estrategias de promoción al buen trato y prevención de la violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, trabajo infantil y protección del adolescente trabajador.
- Deporte y recreación: Garantía en el acceso a escuelas de formación deportivas a NNA.
- Inclusión social y reconciliación: implementación de estrategias de prevención de factores sociales desencadenantes del embarazo en adolescentes, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas.
- Educación: Implementación de proyectos pedagógicos transversales sobre educación ambiental, salud sexual y construcción ciudadana, educación para el ejercicio de los derechos humanos, movilidad segura y educación económica.
- Gobierno territorial: Implementación de estrategias de prevención de factores de riesgo en jóvenes y su entorno familiar.
- Agricultura y desarrollo rural: Atención a pequeños productores con servicios de apoyo financiero para la implementación de unidades productivas en agricultura campesina.

4.2.1.3 Factores de riesgo ambiental y aumento de vulnerabilidad

El cambio climático representa un inminente riesgo para casi todos los sistemas biológicos en el mundo, impactado de forma directa en la transmisión de enfermedades infecciosas teniendo en cuenta que los ciclos de vida de muchos agentes infecciosos están inextricablemente vinculados al clima (vg. Dengue, Fiebre amarilla, malaria y enfermedad de Chagas, Leishmaniasis, inter alia)[17] (Van de Vuurst & Escobar, 2023). El departamento es una región endémica para varias enfermedades transmisibles por vectores y para enfermedades reemergentes (vg. Tuberculosis, Lepra y VIH / Sida) que presentan un aumento importante en los últimos años dada sus características eco-epidemiológicas.

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad climática del territorio frente al aumento de la carga de enfermedad por enfermedades transmisibles en la población a riesgo, el departamento a intensificado intervenciones que comprenden:

- Mantenimiento de la vigilancia entomológica como apoyo a las acciones de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- Acciones de Inspección, Vigilancia y Control a sujetos de interés sanitario en los entornos comunitario e institucional (establecimientos educativos, IPS, sitios de aglomeración, inter alia).
- Acciones de control para la certificación del estatus de interrupción intradomicialiaria de la enfermedad de Chagas.
- Acciones de verificación y seguimiento al tratamiento de pacientes con diagnóstico de Chagas y Leishmaniasis.
- Mantenimiento de la operación del sistema integrado de análisis de información (entomológico, epidemiológico y espacial) de la transmisión de las ETV.
- Verificación de la adherencia a Guías práctica clínica y protocolos de manejo clínico en el marco de la implementación de la ruta de atención integral para las infecciosas.
- Desarrollo de capacidades a actores del sistema para la implementación de acciones en el marco del Plan Estratégico Colombia Hacia el fin de la Tuberculosis y Plan Estratégico de eliminación de la Lepra en Colombia.
- Implementación de acciones y planes de contingencia para la respuesta de epidemia por Fiebre amarilla en el país.

[17] Múltiples estudios han demostrado que la variación de temperatura, precipitación y humedad afecta la transmisión y distribución de enfermedades infecciosas (Van de Vuurst & Escobar, 2023).

- Implementación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, Hepatitis B y Sífilis gestaional – ETMIPLUS en la red de prestadores.

Dentro de las acciones adelantadas de otros sectores gubernamentales se contempla:

- Ambiente y desarrollo sostenible: Acciones para la protección y restauración de áreas de importancia ambiental para la conservación del recurso hídrico. Se formula la política pública ambiental del departamento y se implementan acciones de mitigación y adaptación al cambio climático.
- Vivienda, ciudad y territorio: Implementación de mecanismos participativos, de comunicación y capacitación de los actores para fortalecer las dinámicas organizativas alrededor del agua y el saneamiento básico. Además de la formulación de proyectos de inversión para la construcción, ampliación y optimización de acueductos y alcantarillados en área rural y urbana. Se adelanta la construcción, adecuación y optimización de estaciones de clasificación, aprovechamiento, disposición y recolección de residuos sólidos, tratamiento de lixiviados, basuras y tratamiento de aguas.
- Minas y energía: Construcción de sistemas de energía renovables.
- Gobierno territorial: Se desarrolla acciones orientadas para dar respuesta a emergencias o desastres en el departamento.

4.2.1.4 Efectos en salud por accidentabilidad evitable

Los accidentes de tránsito causan cerca de 50 millones de lesiones cada año, ocasionan 1,3 millones de muertes prevenibles y son la primera causa de muerte en personas entre los 5 y 29 años. Se estima que cuestan alrededor del 3% del Producto Interno Bruto (PIB) en la mayoría de los países. Por sus consecuencias en la salud pública y los costos económicos y sociales, representa una amenaza para el desarrollo sostenible, especialmente en países en vía de desarrollo (Montenegro Martínez et al., 2023). Para el departamento representa una de las cargas más importantes en términos de morbilidad (atenciones y discapacidad), mortalidad, principalmente en hombres jóvenes y adultos entre los 25 a 44 años, (la mayor pérdida de AVPP) y económicos por pérdida de personas con capacidad de trabajar.

En este contexto, si bien desde la planeación territorial para la salud no se contemplaron acciones concretas para la prevención de la accidentabilidad y atención integral de estos eventos; la entidad territorial garantiza la operación

del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) para la atención de este tipo de urgencias. Se adelantan acciones desde otros sectores gubernamentales para la respuesta articulada a esta problemática, dentro de las que se incluye:

- Rehabilitación y mantenimiento de la red vial urbana, secundaria y terciaria.
- Implementación del Plan departamental de seguridad vial "Oportunidades para la vida" en concordancia con el Plan Nacional de Seguridad Vial 2022-2031.
- Articulación con entidades territoriales del orden municipal para la construcción de terminales de transporte terrestres que respondan a las demandas producto del crecimiento de Yopal constituido como polo de desarrollo de la Orinoquía.

En términos de ejecución de las acciones y el cumplimiento de metas estratégicas (resultado) contempladas en el PAS vigencia 2025, el departamento se encuentra implementando 104 actividades que se materializan en bienes y servicios aportando al logro de los resultados esperados a 2027. Durante la vigencia se ha efectuado un proceso de ajuste al instrumento operativo en términos de revisión, adaptación y/o inclusión de nuevas actividades producto de emergencias sanitarias y circunstancias locales que han obligado a redefinir estos medios.

En general, la respuesta institucional de la entidad territorial, en cumplimiento de su función rectoría[18] para la organización del sistema de salud y el fortalecimiento de la gobernanza en salud pública, moviliza recursos importantes para atender las prioridades en salud y promover la complementariedad y subsidiariedad de las acciones que realizan actores en diferentes escalas con el propósito de extender la cobertura de atenciones en salud.

Sin embargo, existen problemáticas atenuantes específicas como las consecuencias (efectos en salud) de los accidentes de tránsito terrestre, el saneamiento básico y gestión del riesgo ambiental que no logran tener una respuesta formal articulada e integral por el débil apoyo desde otras carteras de gobierno en el marco de la implementación de los Planes de Desarrollo departamental y municipales. Las respuestas concretas se enfocan en la gestión

[18] La rectoría se define como la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud (OPS, 2022).

de acciones en los entornos saludables y regulación y atención de eventos ante urgencias y emergencias.

A nivel de aseguradores y prestadores se reconocen problemáticas en salud comparables desde la perspectiva de la gestión del riesgo individual, destacándose complicaciones en la maternidad, aumento de neoplasias (mama, cérvix, próstata y gástrico), aumento de mortalidad prematura por ENCT y aumento de factores de riesgo, aumento de incidencia de VIH, aumento de ciertas enfermedades transmisibles y letalidad por IRAG, y aumento de suicidios. Aunque se han logrado avances importantes en aumentar la cobertura y acceso a servicios de salud básicos mediante estrategias de APS (brigadas de salud extramurales y EBS), acuerdo de voluntades para garantizar la red prestadora de servicios, seguimiento a pacientes y mantenimiento de rutas de atención integrales; es necesario que se fortalezcan estrategias integrales que abarquen la promoción de la salud, prevalencia de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno desde el nivel primario a partir de acciones complementarias con los demás actores presentes en el territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024b).

4.2.2 Respuesta social

La respuesta en salud desde los territorios implica fortalecer la gobernanza en salud pública[19] y soberanía sanitaria mediante la participación vinculante de la comunidad y grupos de la sociedad civil que promuevan intereses colectivos relacionados con el bienestar, y el acceso a bienes y servicios que materialicen el goce efectivo del derecho a la salud (OMS & OPS, 2023).

Los escenarios de participación constituidos y activos formalmente en el territorio han permitido fortalecer el conocimiento de la "realidades" en salud de los contextos locales, desde una visión integral y espacial, y construir procesos de trabajo intersectorial desde un enfoque de los DSS que buscan incidir en el ciclo de la planeación, con mayor capacidad de proponer transformaciones, hacer veeduría a la ejecución de intervenciones y apoyar en la promoción de causas colectivas.

Actualmente se cuenta con varios escenarios de participación social formales como los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud, los Comités de Participación Comunitaria (COPACO), las Asociaciones de Usuarios, las Veedurías Ciudadanas en Salud, el Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), Comités de

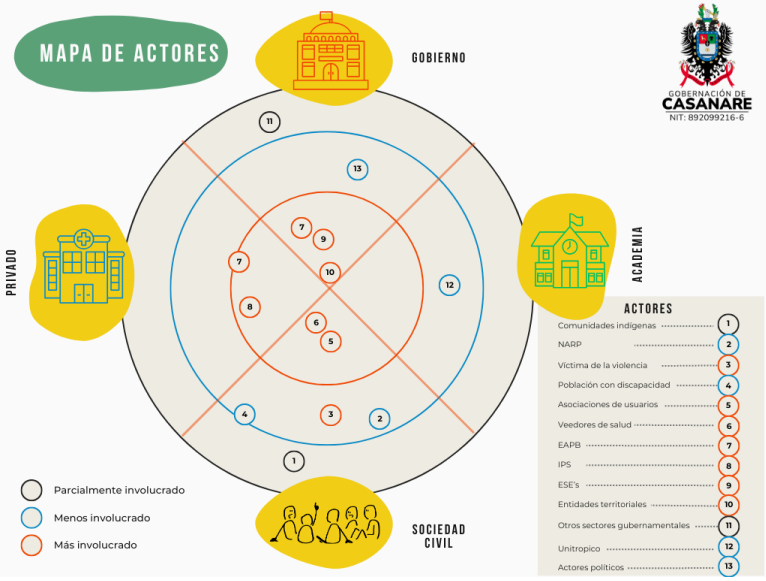
[19] La gobernanza se entiende como los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (OPS, 2022).

