Plan territorial de Salud Casanare 2024-2027

¡Oportunidades para Casanare!



GOBERNACIÓN DE CASANARE

Secretaría de Salud

Plan Territorial de Salud
2024 -2027

CÉSAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO
GOBERNADOR DE CASANARE

ALFONSO CÁRDENAS SILVA
DIRECTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN

YURY TATIANA CHÁVEZ DUQUE
SECRETARÍA DE SALUD

Yopal, Casanare 2024

EQUIPO TECNICO
FORMULACION PLAN TERRITORIAL
DE SALUD

YURY TATIANA CHÁVEZ DUQUE
SECRETARÍA DE SALUD

ADRIANA CABALLERO RAMÍREZ
Directora Técnica de Salud Pública

LADY CAROLINA FLÓREZ SIERRA
Directora Técnica de Seguridad Social y Garantía de la Calidad

LUIS FREDY MARTÍNEZ MONTAÑO
Director Técnico Administrativa y Financiera

MONICA CONSTANZA RINCON COMBA
Profesional Especializado Oficina de Epidemiología – Planeación

HILDA MERY CAMPOS TOLOZA
Profesional Especializado Oficina de Planeación

JOHN JAIRO BERNAL MANCIPE
Profesional Especializado
Promoción Social y Gestión Planeación integral en salud

LEANDRO PLAZAS CRISTANCHO
Profesional de Apoyo
Epidemiologia

YANETH LUCIA VILLATE
Asesora Dirección Seguridad Social y Garantía de la Calidad

LENZ SANCHEZ AMEZQUITA
Asesora Dirección Administrativa y Financiera

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

NANCY STELLA OLAYA REY
Profesional especializado
Sexualidad Derechos Sexuales y reproductivos
Secretaría de Salud
Gobernación de Casanare

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

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

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

LYDA CONSTANZA RIOS GROSSO
Profesional universitario Líder Emergentes, Reemergentes, Desatendidas.

PILAR DEL ROCIO PERILLA COLMENARES
Profesional universitario
Salud Ambiental

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

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

RODRIGO VEREMUNDO ALDANA BARBOSA
Profesional Especializado
Enfermedades Transmitida por Vectores

BELCY MORENO LOMBANA
Profesional universitario
Convivencia Social y Salud Mental

AIDA YADIRA PARRA RODRIGUEZ
Profesional universitario
Salud Alimentaria y Nutricional

JULIETA PALACIO PINZON
Profesional universitario
Medicamentos y cosméticos - Fondo Rotatorio y dispositivos médicos)
Secretaría de Salud

ESTEBAN BARBOSA R.
Profesional Aseguramiento
Secretaría de Salud

JORGE IVAN ROLDAN MARTINEZ
Profesional Especializado
líder Prestación de Servicios de Salud

SANDRA XIMENA SILVA ARANGURE
Profesional Universitario Grupo Garantía de la Calidad
Secretaría de Salud

LILIANA INOCENCIO BOHORQUEZ
Profesional Universitario
Participación Social
Secretaría de Salud

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

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Contenido

1 INTRODUCCIÓN 14

2 ANTECEDENTES Y METODOLOGIA 14

3 VISION PLAN TERRITORIAL DE SALUD 15

4 COMPONENTES PLAN TERRITORIAL DE SALUD 15

5 ANALISIS SITUACION DE SALUD PARTICIPATIVO - PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD 16

5.1 CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO 19
- 5.1.1 Contexto territorial 19
- 5.1.2 Localización y accesibilidad geográfica 19
- 5.1.3 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio 32

5.2 Contexto poblacional y demográfico 51
- 5.2.1 Población 52
- 5.2.2 La población víctima 57
- 5.2.3 Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas 61

5.3 Estructura demográfica 67
- 5.3.1 Dinámica demográfica 75
- 5.3.2 Tasas específicas de Fecundidad 78
- 5.3.3 Esperanza de vida al Nacer por sexo y evolución en el tiempo 80

5.4 Movilidad forzada 82

5.5 Población LGBTIQ+ 87

5.6 Población Migrante 87

5.7 Población Campesina 90

5.8 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud 93
- 5.8.1 Cobertura de Afiliación a la Seguridad Social en Salud 95
- 5.8.2 Afiliación por régimen y EPS. 96
- 5.8.3 Afiliación por Rango de edad y Régimen de Afiliación 97