ética hospitalaria y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, los cuales se articulan a través de la política de participación social en salud.

Con este nuevo enfoque de investigación social participativa se ha fortalecido el papel consultivo de los actores sociales para la fase de priorización de los problemas y necesidades sociales en salud, convocando a una amplia gama de involucrados del sector y de otros sectores (privado y político) que permita una visión pluralista y un enfoque *bottom up* para la proposición de alternativas de solución, propuestas de transformación o acciones articuladas. El mapeo de actores ha permitido la caracterización de una amplia gama de involucrados que comprende:

Ilustración 2.

Mapa de actores e involucrados en salud, Casanare



Fuente: Elaboración propia.

No obstante, estos mecanismos de participación en la cadena de salud-enfermedad-atenciones en los que se involucra a la sociedad para implementar, mantener y mejorar las intervenciones de salud siguen teniendo una incidencia limitada en la toma de decisiones; especialmente en las etapas de planificación (determinación de necesidades, priorización, intervenciones y ejecución, y evaluación) en donde se configura la agenda, se asigna los recursos y se posicionan los temas de salud pública más significativos como producto de los consensos y acuerdos con el propósito de afectar positivamente las causas de las causas (DSS) específicos de nuestro contexto.

4.3 Identificación de posibles conflictos

En este ejercicio de mapeo de actores e involucrados, con sus intereses y respuestas específicas frente a las problemáticas y necesidades en salud priorizadas, se

4.4 Conclusiones Capítulo IV

Los ejercicios participativos han permitido identificar las respuestas formales de los actores del sistema sanitario y respuestas potenciales de involucrados beneficiarios y/o afectados (vg. Actores sociales y de base comunitaria, actores políticos, inter alia); originadas a partir del consenso de las problemáticas y necesidades en salud priorizadas en el territorio.

A partir de la identificación de las problemáticas y necesidades priorizadas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, y luego de un diagnóstico exploratorio a profundidad se pudo determinar las capacidades de respuesta de las entidades territoriales para priorizar las intervenciones y darles viabilidad por medio del PTS 2024-2027 como instrumento de planeación en salud en el que se traducen en compromisos programáticos, financieros y operativos para cada vigencia.

La apertura a los actores sociales y políticos del territorio en los procesos de planificación regional ha permitido fortalecer la incidencia político-institucional en el reconocimiento de problemas públicas y transformarlas en asuntos de carácter "político" que conlleve a la construcción del estatus quo y permita esclarecer el panorama para proyectar escenarios futuros en donde se tomen decisiones sobre el desarrollo territorial y la reducción de las inequidades sociales de la salud.

Sin embargo, la participación social sigue siendo limitada a espacios consultivos sin mayor incidencia, evidenciándose que pese a existir un consenso en los temas importantes en salud no hay una alineación entre la priorización y/o relevancia de la comunidad y los intereses que tienen los tomadores de decisiones (v.g. planificadores).

Finalmente, es necesario seguir consolidando la capacidad de respuesta de los actores del sistema de salud en el territorio con el liderazgo y profundización de la autonomía de la entidad territorial como ente rector, que contribuya a producir intervenciones de salud pública de mayor alcance tanto individuales como colectivas que aborden factores de riesgo, la salud ambiental y los DSS.



Capítulo V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

5 Capítulo V. Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

5.1 Ejercicios de reconocimiento y validación de problemáticas sociales en salud

La priorización es un ejercicio necesario para la toma de decisiones en salud pública en el que se espera maximizar el beneficio a la población cuando se intervienen los problemas de salud, producto de un proceso deliberativo entre actores (Cortes et al., 2016).

Resultado del reconocimiento de los problemas y necesidades en salud identificados en el territorio, se definieron doce (12) determinadores sociales de la salud. Estos determinadores se configuran en contextos específicos del departamento y explican, en gran medida, las inequidades en salud existentes produciendo resultados negativos en la salud de diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a). El reconocimiento de las problemáticas y necesidades en salud ha sido el resultado de ejercicios de participación anteriores, convocados en el marco del proceso de planeación integral para la salud (ver 4.1).

Producto del consenso y el diagnóstico situacional del departamento, se agrupa estos determinadores sociales en flujogramas situacionales (también llamados núcleos de inequidad sociosanitaria o nudos críticos) bajo la premisa de identificar las causas-raíz que tienen un rol de desencadenantes de otras causas dentro de la cadena explicativa de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención. Resultado de esta inferencia, bajo el enfoque «causa detrás de la causa»[20], se obtuvieron cuatro grandes núcleos de inequidad sociosanitarios denominados así:

[20] Los núcleos de inequidad sociosanitaria son una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que producen resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales del territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a).

Ilustración 3.
Organización de los núcleos de inequidad sociosanitarios



Fuente: Elaboración propia a partir de ejercicios de priorización.

Estas grandes agrupaciones, las cuales son circunstancias sociales injustas que se materializan en procesos de orden económico, político, cultural y socioambiental y son productores de condiciones y modos de vida que generan inequidades sociosanitarias en las poblaciones[21]. Además, son el reflejo de los cuatro (4) núcleos de injusticia social identificados para el país en el marco del PDSP 2022-2031, los cuales comprende: Injusticias socioeconómicas; conflictos sociopolíticos: conflicto armado interno, narcotráfico y migración forzada; conflictos socioambientales y cambio climático; e injusticias sociales en territorios de pueblos y comunidades (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2023).

En estos términos, podríamos decir que la raíz estructural de todas estas injusticias tiene su origen en la desigualdad social, principalmente en el ingreso y distribución de la tierra. Nuestro país es una de las regiones más inequitativas del mundo sino la primera con un coeficiente de Gini superior al 0.52 según datos del Banco Mundial (Arrubla Sánchez & Daza Huérfano, 2024a; Banco Mundial, 2025). Aunque está lejos de resolverse este problema social y del alcance de la respuesta institucional que podría esperarse desde el sistema sanitario en el ámbito nacional-local, sus efectos se traducen en el ámbito local en privaciones en necesidades esenciales que causan afectaciones en la vida y la salud de las poblaciones más vulnerables.

[21]Son desigualdades sistemáticas en los resultados en salud, que se visualizan entre grupos poblacionales y al interior de estos; tienen origen en la posición social que genera la intersección de clase social, pertenencia a un pueblo o comunidad étnica, el ´genero u otro aspecto, que en una sociedad produzca procesos de estratificación social. Lo cual las hace ser calificadas como injustas, innecesarias y evitables en el marco de sociedades democráticas (Arrubla Sánchez & Daza Huérfano, 2024a).

En este sentido, muchas de estas condiciones y circunstancias injustas que son sistemáticas, históricas, dinámicas, son susceptibles de transformación o, de forma contingente, se pueden mitigar sus efectos locales en los territorios. Por lo anterior, y teniendo en cuenta las competencias y responsabilidades de las entidades territoriales, es imprescindible conocer la cadena explicativa de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención y los eventos en salud priorizados para proponer intervenciones deseadas que transformen los determinantes intermedios que generan efectos directos en salud.

No obstante, existen determinantes intermedios (condiciones de vida y de trabajo, factores de producción, factores psicosociales y culturales) que requieren de una respuesta integral desde diferentes sectores gubernamentales, sociales y políticos. No se puede restringir una respuesta directa desde el sector salud per se, requiriéndose de una acción de carácter vinculante e intersectorial, por este motivo, en la escala de priorización se ubicaron en la parte inferior problemáticas como la accidentabilidad y fenómenos de violencias, entre otros; dado que implica establecer arreglos institucionales intersectoriales y transectoriales articulados a través de los instrumentos de planeación territorial, en el marco de la ejecución del PTS y PD (además, de otros instrumentos territoriales POT, PONCAS, entre otros), con el involucramiento de actores sociales y políticos.

Así las cosas, el diagnóstico participativo permitió catalogar, bajo un enfoque estratégico de planificación, problemáticas en salud evidenciadas en el contexto histórico del departamento que persisten y por lo cual se han reconocido como problemas políticos que es urgente intervenir; gracias a la capacidad de agencia de diferentes sectores sociales, y al análisis del perfil epidemiológico del departamento, han sido priorizados en la agenda "pública" de la actual administración 2024-2024, generando propuestas de respuesta.

Sin embargo, por la naturaleza multiescalar de algunos determinadores intermedios y estructurales, que desbordan la capacidad de respuesta de los actores institucionales del territorio y, en general, del sistema sanitario, la respuesta institucional en el marco de la gestión territorial integral de la salud pública enfrentan retos grandes relacionados con sus capacidades económicas técnicas y humanas que son insuficientes para fortalecer sus procesos de priorización, planificación e implementación de intervenciones intersectoriales con enfoque de salud en todas las políticas para disminuir las inequidades evidenciadas.

5.2 Resultado de la priorización de las necesidades en salud

En el sector salud, en cumplimiento de las disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud enmarcadas en la Resolución No. 100 de 2024, se cuenta con una metodología para el desarrollo de la priorización que permite identificar las principales problemáticas y/o núcleos de inequidad (Grupo de planeación en salud pública, 2024). Como se comentó anteriormente, el resultado de la intensidad de la priorización originada como respuesta desde el sector salud, se organiza las doce (12) problemáticas (vg. Determinadores sociales de la salud – estructurales e intermedios –) de forma descendente, según la percepción social intercultural de los actores sociales y comunitarios consultados y la trascendencia, es decir, con dinámicas en el tiempo perceptibles.

Para el reconocimiento y validación realizada por los actores sociales e involucrados, se convocaron tres (3) escenarios de participación en diferentes instancias sectoriales e intersectoriales para la actualización del ASIS en la vigencia 2025. Estos encuentros se distribuyeron así: 24 de junio con la participación de actores sociales y políticos con incidencia directa en el sector salud (veedores, representantes de usuarios, funcionarios de elección popular), el 22 de julio se convoca a equipo técnico en salud pública de la entidad territorial, y el 16 de septiembre involucra a sectores intrainstitucionales estratégicos para la gestión de la salud pública en el territorio (educación, agricultura y ambiente, obras, vivienda, gestión del riesgo, desarrollo comunitario y mujer).

En el tercer proceso de validación y reconocimiento de las doce (12) problemáticas en salud del departamento, en primer lugar, se puede decir que la percepción por los actores sociales y agentes del sistema sigue el mismo patrón de priorización respecto a los ejercicios pasados. Es decir, no se identifican circunstancias, condiciones o problemas que emerjan producto de cambios o dinámicas territoriales en el último año, influenciados por factores coyunturales externos o internos relevantes.

Sin embargo, sí se detecta una movilización de las problemáticas respecto de la escala de priorización a partir de la saturación de las "categorías" establecidas para la agrupación de los aportes generados por los participantes. En este proceso, se evidencia cambios importantes:

- La persistencia de la necesidad de una respuesta a la resolutividad de la red prestadora de servicios de salud, para atender la alta demanda de una

población con problemas de salud en el primer nivel de atención y concentrado en los servicios de urgencia.

- Se destaca la necesidad persistente de brindar asistencia en salud a la población campesina y población que habita en el área rural dispersa, principalmente a través de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS); históricamente estas comunidades han sido desatendidas con grandes brechas de inequidades sociales respecto del área urbana para acceder a los bienes y servicios que provee el estado en los territorios. Esta percepción concuerda con el diagnóstico realizado a nivel nacional en el que reconocen que existe un conjunto de elementos que impactan de forma directa en las condiciones de vida y trabajo de la población campesina (informalidad laboral, conflicto armado, saneamiento básico, distribución inequitativa de la tierra, injusticias socio-ambientales, accesibilidad, entre otras)[22] (Arrubla Sánchez & Daza Huérfano, 2024b).
- A pesar de que se evidencia avances importantes en la gobernabilidad y gobernanza de la salud pública en los territorios, en nuestro contexto se percibe la necesidad de un ejercicio de rectoría en salud más consolidado que retome el liderazgo y organice la respuesta, con el concurso de los demás actores involucrados y sectores, para incidir significativamente en el abordaje de los DSS.
- El aumento de lesionados y de muertos por accidentes de tránsitos, con una de las tasas más altas y muy por encima del valor nacional, es un problema cada vez más urgente el cual es prevenible y deseable dado su impacto en pérdidas de vidas humanas (principalmente, de hombres jóvenes en edad productiva) y en los costos sociales generados al sistema de salud y a la sociedad casanareña por invalidez y muerte. Este fenómeno ha aumentado su percepción social en los últimos años, pasando de los últimos lugares a los primeros cinco en escala de priorización.
- Otro cambio para destacar son las barreras de acceso administrativo a los servicios de salud de la población en dependencia económica (NNA, población en condición de discapacidad y adultos mayores). Es cada vez más evidente la necesidad de la población para la autorización y uso de servicios de salud debido al incumplimiento de las EPS para garantizar su derecho fundamental a la salud. Aunque existen instancias legales para hacer efectivos sus derechos, la ralentización y trámites burocráticos para autorizaciones ocasionan un desgaste a los usuarios y sus cuidadores.

[22] De acuerdo con el informe de 2022 de la OCDE, Colombia aún presenta la mayor desigualdad regional del PIB per cápita de los países de la OCDE, manteniendo en las zonas rurales mayores tasas de pobreza monetaria y multidimensional (Arrubla Sánchez & Daza Huérfano, 2024a).

Tabla 13.
Validación problemáticas y necesidades en salud según percepción social

Descripción del núcleo	Priorización inicial	Validación priorización 2	1. Magnitud	2. Pertinencia social e intercultural	3. Trascendencia	4. Factibilidad de la intervención	5. Viabilidad de la intervención	Total	Calificación final	Validación priorización 3
Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud.	2	1	9.1	10.0	10.0	6.0	7.0	42	8.4	1
Aumento de condiciones para el desarrollo de patologías en salud mental en población vulnerable, especialmente en niños, jóvenes y adultos mayores.	3	2	8.3	5.5	6.0	5.9	4.0	30	5.9	6
Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento.	4	3	7.8	7.7	8.5	7.5	7.5	39	7.8	2
Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud.	1	4	8.6	4.4	9.0	5.5	7.1	35	6.9	3
Aumento de la morbimortalidad prematura por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).	5	5	6.2	5.8	5.4	5.6	6.0	29	5.8	7
Aumento de población con enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes.	6	6	6.2	4.7	4.8	6.2	5.0	27	5.4	9
Aumento de lesionados y de la mortalidad por accidentes de tránsito, especialmente en hombres.	11	7	8.0	7.0	6.0	6.5	3.0	31	6.1	5
Amplio y complejo marco normativo diseñado por el nivel nacional para la implementación de funciones y responsabilidades claras de los actores del sistema de salud en el territorio.	12	8	6.2	4.5	6.5	4.7	5.8	28	5.5	8
Barreras en el acceso efectivo de la atención integral en salud de la Población con Dependencia económica.	8	9	6.2	7.5	6.8	7.7	5.0	33	6.6	4
Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio.	7	10	3.5	4.2	3.7	2.8	3.7	18	3.6	11
Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales.	9	11	5.7	5.1	4.0	4.9	5.3	25	5.0	10
Riesgo en barreras de acceso a los servicios de salud a la población migrante no regularizada por dificultad en el pago de las atenciones prestadas	10	12	3.0	2.5	2.0	4.0	3.0	15	2.9	12

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados encuesta semiestructurada.

5.3 Definición y estructuración de los núcleos de inequidad sociosanitarios

De acuerdo con la agrupación de los núcleos de inequidad sociosanitarios organizados por grandes causas (

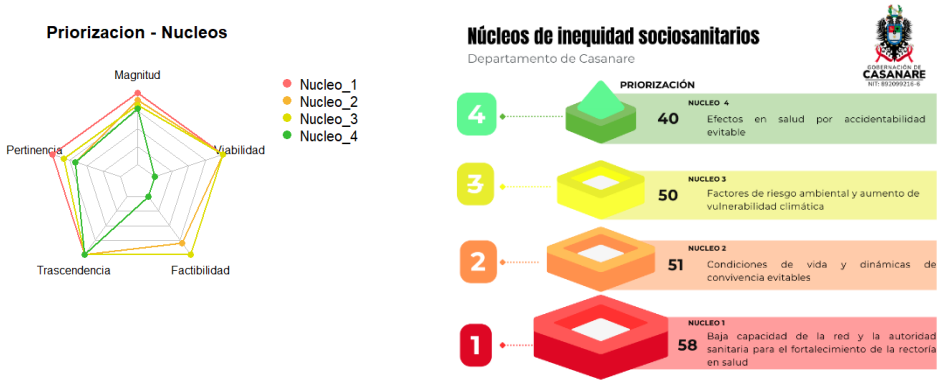
Ilustración 3.
Organización de los núcleos de inequidad sociosanitarios), se aplica la metodología de priorización descrita por el MSPS obteniendo como resultado, en primer lugar, el núcleo 1 manteniendo la posición respecto a la vigencia anterior, seguido por el núcleo 2 como los de mayor puntaje; el núcleo 3 subió a la tercera posición, finalizando con el núcleo 4.

Este cambio se sustenta en el origen de la respuesta desde la institucionalidad, para este último núcleo se requiere el liderazgo de otros sectores para impactar sus determinadores sociales como movilidad, gobierno, convivencia y seguridad ciudadana que permita articular acciones con otros involucrados

gubernamentales, políticos, privados y sociales para implementar estrategias más efectivas que prevengan este tipo de eventos.

Ilustración 4.

Priorización núcleos de inequidad sociosanitarios, Casanare, 2025



Fuente: Elaboración propia.

El núcleo 1 "*Baja capacidad de la red y la autoridad sanitaria para el fortalecimiento de la rectoría en salud*" indica que la mayor inequidad en salud presente en el territorio está relacionado con el acceso integral a los servicios de salud por la población, particularmente de comunidades que habitan en áreas geográficas de difícil acceso con condiciones de vida frágiles con niveles altos de necesidades básicas insatisfechas y dificultades para transportarse a las cabeceras municipales para recibir atención.

De acuerdo con la OMS (2002), algunos de los riesgos en salud se han reducido pero las pautas de consumo (alimentos, alcohol, tabaco) han generado una transición de los riesgos y una tendencia al incremento de las ECNT, principalmente, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades de alto costo y precursoras en población adulta. En el caso de los países tropicales, se combina con una importante carga de enfermedad endémica y prevalente, principalmente asociada a eventos transmisibles y por desnutrición; regiones que aún no superan estos problemas de salud (Ministerio de salud y protección de salud, 2022).

Casanare no ha sido ajeno al aumento progresivo de la carga de enfermedad por trastornos de salud mental como fenómeno global; relacionados, fundamentalmente, con lesiones autoinfligidas (suicidio), violencias de género e intrafamiliar y derivadas del consumo de SPA, los cuales tienen patrones de distribución diferenciados a nivel de género y nivel socioeconómico. Desde el sector salud se presentan dificultades de acceso real a los servicios de salud mental asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutiva de sus necesidades, generando deterioro en el estado

de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades (Rojas-Bernal et al., 2018).

De igual manera, se estima que la cuarta parte de la carga de morbilidad mundial se atribuye a factores de riesgo ambientales que es posible modificar, lo cual es coherente con el aporte que se estableció para el gran núcleo 3 que comprende factores de riesgo de origen físico, químico y biológico que afectan directamente la salud o refuerzan comportamientos no saludables. En este sentido, el acceso a saneamiento básico es indispensable para alcanzar buenos resultados en salud, menos hambre y pobreza, reducir la mortalidad materno-infantil y la carga de enfermedades transmisibles, coadyuvando al mismo tiempo a la sostenibilidad del medio ambiente (Ruíz Gómez & Zapata Jaramillo, 2015).

En Colombia, las lesiones ocasionadas por la guerra (agresiones) y los accidentes de tránsito representan importantes determinantes de la inequidad teniendo el mayor aporte en los Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y Años Perdidos por Discapacidad (ACD), necesarios para el cálculo de los Años de Vida Saludable perdidos a lo largo de su vida (AVISA). A nivel de sexo y curso de edad, se observa una carga diferenciada en donde los hombres adultos jóvenes muestran una aumento sustancial (Ruíz Gómez & Zapata Jaramillo, 2015). Casanare no es ajeno a esta realidad, teniendo una tasa de mortalidad en hombres por encima del valor nacional (67.45 | 26.32).