5.9 En Casanare existe la siguiente oferta institucional en salud y protección social. 98
- 5.9.1 Subred Centro 113
- 5.9.2 Subred Norte 115
- 5.9.3 Subred Sur 117

5.10 Modelo de atención en salud 118

5.11 Gobierno y gobernanza en el sector salud 119

Conclusiones configuración del territorio 123

6 CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL 127

6.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio 127

6.1.2 Condiciones de Trabajo 138

7.2. Condiciones de vida del territorio 143

7.2. Dinámicas de convivencia en el territorio 166

7 CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES. 173

7.1 Análisis de la morbilidad 173

7.1.1 Principales causas y sub-causas de morbilidad 173

7.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores 196

7.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria 199

7.1.4 Morbilidad materna extrema 236

7.1.5 Desnutrición aguda en menores de 5 años 237

7.1.6 Eventos Colectivos 238

7.1.7 Análisis de la población con discapacidad 241

7.1.8 Identificación de prioridades en la morbilidad 243

7.2 Análisis de la mortalidad 246

7.2.1 Mortalidad general 246

7.2.2 Mortalidad especifica por subgrupo 259

7.2.3 Accidentes de Transporte 276

7.2.4 Mortalidad Mental 278

7.2.5 Semaforización de las tasas de mortalidad por subcausas especificas 280

7.2.6 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno – infantil (Grandes causas, Mortalidad especifica por subgrupo y Mortalidad materno infantil) 281

8.2.7. Mortalidad materno – infantil y en la niñez 282

7.2.7 Mortalidad infantil (menor de 1 año) según grupos de causa. 283

7.3 Análisis de las desigualdades de la Mortalidad Materna 290

7.3.1 Mortalidad Materna por etnia y área de Residencia 291

7.3.2 Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez 299

7.4 Conclusiones desenlaces mórbidos y fatales 300

8 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 302

8.1 Análisis de involucrados 302

8.2 Mapeo de actores 317

8.2.1 Análisis de la Posición, Interés e Influencia de los Actores 317

8.2.2 Viabilidad actual 320

8.2.3 Mapa de influencia y posición 321

9 CAPÍTULO V: Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio 326

9.1 Cartografía social para el reconocimiento del contexto 326
9.1.1 Resultados del ejercicio de cartografía social 329
9.1.2 Categorías de análisis 341

9.2 Priorización de las problemáticas y necesidades en salud 343
9.2.1 Magnitud 344
9.2.2 Pertinencia social e intercultural 346
9.2.3 Trascendencia 347
9.2.4 Factibilidad 347
9.2.5 Viabilidad 348
9.2.6 Priorización de problemas y necesidades en salud 348

9.3 Núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial 351
9.3.1 Segundo momento de priorización de problemáticas y necesidades en salud 351

10 CAPÍTULO VI: Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS. 361

11 Conclusiones componente cualitativo (capítulos IV, V y VI) 376

12 COMPONENTE No.3 ESTRATEGICO Y DE INVERSIÓN PRURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 377
12.1.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PTS 377
12.1.2 METAS DE RESULTADO PTS 378
12.1.3 TRANSFORMACIONES ESPERADAS DEL TERRITORIO POR EJES PDSP 2022- 2031 - PTS 379
12.1.4 ALINEACION ESTRATEGICA - PROGRAMAS, METAS, OBJETIVOS, Y PRODUCTOS PARA DAR RESPUESTA A PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD 380

13 COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PTS – CIPS 414

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial, Casanare 2023 ..... *20*
Tabla 2. División Política de Casanare, distribuido por municipios, corregimientos, veredas, centros poblados e indígenas, 2023 ..... *21*
Tabla 3. Localización de los resguardos indígenas según pueblo, municipio y extensión territorial, 2023. ..... *22*
Tabla 4. Asociaciones conformadas por población afrodescendiente, Casanare, 2023 ..... *24*
Tabla 5. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros. Casanare 2023 ..... *26*
Tabla 6. Zonas de Riesgo según municipio en el departamento de Casanare *37*
Tabla 7. Paisajes predominantes en el departamento, Casanare.2023 ..... *43*
Tabla 8. Índice del Riesgo de la Calidad del Agua. *48*
Tabla 9. Indicadores Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA, Casanare 2020 a 2022 ..... *49*
Tabla 10. Indicadores de calidad del agua según certificación sanitaria, Casanare 2020 a 2022 ..... *50*
Tabla 11. Distribución de población Proyecciones DANE, según sexo, Casanare, 2023 ..... *52*
Tabla 12. Distribución de población Sisbén, según sexo y curso de vida, Casanare, corte 30 agosto 2023 ..... *54*
Tabla 13. Distribución de población Proyecciones DANE, según área y sexo, Casanare, 2023 ..... *56*
Tabla 14. Victimas por Hecho victimizantes, Casanare, corte 31 de octubre de 2023 ..... *57*
Tabla 15. Distribución de Población Victima del Conflicto Armado, Casanare 1985 a 2023 ..... *58*
Tabla 16. Distribución de Población Victima del Conflicto, según etnia afectada, Casanare 2023 ..... *59*
Tabla 17. Estructura población víctima del conflicto armado, Casanare, 1985 a 2023 ..... *59*
Tabla 18. Estructura población víctima del conflicto armado, por municipios de Casanare, 2023 ..... *60*
Tabla 19. Autorreconocimiento de Población por pertenencia étnica. Casanare 2018 ..... *61*
Tabla 20. Población indígena, según resguardo, comunidad y sexo, Casanare, 2023 corte 31 octubre *61*
Tabla 21. Población indígena, según resguardo, edad y sexo, Casanare, 2023 corte 31 octubre *62*
Tabla 22. Población indígena, municipio y resguardo, Casanare 2023 corte 31 octubre *63*
Tabla 23. Distribución de población indígena por municipio, resguardo comunidad, según listados censales, Casanare, 2023 ..... *63*
Tabla 24. Distribución de Población por curso de vida, según sexo, Casanare 2023. Actualizar la población 2023 ..... *69*
Tabla 25. Distribución de Población por ciclo vital, según sexo, Casanare 2023 ..... *71*
Tabla 26. Indicadores demográficos de Casanare 2015, 2018, 2023, 2028. ..... *74*
Tabla 27. Indicadores de Reproducción estimada, Casanare, 2028 ..... *77*
Tabla 28. Indicadores de Reproducción Estimadas, por municipio, departamento y nación para el año 2021 ..... *77*
Tabla 29. Población victima por desplazamiento forzado, Casanare 2022 ..... *83*
Tabla 30. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, por municipio, Casanare, corte octubre 2023 ..... *86*
Tabla 31. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, según grupo de edad y municipio, Casanare, corte octubre 2023. ..... *86*
Tabla 32. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, según grupo de edad y municipio, Casanare, corte octubre 2023. ..... *88*
Tabla 33. Cobertura de Afiliación a la Seguridad Social en Salud, Casanare, corte 26 octubre de 2023 ..... *95*
Tabla 34. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud Subsidiado, por municipio y grupo etario, Casanare, corte 26 octubre de 2023 ..... *97*
Tabla 35. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud Contributivo, por municipio y grupo etario, Casanare, corte 26 octubre de 2023. ..... *98*
Tabla 36. Servicios habilitados en las Instituciones Prestadoras de Salud, Casanare, 2015 a 2022. ..... *98*
Tabla 37. Otros Indicadores del Sistema Sanitario (oferta de prestadores capacidad instalada) por 1.000 habitantes, Casanare. 2020-2022 ..... *105*