Reconociendo que el proceso de salud-enfermedad es dinámico y es el resultado de las circunstancias en las que viven, crecen y se desarrollan las personas, familias y comunidades en el territorio; se realiza el ejercicio de definición de los cuatro (4) grandes núcleos de inequidad sociosanitarios del departamento que integran los DSS que se identificaron en contextos específicos a partir de las demandas de los actores y el análisis comparativo de los indicadores (Barragán Giraldo, 2016; D. Giraldo & Portilla, 2021).

El núcleo de inequidad sociosanitario 1 "*Baja capacidad de la red y la autoridad sanitaria para el fortalecimiento de la rectoría en salud*", se define como:

Limitada capacidad operativa de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que conforman las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) de naturaleza pública, privada y mixta que se organizan a lo largo de las cabeceras municipales del departamento y su organización actual se concentra en los principales centros urbanos con mayor densidad poblacional (Yopal, Aguazul, Paz de Ariporo, Tauramena y Villanueva), que no responde a las necesidades de atención primaria y de primer nivel de atención en las

comunidades que tienen mayores dificultades de acceso a los servicios de salud de maneral integral teniendo en cuenta sus condiciones geográficas (accesibilidad), socio-económicas, culturales y demográficas. La concentración de los prestadores en las grandes ciudades; la débil capacidad de la red primaria determinada por problemas de infraestructura, insumos biomédicos, disponibilidad y alta rotación de talento humano en salud; problemas en la contratación, cobertura de los planes de atención y pagos por prestación de servicios por las EAPB; problemas en la sostenibilidad de atenciones a población pobre no asegurada a cargo de las entidades territoriales, y; la implementación de un modelo con enfoque curativo que no prioriza la Atención Primaria en Salud (APS) con Equipos Básicos de Salud (EBS) extramurales que resuelva la mayoría de las necesidades de salud de las personas, impacta de forma negativa en la salud de la población al no prevenir las enfermedades evitables y que generan una mayor carga de morbi-mortalidad y, por ende, mayor presión financiera en el Sistema sanitario por concepto de sobrecostos en la atención.

Ilustración 5.

Núcleo de inequidad 1



Fuente: Elaboración propia.

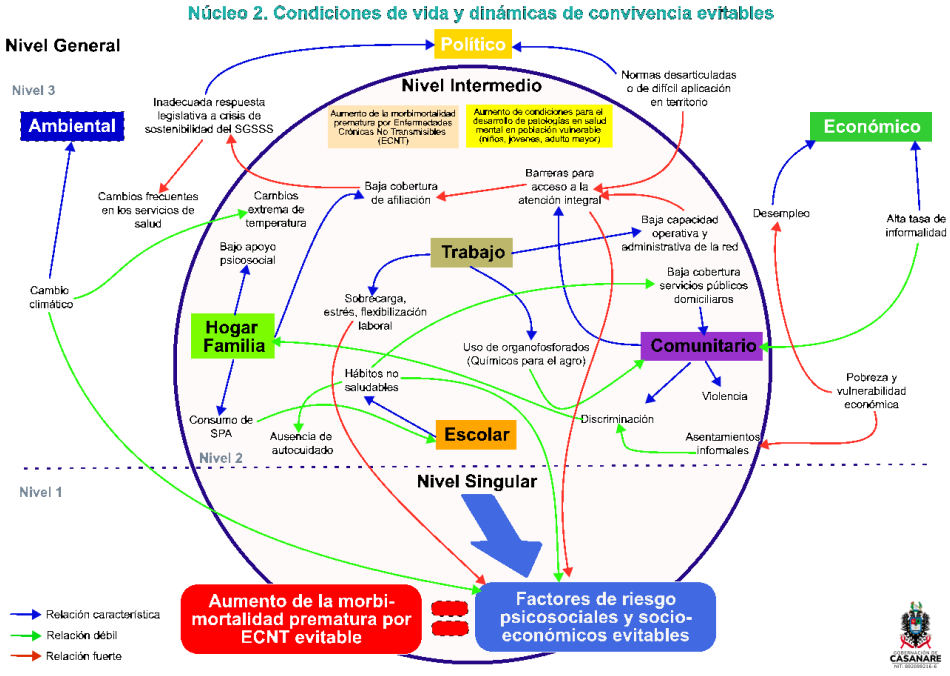
Para este núcleo se identificaron los siguientes eventos en salud como prioritarios, teniendo en cuenta su magnitud y comportamiento frente al promedio nacional: Baja Cobertura de vacunación con dosis de BCG en menores de 1 año, Razón de Mortalidad Materna, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y la Resistencia Antimicrobiana (IAAS_RAM) y Letalidad por Dengue.

El Núcleo de inequidad sociosanitario 2 "*Condiciones de vida y dinámicas de convivencia evitables*", se define así:

Modos de vida y circunstancias socio-económicas, geográficas y demográficas injustas que generan brechas de desigualdad social con mayor intensidad en segmentos de la población con altos índices de vulnerabilidad (estratificadores sociales como pobreza monetaria y multidimensional, comunidades étnicas, campesinos, víctimas de la violencia, población en condición de discapacidad, mujeres), en entornos con factores de riesgo (hogar, comunitario y laboral) que se concentran y reproducen estas condiciones y se convierten en determinadores sociales de la salud, traducidos en efectos negativos para la población particularmente en ECNT las cuales son prevenibles, evitables y generan alto costo al sistema de salud; principalmente, se destacan enfermedades del sistema circulatorio, cáncer en población infantil y adulta, enfermedades precursoras (diabetes e hipertensión), enfermedades de alto costo con la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y enfermedades mentales (intentos de suicidio y mortalidad por lesiones autoinfligidas, consumo de SPA, depresión, ansiedad, trastornos mentales y del comportamiento, y violencias de género, intrafamiliar, sexual e interpersonal, homicidios).

Ilustración 6.

Núcleo de inequidad 2



Fuente: Elaboración propia.

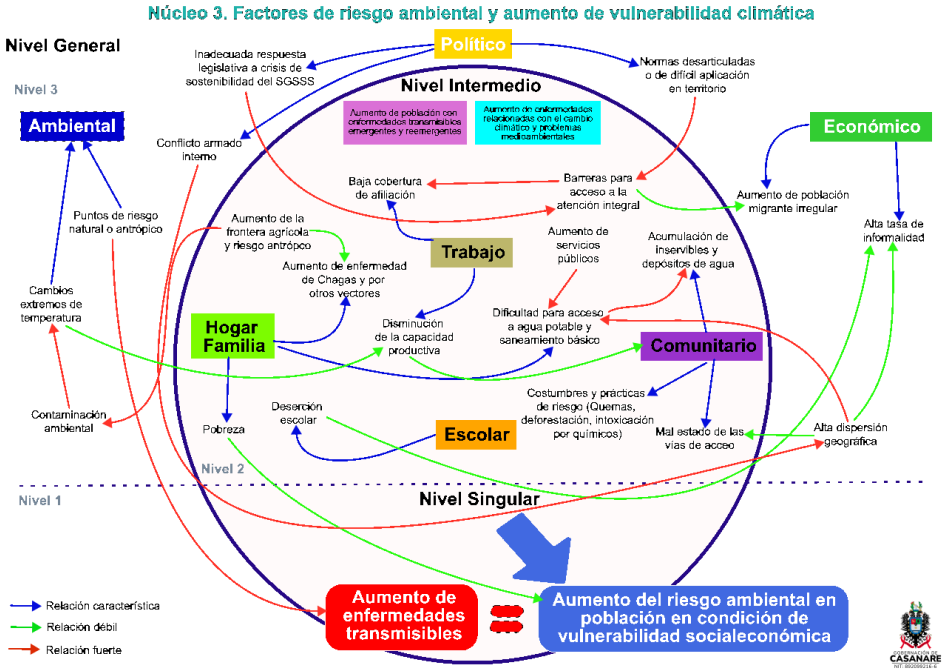
Para este núcleo se identificaron los siguientes eventos en salud como prioritarios, teniendo en cuenta su magnitud y su relación con la cadena de explicación de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención: Tasa de

mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio, Tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama, Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata, Tasa de mortalidad por cáncer infantil, y Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas (suicidios).

El núcleo de inequidad sociosanitario 3 "*Factores de riesgo ambiental y aumento de vulnerabilidad climática*", se define como:

Fenómenos globales como el cambio climático y problemas ambientales por acción antrópica relacionadas con actividades industriales (extracción petrolera, procesamiento de arroz), ampliación de la frontera agrícola y contaminación ambiental provocada por el uso constante de agroquímicos en producción de monocultivos (arroz, y palma de aceite, principalmente) y ganadería extensiva, que causa deforestación, pérdida de biodiversidad, cambios en los ciclos selváticos, erosión de suelos, y se traduce en un impacto negativo en la salud de la población que habita el área urbana y rural de forma diferenciada con problemáticas específicas como el aumento de enfermedades transmitidas por vectores (dengue y brotes de Chagas agudo en zonas urbanas, fiebre amarilla, malaria y leishmaniasis profundizado por el fenómeno migratorio), enfermedades zoonóticas (encefalitis equina, leptospirosis, rabia), inseguridad alimentaria en población rural con mayor incidencia en comunidades étnicas (población indígena), aumento de enfermedades transmitidas por agua que afecta a población infantil en mayor proporción debido a la mala calidad del agua para consumo humano (especialmente en área rural), y enfermedades respiratorias agudas por polución, quemas e inadecuada disposición de residuos sólidos y aguas residuales en cabeceras y centros poblados.

Ilustración 7.
Núcleo de inequidad 3



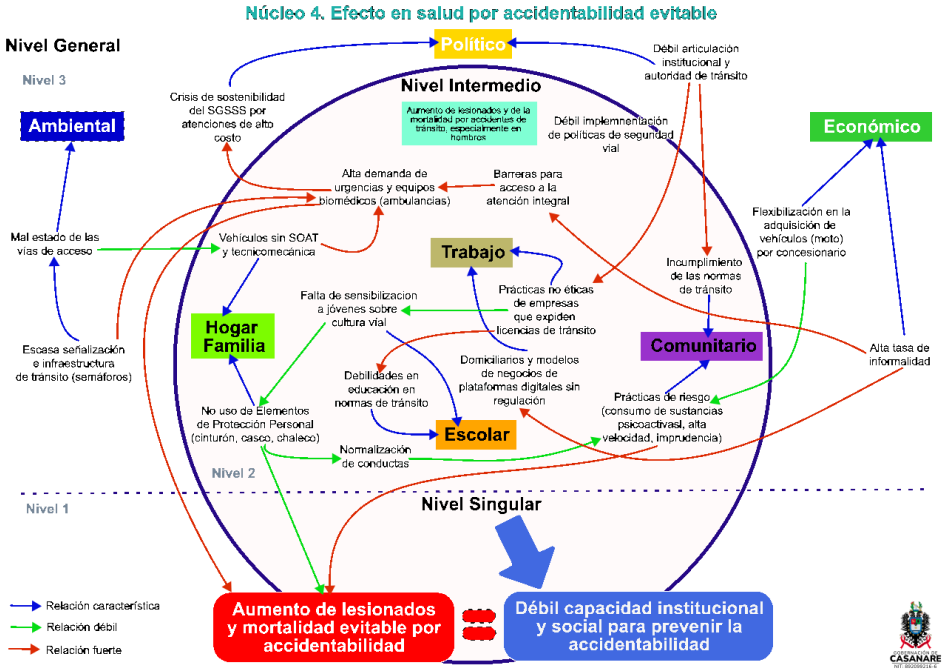
Fuente: Elaboración propia.

Para este núcleo se identificaron los siguientes eventos en salud como prioritarios, teniendo en cuenta su magnitud y su relación con la cadena de explicación de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención: Prevalencia por desnutrición aguda en menores de 5 años, Tasa de incidencia de dengue, Letalidad por enfermedad de Chagas agudo, Tasa de mortalidad por tuberculosis, e Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA).

El núcleo de inequidad sociosanitario 4 "*Efecto en salud por accidentabilidad evitable*", se define como:

Prácticas de riesgo (no uso de Elementos de Protección Personal, incumplimiento de las normas de tránsito) por actores viales que circulan en las carreteras del departamento (urbanas y primarias), las cuales presentan un deterioro en su malla, existe precaria señalización e infraestructura de tránsito en las cabeceras municipales y centros poblados, flexibilización en la adquisición de vehículos sin licencia de conducción, escasa articulación institucional con las autoridades de tránsito para implementación de políticas de seguridad vial y prevención de accidentes de tránsito, que se traduce en una mayor carga de enfermedad (lesionados y desenlaces fatales) evitable en población masculina joven y adulta (edades entre 20 a 44 años), como principal vehículo de colisión las motocicletas que, en gran medida, no cuentan con SOAT y/o técnico-mecánica.

Ilustración 8.
Núcleo de inequidad 4



Fuente: Elaboración propia.

Para este núcleo se identificaron los siguientes eventos en salud como prioritarios, teniendo en cuenta su magnitud y su relación con la cadena de explicación de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención: Tasa de lesionados por eventos de transporte terrestre, Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, y Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos por causas externas.

5.4 Conclusiones Capítulo V

El reconocimiento y validación de la priorización de las problemáticas y necesidades en salud del departamento se fundamenta en un análisis exhaustivo de los resultados en salud de la población y el consenso social y ciudadano que permitió establecer una escala de intensidad de situaciones identificadas como de "interés público" de acuerdo con el sentir de los involucrados, las cuales requieren de una respuesta social organizada y efectiva.

Este proceso metodológico es el paso inicial para la planeación, garantizando la consolidación de los problemas más relevantes y que, se esperan, reflejen la realidad actual del departamento en materia de salud. Dichas problemáticas tienen un impacto directo en la salud de la población que se traducen en efectos en salud específicos que han perdurado en el tiempo bajo unas condiciones y circunstancias determinadas por los contextos y dinámicas territoriales.

Como revela la reorganización de los núcleos de inequidad sociosanitaria, las brechas en acceso a los servicios de salud integrales y oportunos derivado de la baja capacidad resolutiva del sistema de salud para atender las demandas de las comunidades, especialmente en áreas remotas y de difícil acceso, sumado a la débil rectoría y gobernanza de las entidades territoriales para la gestión de la salud pública a causa de su reducida capacidad técnica y escaso margen de acción por la naturaleza de sus recursos; se constituye en la principal necesidad sentida de la población desencadenando en eventos prevenibles, principalmente, asociados a ECNT.

Existen otras situaciones que, sin originarse en las debilidades del funcionamiento del sistema de salud, si tienen un impacto en el estado de salud de la población. Situaciones como el acceso al agua, saneamiento básico y factores ambientales juegan un papel determinante en los entornos y el bienestar de la población; otros, más relacionados con el cambio conductual y prácticas sociales de riesgo, acrecientan problemáticas como el incremento de lesionados y muertes por accidentes de tránsito, los suicidios y las violencias como fenómenos sociales y culturales arraigados en nuestra cultura. Es deseable recordar que las trasformaciones de los resultados en salud de las personas no dependen sólo de la atención sanitaria sino de "*las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen*", que tienen que ver con el contexto social, ambiental y político de los países, y con las condiciones de vida de cada persona.

Los resultados de la priorización muestran que las inequidades en salud tienen un origen multidimensional y requieren de respuestas integrales. Para su superación implica fortalecer la acción intersectorial, la participación comunitaria y el fortalecimiento de la capacidad institucional local, garantizando que las intervenciones tengan un pacto sostenido en el tiempo para la reducción de estas brechas.

Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio



6 Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo y predictivo bajo la estrategia de APS

6.1 Transformación esperada por cada núcleo

En el proceso de priorización en salud se contempla la identificación de los eventos en salud de mayor impacto, los cuales se traducen en los efectos directos generados a partir de las condiciones y circunstancias injustas particulares del contexto (determinadores sociales) que intervienen de forma diferenciada en los pueblos y comunidades que habitan los territorios y las relaciones que se establecen en el proceso de salud-enfermedad-atención (inequidades en salud injustas y evitables) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a). Estos nudos críticos con sus descriptores, efectos y consecuencias pueden ser transformados bajo una perspectiva local.

A partir de la identificación de los eventos en salud trazadores identificados en cada uno de los cuatro (4) grandes núcleos de inequidad sociosanitario, se pudo determinar veinte (20) transformaciones esperadas, organizados de la siguiente forma:

Tabla 14.

Transformaciones esperadas por núcleo de inequidad sociosanitario, Casanare

Núcleo de inequidad sociosanitario	Evento en salud relacionado	Transformación esperada
1. Baja capacidad de la red y la autoridad sanitaria para el fortalecimiento de la rectoría en salud.	Razón de Mortalidad Materna	Reducir la mortalidad materna (RMM) en el departamento de Casanare con un enfoque integral, intersectorial y territorializado.
	Morbilidad Materna Extrema	Intensificar el seguimiento a la población con condiciones de riesgo que puedan desarrollar un evento de Morbilidad Materna extrema y/o Mortalidad materna.
	Mortalidad perinatal y neonatal tardía, infantil y en la niñez.	Reducir o mantener la tasa de mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en la niñez en el departamento.
	Porcentaje de THS Capacitado y Certificado en GPC. Porcentaje de Cumplimiento de Procesos Clave en GPC	Fortalecer las competencias del Talento Humano en Salud (THS) a través de la adherencia a las Guías de Prácticas clínica (GPC) en la red primaria y capacitar a los cuidadores de los menores de cinco años para respuesta oportuna de atención inicial y de signos de alarma para la atención institucional.
	Disponibilidad de Talento Humano en Salud especializado crítico.	Garantizar la disponibilidad de especialidades médicas esenciales.
	Razón de camas de cuidado intensivo y camas de cuidado intermedio, ambulancias habilitadas por 1.000 habitantes. Prestadores habilitados. Tasa de Cumplimiento de las Rutas Integrales de Atención (RIAS). Tasa de incidencia de sífilis congénita. Proporción de transmisión materno-infantil de Hepatitis B y VIH.	Mejorar la resolutividad del sistema sanitario en el departamento, con un mayor nivel de complejidad, ampliando con los prestadores de las RIITS existentes en el Departamento niveles complementarios de atención (IV nivel) con estrategias gubernamentales que haga atractivo por prestadores invertir y construir instituciones de salud de alta complejidad en el municipio de Yopal como referente de atención en la Orinoquía-Amazonía.
	Tasa de incidencia por Infecciones Asociadas a Dispositivos - IAD	Consolidar la vigilancia en salud pública de las IAD siguiendo el protocolo nacional por los prestadores y el proceso de IVC de la autoridad sanitaria para gestionar las alertas tempranas y facilitar la respuesta coordinada.
	Tasa de Prescripción de Antibióticos No Consistente con GPC.	Fortalecer el seguimiento al consumo de antibióticos bajo vigilancia por las entidades territoriales, continuar con la notificación oportuna y los programas de prevención, vigilancia y control de IAAS_RAM por los prestadores bajo supervisión de los aseguradores.
	Cobertura de vacunación con dosis de BCG en menores de 1 año en el DPTO de Casanare. Cobertura de Vacunación con Esquema Completo por ET.	Fortalecer la demanda y acceso universal a los servicios de vacunación en la primera infancia e infancia según el esquema nacional.
	Tasa de Morbilidad Específica Evitable en Red Primaria. Porcentaje de Gestantes con Control prenatal (CPN) temprano. Porcentaje de Tamizajes de Riesgo realizados en el Territorio.	Fortalecimiento en las estrategias de atención extramural y demanda inducida.