Tabla 38. Distribución de camas según tipo de servicio, tipo de prestador y nivel de complejidad. Casanare, 2023 corte 30 de septiembre 106
Tabla 39. Distribución de Camas de internación hospitalaria habilitadas por municipio, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre 106
Tabla 40. Distribución de Salas habilitadas, según tipo de prestador, servicio y nivel de atención, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre 107
Tabla 41. Distribución de Salas habilitadas por municipio, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre 108
Tabla 42. Distribución de Ambulancia habilitadas por municipio, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre 109
Tabla 43. Distribución de Ambulancia habilitadas, según servicio y tipo de prestador, Casanare 2021 y 2023. 110
Tabla 44. Subred Norte. Departamento de Casanare, 2023 116
Tabla 45. Subred Sur. Departamento de Casanare, 2023 117
Tabla 46. Principales actividades económicas, Casanare, 2000 a 2016 130
Tabla 47. Resultados encuesta Integrada Hogares–series anuales indicadores laborales, Yopal Casanare, 2012 a 2021 139
Tabla 48. Procesos económicos y condiciones de trabajo en el Departamento de Casanare, 2023 142
Tabla 49. Condiciones e indicadores de ingreso, según IMP y Privaciones por Hogar, proyección DNP, Casanare, 2018 a 2019 144
Tabla 50. Otros indicadores de Ingreso, según NBI Casanare 2018 145
Tabla 51.Pobreza de Casanare, según municipio, 2018. 145
Tabla 52. Indicadores de Pobreza Multidimensional, Casanare 2018 - 2022 145
Tabla 53. Tasa de Cobertura Bruta en Básica y Media (rangos de edad de 5 a 16 años), según nivel educativo, Casanare, 2020 a 2023 146
Tabla 54. Tasa de Cobertura bruta de Educación, por municipio, Casanare, 2022 147
Tabla 55. Tasa de Cobertura bruta de Educación según zona, género y rango de edad, Casanare, 2022 147
Tabla 56. Tasa de reprobación según zona, en Casanare, 2019 - 2022 148
Tabla 57. Tasa de reprobación según nivel educativo, Casanare, 2020 - 2022 148
Tabla 58. Tasa de Deserción según nivel educativo, Casanare, 2020 - 2022 149
Tabla 59. Alfabetos y Analfabetas 2018 (15 años y más), Casanare 2023 149
Tabla 60. Condiciones de la cobertura educativa por el IMP proyección DNP, Casanare 2019 150
Tabla 61. Semaforización de Coberturas de educación 150
Tabla 62. Indicadores de tenencia y uso de bienes TIC en personas, Casanare, 2022 152
Tabla 63. Hogares según acceso a servicios públicos de energía y gas natural, Casanare, 2022 153
Tabla 64. Coberturas de acueducto, según municipio. Casanare, 2022 154
Tabla 65. Coberturas de alcantarillado, según municipio, Casanare, 2022 155
Tabla 66. Coberturas de aseo, según municipio. Casanare, 2022 156
Tabla 67. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida – Tabla de Semaforización 157
Tabla 68. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural, Casanare 2022 158
Tabla 69. Hogares y viviendas según municipio y área, Casanare 2023 160
Tabla 70. Hogares por tipo de tenencia según área, Casanare 2023 162
Tabla 71. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional. Casanare, 2015 y 2021. 163
Tabla 72. Personas de 2 años y más que consumen bebidas azucaradas, por frecuencia de consumo y rango de edad (miles /%), Casanare 2022 164
Tabla 73. Personas de 2 años y más que consumen alimentos de paquete, por frecuencia de consumo y rango de edad (miles /%). Casanare 2022 165
Tabla 74. Personas de 2 años y más que consumen alimentos de paquete, por frecuencia de consumo y rango de edad (miles /%). Casanare 2022 165

Tabla 75. Desaparecidos en el departamento de Casanare 2022.....166
Tabla 76. Notificación de casos de Violencia Intrafamiliar, Casanare 2022 y 2023 semana 49.....167
Tabla 77. Casos notificados según municipio y la naturaleza de la violencia, SE 49 de 2023 168
Tabla 78. Determinantes intermedios de la salud – Lesiones de causa externa y homicidios. Cansare Casanare 2021 - 2021.....169
Tabla 79. Violencia Intrafamiliar, Casanare, 2022.....170
Tabla 80. Violencia de Pareja, Casanare, 2022.....171
Tabla 81. Violencia Interpersonal, Casanare, 2022.....171
Tabla 82. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo vital. Casanare, 2009 a 2022.....176
Tabla 83. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo vital en hombres, Casanare, 2009 a 2022.....177
Tabla 84. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo vital en mujeres, Casanare, 2009 a 2022.....178
Tabla 85. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Condiciones Transmisibles y Nutricionales, Casanare, 2009 a 2022 179
Tabla 86. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Condiciones Materno Perinatales, Casanare, 2009 a 2022.....180
Tabla 87. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Enfermedades no Transmisibles, Casanare, 2009 a 2022.....181
Tabla 88. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Lesiones, Casanare, 2009 a 2022. 183
Tabla 89. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupos Signos y Síntomas Mal Definidos, Casanare, 2009 a 2022.....184
Tabla 90. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida. Casanare 2009 a 2021 186
Tabla 91. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en hombres. Casanare 2009 a 2021. 187
Tabla 92. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en mujeres. Casanare 2009 a 2022. 188
Tabla 93. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida. Casanare 2009 a 2022. 189
Tabla 94. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en hombres. Casanare 2009 a 2022. 190
Tabla 95. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en mujeres. Casanare 2009 a 2022. 191
Tabla 96. Comparativo de Atenciones en salud de la población migrante, Casanare y Colombia 2021. 192
Tabla 97. Comparativo de Atención en salud a población migrante según país de procedencia. Casanare 2021. 192
Tabla 98. Comparativo del Régimen de afiliación de la población migrante atendida, Casanare y Colombia 2021. 193
Tabla 99. Casos notificados según variables sociodemográficas, población migrante residente en Casanare, 2022 194
Tabla 100. Casos notificados por evento notificados, hospitalizado y fallecidos según el sexo, población migrante residente en Casanare, 2022. 195
Tabla 101. Relación de Indicadores de VIH, registrados en la cuenta de alto costo, Casanare, 2016 a 2022. 197
Tabla 102. Progresión de la enfermedad renal crónica. Casanare 2016 a 2022. 197
Tabla 103. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Casanare y Colombia 2016 a 2022. 199
Tabla 104. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria, Casanare y Colombia 2006 – 2022.....200
Tabla 105. Eventos de interés en salud publica notificados al Sivigila, Casanare 2007 a 2023 corte semana epidemiológica 51.....201
Tabla 106. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Casanare y Colombia 2007 –2022. ...202
Tabla 107. Casos notificados y tasa de incidencia por 100.000 habitantes por grupo de evento de interés en salud pública, Casanare, 2022. 203