Núcleo de inequidad sociosanitario	Evento en salud relacionado	Transformación esperada
	Tasa de visitas domiciliarias efectivas por ET.	
2. Condiciones de vida y dinámicas de convivencia evitables.	Tasa de mortalidad prematura por ENCT. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama. Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata. Tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago. Tasa de prevalencia de diabetes e hipertensión.	Disminuir la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, Enfermedades de alto costo y precursoras.
	Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas (suicidio). Tasa de incidencia por violencias de género e intrafamiliar. Tasa de incidencia de intento de suicidio.	Aumentar capacidad institucional para disminuir reporte de eventos en salud mental (consumo de SPA, trastornos mentales y del comportamiento, suicidios) en el departamento.
3. Factores de riesgo ambiental y aumento de vulnerabilidad climática.	Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años por IRA o EDA.	Reducir o mantener mortalidad por EDA e IRA en menores de 5 años en el departamento.
	Letalidad por Dengue Letalidad por enfermedad de Chagas agudo Tasa de incidencia de Dengue.	Reducir la incidencia y letalidad de casos de dengue y enfermedad de Chagas en el Departamento.
	Tasa de mortalidad general por Tuberculosis. Tasa de incidencia general Tuberculosis. Tasa de incidencia en Lepra. Tasa de discapacidad por lepra grado severo. Tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Cobertura de vacunación antirrábica.	Reducir o mantener la morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles (emergentes, reemergentes y desatendidas) a través de un abordaje de determinantes sociales de la salud.
	Índice de Riesgo de la Calidad del Agua por área geográfica. Cobertura de Agua Potable Segura y alcantarillado (Urbana y Rural). Tasa de Incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Menores de 5 años. Tasa de Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en Menores de 5 años. Incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) Intradomiciliarios.	Mejorar las coberturas de acueducto y alcantarillado y el acceso o mejoramiento cualitativo de las viviendas en población vulnerable del área urbana y rural.
	Tasa de incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas. Tasa de Letalidad por Intoxicaciones químicas. Cobertura de Programas de Posconsumo de Envases.	Reducir la incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas y promover la producción limpia en las actividades agropecuarias.
4. Efecto en salud por accidentabilidad evitable.	Tiempo promedio de respuesta en el Sistema de Referencia (Alta Complejidad). Tiempo Promedio de Traslado Interinstitucional. Porcentaje de Remisiones Aceptadas Oportunamente. Tasa de Mortalidad por Siniestros Viales (Horas Críticas).	Fortalecer la capacidad de respuesta efectiva del sistema de referencia y contrarreferencia para atender de forma oportuna los siniestros viales por personal paramédico y asistencial de urgencias.
	Tasa de lesiones por eventos de transporte terrestre. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por sexo y área geográfica. Tasa Años de Vida Potencialmente Perdidos por causas externas (accidentes de tránsito). Tasa de Lesiones y Fatalidades en Áreas Focalizadas. Tasa de Letalidad por Siniestros Viales.	Estrategia de control de factores de riesgo focalizado (alcohol, velocidad, no uso de EPP) en entornos comunitarios y educativo para la prevención de lesiones y desenlaces fatales por accidentes de tránsito.
	Tasa de Mortalidad por Siniestros Viales de Motociclistas. Incidencia de Siniestros Viales en Puntos Críticos Intervenidos.	Mejoramiento de la infraestructura vial, implementación de estrategias de bajo costo y alto impacto (semaforización y señalización, control velocidad y uso de EPP, incentivos para pago de multas y reducción de impuestos, técnico-mecánica y/o SOAT), identificación de puntos críticos de accidentabilidad y regulación de compra de motocicletas a través de exigencia de licencia de conducción.

Fuente: Elaboración propia.

Entendiendo que los acuerdos de la sociedad son un proceso de concertación dinámico que parte de las realidades particulares en sus contextos locales y de un ejercicio de construcción permanente desde su conocimiento y experiencia del territorio; el PTS aprobado para el cuatrienio 2024-2027, mediante ordenanza No. 008 de 2024, se constituye en la hoja de ruta de la planeación integral para la salud en el territorio, el cual se encuentra armonizado con las ocho (8) líneas de acción y los siete (7) ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 (Gobernación de Casanare, 2024; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

6.2 Validación de las respuestas

Como lo manifiesta el MSPS la inequidad en salud debe ser una prioridad en las agendas políticas departamentales y locales, un tema de discusión permanente entre diferentes actores y en diferentes escenarios; especialmente las inequidades generadas en las condiciones de acceso y uso de los servicios

curativos, preventivos y de promoción que abordan los DSS[23] (Grupo de planeación en salud pública, 2023; OPS, 2019).

A partir de la implementación del PTS 2024-2027, se concreta la implementación del PDSP 2022- 2031, el cual es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud del nivel departamental que permite a la entidad rectora en salud contribuir con el logro de las metas estratégicas establecidas para el decenio.

A partir del modelo preventivo, predictivo y resolutivo que orienta las respuestas del sector salud desde una construcción colectiva fundamentada en la estrategia de APS, se vinculan las problemáticas y necesidades identificadas y priorizadas a través de los cuatro (4) núcleos de inequidad sociosanitarios a las metas estratégicas y su cadena de valor, en consonancia con la metodología de marco lógico, que permite materializar los impactos positivos de las intervenciones en el corto y mediano plazo.

A nivel programático se resalta una coherencia importante entre las problemáticas y necesidades sentidas de la comunidad que se incluyen en los núcleos de inequidad sociosanitaria organizados en relación con las transformaciones esperadas del territorio, el componente estratégico y las intervenciones programadas en cada vigencia. Muchas de estas necesidades sentidas convergen en las dificultades al acceso a los servicios de salud, la atención oportuna e integral y la gestión de medicamentos esenciales; los cuales están directamente relacionados con la capacidad de resolutividad del sistema sanitario.

Validando la coherencia entre el análisis de priorización y el componente estratégico y operativo del PTS, esto es el Plan de Acción en Salud – PAS vigencia 2025, se destacan varios aspectos importantes:

- Se establecen 53 metas estratégicas incorporadas al sector 4 – Salud y protección social del PDT aprobado, las cuales están armonizadas a las metas estratégicas del PDSP 2022-2031 y cuentan con dieciocho (18) indicadores de resultado y cuarenta y cuatro (44) metas producto para su seguimiento y evaluación.

[23] En las últimas décadas se ha demostrado que existen importantes diferencias sistemáticas en el estado de salud de las personas según distintos atributos socioeconómicos, geográficos, étnicos y de género. Esta difusión sistemática de diferencias injustas y evitables (socioeconómicas, distribución desigual del poder), condicionan las enfermedades prevenibles, la muerte prematura y la incapacidad. En contraposición, la equidad orienta la priorización de los esfuerzos de políticas e intervenciones de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica (OPS, 2019).

- En el PAS de la vigencia 2025 se comprende 101 actividades las cuales están organizadas en 6 ejes estratégicos del PDSP, a excepción del eje 7. Personal de salud. No obstante, se realizó ajuste a las actividades ante la respuesta de brotes y emergencias sanitarias (v.g. fiebre amarilla, dengue) y después de la retroalimentación realizada por el MSPS que validaba la coherencia, completitud y oportunidad del cargue del instrumento a la plataforma web.
- Todas las estrategias e intervenciones propuestas se materializan mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, siendo la piedra angular para reestablecer la gobernanza, rectoría y fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias a nivel multiescalar.
- Si bien, las problemáticas priorizadas que tienen efectos directos en la salud de la población fueron tenidos en cuenta en la planificación territorial mediante la organización de respuestas diferenciales y armonizadas con una perspectiva *top-down*; las problemáticas de origen multifactorial que se configuran como determinadores sociales en nuestro contexto, tienen respuestas fragmentadas, poco articuladas con otros sectores gubernamentales y sociales, que no permiten complementar los esfuerzos para garantizar un impacto positivo significativo y sostenible en el tiempo que permita mejorar la acción de la salud pública.
- Las intervenciones implementadas durante la vigencia, acogidas a partir del diagnóstico en salud para el 2024, permiten evidenciar el cumplimiento de las disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud y para la población materno perinatal, de acuerdo con las competencias de la Entidad territorial, sus responsabilidades y funciones[24] (*Resolución 518*, 2015; *Resolución 3280*, 2018). No obstante, es fundamental que se siga generando intervenciones focalizadas a poblaciones vulnerables, especialmente aquellas con mayores inequidades identificadas por brechas geográficas y socioeconómicas, y complementando las capacidades locales de los municipios para implementar de forma efectiva sus ejercicios de rectoría en salud[25].
- Se evidencia la necesidad de profundizar en desarrollar intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo para buscar impactar

[24] La Resolución No. 1597 de 2025 aunque establece disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de APS, deroga expresamente la Resolución No. 1035 de 2022; adoptando el nuevo marco técnico y operativo para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, que incluye la actualización del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

[25] El término rectoría se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento, o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. La OMS define seis (6) dimensiones: conducción sectorial, regulación, armonización de la provisión, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública - FESP (Asociación Colombiana de Salud Pública & Organización Panamericana de la Salud, 2023).

positivamente los DSS y los resultados definidos en el PTS para este cuatrienio, con la ayuda de sistemas de información en salud y tecnologías sanitarias fortalecidos e integrados que mejore la capacidad de respuesta del sistema de salud a emergencias y demandas en salud de la población en circunstancias específicas.

- Pese a que uno de los mayores impactos en salud (lesiones y mortalidad por accidentabilidad, problemas específicos de salud mental, desnutrición) son originados en otros sectores como educación, movilidad y agricultura; el sector salud es el catalizador de las consecuencias negativas como resultado de la cadena explicativa de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención.

6.3 Recomendaciones

Es necesario que en los instrumentos de planeación integral para la salud a nivel territorial (PIC, PAS, EBS - APS) se articulen y complementen con las acciones y/o propuestas de respuesta que propongan los agentes en salud (departamento, municipios, IPS, EAPB), que conlleve a una verdadera concurrencia y subsidiariedad de la gestión territorial integral de la salud pública en los micro territorios y regiones establecidas.

Para ello, es necesario mejorar la capacidad resolutiva de los Equipos Básicos de Salud (EBS) extramurales para realizar los procesos de caracterización comunitaria, llevar a cabo intervenciones individuales y colectivas que permita la gestión del riesgo, la educación en salud y la reconfiguración de los entornos que favorezcan zonas seguras para el bienestar comunitario.

Es fundamental que se propongan estrategias y alternativas de acción desde múltiples enfoques (integrado e intersectorial) y a escala territorial (nación, departamento y municipio) que complementen las capacidades de los actores del sistema y su corresponsabilidad para la *territorialización*[26] de la gestión integral de la salud pública.