Tabla 108. Casos notificados por trimestre, proporción de incidencia y casos esperados por evento, Casanare, 2022. .204
Tabla 109. Casos notificados por evento y grupo etario/curso de vida, Casanare, 2022. 205
Tabla 110. Casos notificados y tasa de mortalidad por evento y grupo etario/curso de vida con condición final muerto, Casanare, 2022. 207
Tabla 111. Casos notificados y tasa de incidencia por 100.000 habitantes por grupo de evento de interés en salud pública, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023. 209
Tabla 112. Casos notificados por trimestre, proporción de incidencia y casos esperados por evento, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023. 209
Tabla 113. Casos notificados por evento y grupo etario/curso de vida, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023. 210
Tabla 114. Casos notificados y tasa de mortalidad por evento y grupo etario/curso de vida con condición final muerto, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023. 212
Tabla 115. Tasa de incidencia de Violencia de genero intrafamiliar y sexual, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....218
Tabla 116. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según modalidad de la violencia, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 223
Tabla 117. Notificación de Intento de suicidio, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 224
Tabla 118. Tasa de Intento de suicidio, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 228
Tabla 119. Intento de suicidio, según factor desencadenante, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 229
Tabla 120. Intento de suicidio, según grupo poblacional vulnerable, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 229
Tabla 121. Tasa de consumo de sustancias psicoactivas, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 234
Tabla 122. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, según patrón de consumo, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....236
Tabla 123. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, según Tipo de Droga 1, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 236
Tabla 124. Distribución de las alteraciones permanentes, Casanare, 2023. 242
Tabla 125. Identificación de prioridades principales en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Casanare 2022. 243
Tabla 126. Distribución de defunciones por accidentes de transporte, según sexo y edad, Colombia y Casanare 2016 a 2023, corte 30 de septiembre. 277
Tabla 127. Distribución de Casos de Suicidio, Colombia y Casanare, en Hombres y Mujeres, y rango de edad, 2016 a 2023.....280
Tabla 128. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2006 a 2021. 280
Tabla 129. Identificación de prioridades en salud para mortalidad, Casanare y Colombia 2021.....281
Tabla 130. Tasas específicas de mortalidad infantil, según 16 grandes grupos. Casanare, 2005 a 2021.....284
Tabla 131. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas, en hombres, Casanare, 2005 a 2021. 284
Tabla 132. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas, en mujeres, Casanare, 2005 a 2021. 285
Tabla 133. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Casanare, 2005 a 2021. 286
Tabla 134. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas, en hombres, Casanare, 2005 a 2021.....286
Tabla 135. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas, en mujeres, Casanare, 2005 a 2021. 287
Tabla 136. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Casanare, 2005 a 2021.....288
Tabla 137. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas, en hombres, Casanare, 2005 a 2021. 289
Tabla 138. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas, en mujeres, Casanare, 2005 a 2021. 289