En el PAS para la vigencia 2026 se sugiere que la inversión en salud pública se enfoque en mayor proporción a la promoción de estilos de vida saludables en función de la estrategia CERS (enfocándose en los entornos educativos y comunitarios) y a la prevención de ECNT teniendo en cuenta el perfil de morbi-

[26] Según la Resolución No. 1789 de 2025, se deben desarrollar las acciones de la gestión territorial integral de la salud pública, habilitar las RIITS y la operación del aseguramiento en salud en el marco de la organización de regiones y subregiones funcionales de salud que busca comprender y responder las relaciones históricas de los determinantes sociales que configuran el proceso salud-enfermedad-atención de las personas, familias y comunidades, y que se expresan epidemiológicamente en un ámbito geográfico territorial, bajo un enfoque regional (*Resolución No. 1789 de 2025*, 2025).

mortalidad del departamento, con acciones de complementariedad y subsidiariedad en municipios de categoría 4, 5 y 6.

Es necesario que para la implementación efectiva del PTS 2024-2027 se fortalezcan los recursos asignados al sector salud que permitan el desarrollo efectivo de las capacidades esenciales de la Entidad territorial y poder coordinar a nivel departamental y regional las funciones de promoción, aseguramiento en salud y la articulación de las redes de servicios que mejoren la capacidad resolutiva, sobre todo en el primer nivel de atención en centros poblados y área rural dispersa.

Para la incidencia de los DSS en los contextos particulares descritos en nuestro departamento se debe buscar el fortalecimiento de las estructuras de gobernanza del sistema de salud a través de las autoridades de salud en todos sus niveles con funciones de coordinación en acciones intersectoriales para implementar estrategias que influyan directamente sobre factores que tienen un impacto real en la equidad de la salud.

Para ello se requiere definir las condiciones actuales de la Entidad territorial en términos de capacidades humanas, infraestructura, logística y financiera para ejecutar de manera óptima las acciones misionales con integralidad, complementariedad y suficiencia.

Finalmente, es necesario fortalecer los ejercicios de planificación con los formuladores y tomadores de decisiones que permita una programación de las intervenciones con base en la priorización en salud, las capacidades de la entidad y los recursos asignados que garantice la coherencia y viabilidad técnica para su adecuada implementación. Asimismo, el fortalecimiento de los espacios de participación social que permita la identificación de alternativas de solución, resolución de conflictos y mejore la planificación territorial; mejorando la confianza en la autoridad sanitaria.

6.4 Conclusiones del Capítulo VI

A nivel general, se evidencia que las propuestas de intervención y recomendaciones emitidas en el ASIS de la vigencia anterior fueron la base de la estructuración del PAS para la vigencia 2025 del departamento. Sin embargo, se evidencian dificultades para la sincronización adecuada entre la disponibilidad de los resultados del ASIS y la elaboración de los instrumentos de planeación; por lo que la información obtenida no logra aún ser considerada oportunamente.

Se presentan algunas inconsistencias en la operativización de las acciones de respuesta en el instrumento operativo del 2025, para la disminución de las inequidades sociales en la salud, sus efectos en salud (es decir, los eventos en salud) y las problemáticas priorizadas. Es fundamental que las actividades se organicen entorno a la línea operativa y transformaciones esperadas por cada núcleo de inequidad sociosanitario para aportar al cumplimiento de las metas de resultado del PTS 2024-2027 en la siguiente vigencia.

Los principales desafíos identificados para la acción conjunta a nivel territorial se relacionan con la múltiple afectación de factores que determinan brechas en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de vida, las barreras geográficas, la baja disponibilidad de infraestructura y personal de salud, y limitados recursos para la gestión territorial integral de la salud pública.

Por lo anterior, es indispensable que se tenga en cuenta al momento de la formulación de las propuestas las orientaciones para la gestión territorial integral de la salud pública en el marco del proceso de territorialización del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo que permita fortalecer la estrategia de APS; teniendo en cuenta la complementariedad y coherencia de actividades a nivel multiescalar (nivel geográfico, administrativo y de funciones) entre los actores del sistema e involucrados que conduzca a la conformación de arreglos institucionales para intervenir de forma diferencial, con intensidad y especificidad las situaciones y permita disminuir las brechas sociales injustas y evitables.

Es necesario seguir avanzando en los ejercicios participación y el consenso social para alinear las prioridades consignadas en el ejercicio propuesto por el ASIS, las sentidas por los actores sociales y comunitarios y las que tienen los tomadores de decisiones para que se garantice una intervención efectiva de los DSS, se disminuyan las inequidades en salud presentes en el territorio y se fortalezcan la incidencia política del sector en espacios de carácter intersectorial.

Finalmente, es fundamental la voluntad política de los gobernantes y actores políticos locales para avanzar en el reconocimiento de la importancia del ASIS y sus resultados en la toma de decisiones articuladas en sus territorios.

Bibliografía

Agencia Nacional de Seguridad Vial. (2025). *Observatorio - Estadísticas*. Observatorio. https://ansv.gov.co/es/observatorio/estadísticas/cifras-ano-en-curso

Asociación Colombiana de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Funciones Esenciales de Salud Pública. La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia 2023*. https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2024/04/FUNCIONES_ESENCIALES_SALUD_PUBLICA_COLOMBIA.pdf

Avendaño, J., Camacho, I., Camacho, M., Cortes, M., Guerrero, A., Gutiérrez, J., Moreno, A., Rojas, A., & Rojas, D. (2023). Fragmentación y distribución de la propiedad rural en Colombia. In *Instituto Geográfico Agustín Codazzi* (Primera ed). IGAC.

Banco Mundial. (2024). *Tasa de fecundidad, total (nacimientos por mujer)*. Datos. https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?view=map

Banco Mundial. (2025). *Índice de Gini*. https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2024&most_recent_value_desc=false&start=2024&view=bar

Barragán Giraldo, D. F. (2016). Cartografía social pedagógica: entre teoría y metodología. *Revista Colombiana de Educación*, *1*(70), 247–285. https://doi.org/10.17227/01203916.70rce247.285

Cámara de Comercio de Casanare. (2024). *Estudio económico* (Issue 14).

CEPAL. (2023). *CEPALSTAT, Portal de desigualdades en América Latina*. https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/incomes.html?lang=es&indicator=3289

CIAT, Cormacarena, Corporinoquia, ECOPETROL, & CCAFS. (2018). *Plan regional integral de cambio climático para la Orinoquia-Casanare: Vol. No. 459*.

Cortes, K., Escobar, F., Salas, S., Vargas, G., Chocontá, L., Díaz, D., Gutiérrez, J., Valencia, C., Vallejo, E., García, A., Castillo, P., Rodriguez, N., Castillo, L., Alvis, N., Quintero, J., León, W., Mestre, A., & Chaparro, P. (2016). *Una mirada al ASIS y análisis en profundidad*. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/Infomes.aspx

Cuenta de Alto Costo. (2025). *HIGIA*. https://cuentadealtocosto.org/higia/

DANE. (2021). *Boletín Técnico Déficit Habitacional Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/deficit-habitacional/deficit-hab-2020-boletin.pdf

DANE. (2022). *Censo nacional de población y vivienda 2018 - Colombia*. Demografía y Población. https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018

DANE. (2023a). *Boletín técnico: Indicadores básicos de tenencia y uso de TIC en hogares y personas de 5 y mas años de edad, 2023*.

https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/tecnologia-e-innovacion/tecnologias-de-la-informacion-y-las-comunicaciones-tic/indicadores-basicos-de-tic-en-hogares

DANE. (2023b). *Caracterización sociodemográfica del campesinado colombiano*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/doc-CASEN-CaracsociodemoCampesinadoCO.pdf

DANE. (2023c). *Proyecciones de población. Indicadores demográficos*.

DANE. (2024a). *Boletín técnico: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/bol-ECV-2023.pdf

DANE. (2024b). *Cuentas departamentales. Producto Interno Bruto PIB por Departamento, 2024 preliminar*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PIB/bol-PIBDep-2024pr.pdf

DANE. (2025a). *Boletín técnico: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2024*.

DANE. (2025b). *Boletín técnico: Ocupación informal, Trimestre móvil mayo - julio 2025*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHEISS-may-jul2025.pdf

DANE. (2025c). *Boletín técnico: Pobreza Monetaria en Colombia 2024*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PM-2023.pdf

DANE. (2025d). *Boletín Técnico: Pobreza multidimensional en Colombia*.

DANE. (2025e). *Boletín Técnico. Principales indicadores del mercado laboral, Julio de 2025*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIH-nov2023.pdf

DANE. (2025f). *Boletín técnico Inseguridad alimentaria a partir de la escala FIES - 2024* (p. 25). DANE.

DANE. (2025g). *Boletín Técnico Mercado laboral por regiones Segundo semestre 2018*.

Departamento Nacional de Planeación. (2025). *TerriData*.

Escobar-díaz, F. (2016). *Análisis de Situación en Salud: su importancia en la implementación por las entidades territoriales de Colombia, 2016*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones alternas/Policy Brief ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD.pdf

Forensis. (2023). *Forensis 2023. Datos para la vida* (Vol. 25, p. 600). Instituto Nacional de Medicina Legal y Cie.