Tabla 139. Indicadores de razón de mortalidad materna por etnia, Casanare, 2005 – 2020.....292
Tabla 140. Indicadores de razón de mortalidad materna por área de residencia, Casanare, 2005 – 2020.....292
Tabla 141. Indicadores de razón de mortalidad neonatal por etnia, Casanare, 2005 – 2020.....293
Tabla 142. Indicadores de razón de mortalidad neonatal por área de residencia, Casanare, 2005 – 2020. 294
Tabla 143. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Casanare 2006 a 2021. 299
Tabla 144 Mapeo preliminar de actores 304
Tabla 145 Calificación de actores por interés, influencia, expectativas y recursos 323
Tabla 146 Encuentros participativos realizados.....326
Tabla 147 Problemáticas priorizadas por mesa realizada.....330
Tabla 148 Códigos centrales elaborados a partir de la codificación axial de la información cualitativa colectada 342
Tabla 149 Subgrupos de causa priorizadas a partir de atenciones, período 2009 a 2023. 344
Tabla 150 Eventos de Interés en Salud Pública priorizados a partir de tasas específicas, 2007-2022.....345
Tabla 151 Desenlaces fatales por subgrupo de causa, año 2021. 346
Tabla 152 Problemas identificados y priorizados primer momento 349
Tabla 153 Núcleos de inequidad sociosanitarias, problemas priorizados y efectos 353
Tabla 154 Propuestas de intervención o respuesta y recomendaciones 362
Tabla 155. Alineación estratégica Programa No.1 Inspección, Vigilancia y Control.....382
Tabla 156. Alineación estratégica Programa No.2 Salud Publica.....393
Tabla 157. Alineación estratégica Programa No.3 Aseguramiento y prestación de servicios de salud 406
Tabla 158. PTS -CIPS.....414

Lista de mapas

Mapa 1. División político-administrativa y limites, Casanare 2023 ..... *20*
Mapa 2. Distribución población según etnias indígenas, Casanare, 2023 ..... *24*
Mapa 3. Conexión de los asentamientos al interior del departamento. 2023 ..... *27*
Mapa 4. Infraestructura vial de Casanare, 2023 ..... *28*
Mapa 5. Jerarquización vial de Casanare. 2023 ..... *29*
Mapa 6. Vínculos y relaciones espaciales regionales. 2023 ..... *29*
Mapa 7. Puntos críticos según escenario de riesgo natural o antrópico, Casanare, 2013 a 2021 ..... *34*
Mapa 8. Puntos críticos de riesgo natural o antrópico, años 2020 a 2023 ..... *35*
Mapa 9. Mapas de Riesgos, remoción en masa, Casanare, 2022 ..... *35*
Mapa 10. Mapas de Riesgos inundación, Casanare, 2022 ..... *36*
Mapa 11. Mapas de Riesgos sequias e incendios forestales Casanare, 2022. ..... *37*
Mapa 12. Distribución Climática de Casanare. 2023 ..... *39*
Mapa 13. Escenarios de cambio climático. Temperatura media, Casanare 2011-2100 ..... *40*
Mapa 14. Escenarios de Cambio Climático Precipitación promedio Casanare, 2071-2100. ..... *41*
Mapa 15. Distribución de paisajes, Casanare, 2023. ..... *41*
Mapa 16. Distribución de sub provincias fisiográficas, Casanare, 2023. ..... *42*
Mapa 17. Distribución de relieves, Casanare, 2023 ..... *42*
Mapa 18. Hidrografía de Casanare. 2023 ..... *43*
Mapa 19. Zonas hidrográficas de Casanare, 2023 ..... *44*
Mapa 20. Promedio de Índice de Calidad del Agua – IRCA, por municipio según área urbana, Casanare 2022 y 2023, corte octubre *49*
Mapa 21. Indicadores de calidad del agua según certificación sanitaria, Casanare 2020 a 2022 ..... *51*
Mapa 22. Distribución de población, Casanare 2023. ..... *53*
Mapa 23. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado, Casanare, 2023 ..... *55*
Mapa 24. Grado Urbanismo, Casanare, 2023. ..... *56*
Mapa 25. Distribución población según etnias indígenas, Casanare, 2023. ..... *67*
Mapa 26. Mapa Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, por municipio, Casanare 2023. ..... *86*
Mapa 27. Población rural campesina, Colombia y Casanare 2020 ..... *91*
Mapa 28. Acceso a salud y calidad del servicio, Colombia y Casanare, 2020 ..... *92*
Mapa 29. Red de prestadores de servicios de salud pública de Casanare, 2023 ..... *112*
Mapa 30. Subredes de las ESE del departamento de Casanare, 2023 ..... *112*
Mapa 31. Mapa Subred Centro. Departamento de Casanare, 2023 ..... *113*
Mapa 32. Subred Centro. Departamento de Casanare, 2023 ..... *114*
Mapa 33. Mapa Subred Norte. Departamento de Casanare, 2023 ..... *115*
Mapa 34. Mapa Subred Sur. Departamento de Casanare, 2023 ..... *117*
Mapa 35. Indicadores básicos de TIC en hogares, Casanare 2022 ..... *151*
Mapa 36. Sistema eléctrico de Casanare según Enerca, 2023 ..... *153*
Mapa 37. Distribución de viviendas, hogares y personas Casanare 2018 ..... *160*
Mapa 38. Distribución de personas por hogar, Casanare 2018 ..... *161*
Mapa 39 Mapas realizados en los talleres participativos realizados por zonas (sur, norte y centro) *337*

Lista de Figuras

Figura 1. Ilustración del Resguardo Indígena Caño Mochuelo *23*
Figura 2. Ocurrencia de eventos según escenario de riesgo, Casanare, 1998 a 2017. ..... *34*
Figura 3. Seguimiento y valoración de alertas, situaciones ambientales, Casanare 2023 ..... *45*
Figura 4. Seguimiento tableros de vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental – VIGIFRA, Casanare 2023, semana 49 ..... *47*
Figura 5. Porcentaje de urbanización. Casanare 2018 - 2023. ..... *55*
Figura 6. Pirámide y estructura población víctima del conflicto armado, Casanare, 1985 a 2023 ..... *59*
Figura 7. Pirámides poblacionales. Casanare, años 2015, 2018, 2023 y 2028 ..... *68*
Figura 8. Cambio en la proporción de población por grupo etario (Curso de vida). Casanare, 2005, 2015, 2023 y 2028. ..... *69*
Figura 9. Cambio en la proporción de población por grupo etario (Ciclo vital). Casanare, 2005, 2015, 2018, 2023 y 2028. ..... *71*
Figura 10. Esperanza de vida al nacer por sexo. Casanare 1985-2030 ..... *72*
Figura 11. Esperanza de vida al nacer por sexo. Casanare 2018-2028 ..... *73*
Figura 12. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad y Tasa neta de migración. Casanare 2018 – 2028 ..... *76*
Figura 13. Tasas Especificas de Fecundidad, Casanare, 2005 – 2023 p. *78*
Figura 14. Comparación Tasas Especificas de Fecundidad, Casanare y Colombia, 2005 a 2023p *80*
Figura 15. Comparativo Esperanza de vida al nacer por sexo y evolución en el tiempo según quinquenio, Casanare y Colombia 1985 a 2030 ..... *81*
Figura 16. Comparativo Esperanza de vida al nacer por sexo y evolución en el tiempo según año, Casanare y Colombia 2018 a 2028 ..... *81*
Figura 17. Población Migrante de Venezuela en Casanare. Migración Colombia 2018 a 2022 ..... *84*
Figura 18. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, identificados con Permiso Especial de Permanencia. Casanare, corte octubre 2023. ..... *85*
Figura 19. Pirámide de la población migrante con atenciones en salud, Casanare 2021 ..... *86*
Figura 20. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, según curso de vida, Casanare, corte octubre 2023. ..... *89*
Figura 21. Distribución población campesina, Casanare 2020 ..... *92*
Figura 22. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por municipio, Casanare, 2023 ..... *96*
Figura 23. Distribución del Producto Interno Bruto – PIB, Casanare 2005 a 2023 p *127*
Figura 24. HIS Variación del PIB Colombia y Casanare, 2010 a 2020 preliminar. *128*
Figura 25. Producto Interno Bruto departamental por habitante Millones de pesos a precios corrientes 2022* *128*
Figura 26. Producto Interno Bruto, Valor agregado por actividad económica, Casanare, 2005 a 2022 preliminar *129*
Figura 27. Distribución poblacional de productores en área rural dispersa, Casanare 2019 ..... *131*
Figura 28. Rendimientos productos Evaluaciones Agropecuarias, Casanare 2015. ..... *132*
Figura 29. Producción de arroz mecanizado por departamentos, en toneladas, 2010 a 2020. ..... *134*
Figura 30. Desempeño de Casanare en el IDC 2020 a 2021 ..... *134*
Figura 31. Mayores presupuestos municipales de Casanare, en millones de pesos *135*
Figura 32. Índice de Informalidad de Tierras, Casanare, 2022 ..... *136*
Figura 33. Índice de concentración de Gini según área geográfica, Colombia, 2010 – 2020 ..... *137*
Figura 34. PEA, ocupados y desocupados en Yopal, en Numero 2012 a 2020. ..... *140*
Figura 35. Tasa de Desempleo de Colombia y Yopal 2012 a 2019. ..... *141*
Figura 36. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica, Casanare 2018 ..... *159*
Figura 37. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica, Casanare 2018 a 2023. ..... *159*
Figura 38. Situación Nutricional Menores de Cinco años, Casanare vigencias 2020,2021 y 2022 ..... *163*