Garavito, O., Rendón, J., Vergara, W., Mora, C., Guerrera, S., & Forigua, P. (2021). *Casanare: estructura socioeconómica y lecturas territoriales* (E. Unisalle (ed.); Primera ed). Universidad La Salle. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=edunisalle_agrociencias

García Rosique, R. M. (2010). Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Revista Médica Electrónica*, *32*(3), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242010000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es%5Cnhttp://scielo.sld.cu/

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300010
Gardeazábal, P., & Pardo, A. (2024). *Notificación oportuna de muestras de vigilancia de la calidad del agua potable en SIVICAP e Índice de Riesgo de la Calidad del Agua Potable (IRCA) urbano y rural, 2023-2024* (pp. 1–52). Instituto Nacional de Salud.
Gardeazábal, P., & Rojas, L. (2023). *Informe nacional del índice de Riesgo de la Calidad del agua potable - IRCA urbano y rural por municipio 2020-2023*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-nacional-irca-urbano-y-rural-por-municipio-2020-2023-version-2.pdf
Giraldo, D., & Portilla, E. (2021). *Cartografía Social como estrategia participativa en los procesos de investigación, intervención y diagnóstico de la salud mental comunitaria en Colombia, desde cuatro dimensiones interpretativas* [Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/42770/dgiraldol.pdf?sequence=3&isAllowed=y
Giraldo, M. C. (2025). *Informe de evento: Desnutrición Aguda en Menores de 5 años, Colombia, 2024*.
Gobernación de Casanare. (2018). *Plan Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, 2016-2025*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.casanare.gov.co/Dependencias/Gobierno/PublishingImages/Paginas/Plan-Departamental-Para-la-Gestion-del-Riesgo-de-Casanare-DGRD/PDGRD Casanare 2016 - 2025 (1).pdf
Gobernación de Casanare. (2019). *Plan departamental de extensión agropecuaria PDEA Casanare 2020-2023*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.adr.gov.co/wp-content/uploads/2021/07/PDEA-Casanare-2020-2023.pdf
Gobernación de Casanare. (2020). *Plan Vial Departamento de Casanare 2021-2030*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.casanare.gov.co/Dependencias/ObrasPublicas/Documents/Plan Vial Departamento de Casanare 2021-2030.pdf
Gobernación de Casanare. (2024). *Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027: Oportunidades para Casanare*. Asamblea Departamental de Casanare.
Gómez, J. C. (2017a). Subsistema Ambiental y Biofísico Tabla de Contenido. In *Formulación del Plan de Ordenamiento territorial departamental de Casanare* (p. 92). Gobernación de Casanare.
Gómez, J. C. (2017b). Subsistema Gestión del Riesgo y cambio climático. In *Plan de Ordenamiento Territorial departamental de Casanare* (p. 207). Gobernación de Casanare. https://www.casanare.gov.co/Dependencias/Planeacion/Paginas/Plan-de-Ordenamiento-Territorial-Departamental-de-Casanare.aspx
Gómez, J. C. (2021). Territorios étnicos. In *Plan de Ordenamiento Territorial*

departamental de Casanare (p. 30). Gobernación de Casanare. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.casanare.gov.co/Dependencias/Planeacion/Documentos POTDCAS/2. Documento. 1.1 CAP II. Territorios étnicos.pdf

Grupo de planeación en salud pública. (2023). *Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el territorio*.

Grupo de planeación en salud pública. (2024). *Lineamientos de Planeación Integral para la salud en el ámbito territorial*.

Grupo de vigilancia en salud pública. (2024). *Informe epidemiológico de eventos de interés en salud pública, Casanare-Colombia,2023*. Secretaría de Salud de Casanare. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.casanare.gov.co/Dependencias/Salud/Informes de Inters para la Comunidad/Informe EISP 2023.pdf

Grupo de vigilancia en salud pública. (2025). *Informe epidemiológico de eventos de interés en salud pública, Casanare-Colombia, 2024*. Secretaría de Salud de Casanare.

ICBF, Ministerio de de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, & Universidad Nacional de Colombia. (2015). *Encuesta nacional de la situación nutricional - ENSIN, 2015*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/documento-metodologico-ensin-2015.pdf

IDEAM. (2015). *Nuevos escenarios de Cambio Climático para Colombia 2011-2100*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.andi.com.co/Uploads/NUEVOS ESCENARIOS DE CAMBIO CLIMÁTICO COLOMBIA 2011 - 2100.pdf

IDEAM, & Ministerio de Ambiente. (2017). *Escenarios de cambio climático*. Cuarta Comunicación Nacional de Colombia. https://visualizador.ideam.gov.co/portal/apps/storymaps/stories/660ec48de9454157b54adc074b1f38fd

IDEAM, & Ministerio de Ambiente. (2024). *Escenarios de cambio climático, de la cuarta comunicación nacional de Colombia*. IDEAM.

Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2024). *Coficientes de Gini*. https://www.igac.gov.co/sites/default/files/2024-05/GINI_COL_IGAC_V3_07052024.xlsx

Instituto Nacional de Salud. (2024). *Boletín de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano* (pp. 1–12).

Instituto Nacional de Salud. (2025). *Boletín de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, 2025*. Vigilancia de La Calidad Del Agua. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjY4MmVmNWEtNjNkNS00YWE0LTk4YWItYzE3ZWRkY2VkMzQyIiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOjR9&pageName=ReportSection0aac771691325bb3e001

Jaimes, M. B. (2016). *Anexo 25. Índice de Necesidades en Salud* (pp. 1–17).

Ministerio de Salud y Protección Social.
Marín, Y., Oviedo, J., & Arias, L. (2022). *Propiedad rural en Colombia*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/jul_2022_nota_estadistica_propiedad_rural.pdf
Ministerio de de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución número 2367 de 2023*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://consultorsalud.com/cambio-el-plan-decenal-de-salud-publica-2022-2031-resolucion-2367-de-2023/
Ministerio de Educación. (2024). *Datos Abiertos*. https://www.mineducacion.gov.co/portal/micrositios-institucionales/Modelo-Integrado-de-Planeacion-y-Gestion/Datos-abiertos/349303:Datos-Abiertos
Ministerio de salud y protección de salud. (2022). *Plan decenal de salud pública PDSP 2022 - 2031* (pp. 1–691). Ministerio de Salud y Protección Social.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 "La Salud en Colombia la construyes tú." In *Ministerio de salud y proteccion social*. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx
Ministerio de salud y protección de salud. (2024a). *Modo de vida e Inequidades en la salud percibida en Colombia: una mirada a partir de la ENCV.2022. Comprender para actuar en el marco del PDSP 2022-2031*. Ministerio de Salud y Protección Social.
Ministerio de salud y protección de salud. (2024b). *Vida campesina y salud. Colombia 2024* (pp. 1–104). Ministerio de Salud y Protección Social.
Ministerio de de Salud y Protección Social. (2024). *Injusticias socioambientales y salud en Colombia. 2010-2022: Comprender para actuar en el marco del PDSP 2022-2031* (pp. 1–56). Ministerio de Salud y Protección Social.
Ministerio de de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2024* (pp. 4–71). Ministerio de Salud y Protección Social.
Ministerio de de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2023*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf
Resolución 518, (2015) (testimony of Ministerio de Salud y Protección Social). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf
Resolución 3280, (2018) (testimony of Ministerio de Salud y Protección Social). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf
Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal De Salud Pública 2022-2031. *Ministerio de Salud y Protección Social*, *32*, 1–691. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.saludcapital.go

v.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). *Anexo 1. Construcción de Núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial* (pp. 1–4). Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). *Lineamiento para la construcción del Análisis de las condiciones de salud de la población afiliada* (p. 19).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024c). *Resolución No. 100 de 2024*. https://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Resolucion/30050947?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0

Resolución No. 1597 de 2025, (2025) (testimony of Ministerio de Salud y Protección Social).

Resolución No. 1789 de 2025, (2025) (testimony of Ministerio de Salud y Protección Social).

Monroy, J. M., Núñez, J., Ramírez, J. D., & Lasso, D. (2022). *Diagnóstico multidimensional sobre las desigualdades en Colombia*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/4338/Repor_Octubre_2022_Núñez_et_al_Documento_de_Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Montenegro Martínez, G., Arias-Castro, C. E., Silva Sánchez, D. C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., Muñoz-Rodríguez, D. I., Gutiérrez Ossa, J., & Henao Villegas, S. (2023). Desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad por accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, *37*, 102313. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102313

OMS, & OPS. (2023). *Estrategia de cooperacion con el Pais, "Equidad en salud para la vida": Colombia 2024 - 2026*. https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-con-pais

OPS. (2019). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. In *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. https://doi.org/10.37774/9789275322642

OPS. (2020). *La carga de las enfermedades respiratorias crónicas*. ENLACE: Portal de Datos Sobre Enfermedades Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas. https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas

OPS. (2021). *Prevención del sicuidio*. Temas. https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio#:~:text=Las tasas de mortalidad por,hombres (14%2C4%25)

OPS. (2022). *Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Las Américas: un marco para poner en marcha la Agenda de las Américas sobre salud, medioambiente y cambio climático 2021-2030* (pp. 1–118). Organización Panamericana de la Salud. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55703/OPSCDECE220003_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS. (2025). *ASIS-ARMAR7. Una visión renovada del análisis de la Situación de Salud en la Región de las Américas*. Organzación Panamericana de la Salud.

Organización Regional Indígena de Casanare. (n.d.). *Situación de los pueblos indígenas del departamento de Casanare frente a la pandemia Covid-19*. Retrieved August 16, 2024, from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.onic.org.co/images/pdf/COMUNICADO_ORIC.pdf

Pérez-Flórez, M., & Achcar, J. A. (2021). Socioeconomic inequalities in mortality due to cardiovascular diseases: Pacific region of Colombia, 2002-2015. *Ciencia e Saude Coletiva*, *26*, 5201–5214. https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02562020

Rodríguez de España, M., Cafiero, C., Fehrmann, C., Mazo, S., Viviani, S., Barragán, S., Barrios, L., Velásquez, L., & Hernández, C. (2023). Inseguridad alimentaria en Colombia: Análisis a partir de la medición del indicador 2.1.2 en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022. In *Notas estadísticas*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/NotaEstadistica-FIES-DANE-FAO.pdf

Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico Mental health in Colombia . A critical analysis. *Rev Ces Med*, *32*(2), 129–140.

Ruíz Gómez, F., & Zapata Jaramillo, T. (2015). *La Equidad en salud para Colombia*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf

Torres, E. (2017). *Situación nutricional de menores de dieciocho años, gestantes y personas adultas de 18 a 64 años, sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional - SISVAN, Casanare, 2017* (Issue 6).

Torres, E. (2023). *Situación nutricional de menores de dieciocho años, gestantes y personas adultas de 18 a 64 años, sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional - SISVAN, Casanare, 2023*. Gobernación de Casanare.

Torres, E. (2024). *Situación nutricional de menores de dieciocho años, gestantes y personas adultas de 18 a 64 años, sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional - SISVAN, Casanare, 2024* (p. 18). Secretaría de Salud de Casanare.

Tribín-Uribe, A., Mojica-Urueña, T., & Díaz-Pardo, G. (2021). *El tiempo de cuidado durante la pandemia del covid-19: ¿Cuánto han cambiado las brechas de género?*

Van de Vuurst, P., & Escobar, L. E. (2023). Climate change and infectious disease: a review of evidence and research trends. *Infectious Diseases of Poverty*, *12*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s40249-023-01102-2

Vásquez, Y. (2022). *Informe de evento Bajo peso al nacer a término , Colombia , 2022*.

WFP. (2024). *Evaluación de seguridad alimentaria para población colombiana*.