Figura 39. Situación Nutricional menores entre 5 y 18 años Casanare vigencias 2020,2021 y 2022. 164
Figura 40. Casos notificados por semana epidemiológica, Casanare 2020 – 2023 semana 49....169
Figura 41. Atenciones en salud población migrante según régimen de afiliación 2021. 193
Figura 42. Casos notificados por año en población migrante residente en el departamento, Casanare, 2019 – 2022.....196
Figura 43. Progresión de la enfermedad renal crónica. Casanare 2022. 198
Figura 44. Casos notificados y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por grupo etario/curso de vida y sexo, Casanare, I Semestre de 2022. 208
Figura 45. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en población general por municipio y área de procedencia, Casanare, I Semestre de 2022. 208
Figura 46. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en población general por municipio y área de procedencia, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023. 213
Figura 47. Casos notificados y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por grupo etario/curso de vida y sexo, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023. 213
Figura 48. Tasa de incidencia de Agresiones por animales potencialmente transmisores de la Rabia, Casanare 2013 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....214
Figura 49. Tasa de incidencia de Dengue, Casanare 2014 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 215
Figura 50. Canal Endémico Dengue, Casanare 2022 corte semana epidemiológica 47. 215
Figura 51. Casos Dengue, por semana epidemiológica Casanare, 2020-2023, corte semana epidemiológica 49.....216
Figura 52. Canal Endémico Dengue, Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49. 216
Figura 53. Tasa de incidencia de Violencia de genero intrafamiliar y sexual, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....218
Figura 54. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, por sexo, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 219
Figura 55. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, por curso de vida, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....220
Figura 56. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según grupos poblacionales vulnerables, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....220
Figura 57. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según la naturaleza, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....221
Figura 58. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según modalidad de la violencia, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....223
Figura 59. Notificación de Intento de suicidio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....224
Figura 60. Notificación de Intento de suicidio, por sexo de la víctima, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....226
Figura 61. Notificación de Intento de suicidio, por curso de vida, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 227
Figura 62. Intento de suicidio, según grupo poblacional vulnerable, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....229
Figura 63. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....231
Figura 64. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, por sexo, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....232
Figura 65. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, por curso de vida, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.....233
Figura 66. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, según tipo de población vulnerable, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47. 235

Figura 67. Tasa de incidencia Morbilidad Materna Extrema, Casanare 2014 a 2022 2022 corte semana epidemiológica 47. 237
Figura 68. Desnutrición aguda en menores de 5 años, Casanare 2014 a 2022 2022 corte semana epidemiológica 47. .237
Figura 69. Comportamiento de la notificación de eventos colectivos (Enfermedad diarreica aguda e Infección Respiratoria Aguda), Casanare, 2018 a 2022 corte semana epidemiológica 45. 238
Figura 70. Canal Endémico de IRA, Casanare 2022 corte semana epidemiológica 45. 238
Figura 71. Canal Endémico de IRA, Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49. 239
Figura 72. Canal Endémico de EDA, Casanare 2022. 239
Figura 73. Canal Endémico de EDA, Casanare 2023, corte semana 49. 240
Figura 74. Tasa de incidencia de IRA, por grupo Etario, Casanare 2021. 240
Figura 75. Tasa de incidencia de EDA, por grupo Etario, Casanare 2021. 241
Figura 76. Pirámide poblacional de la distribución de las alteraciones permanentes, Casanare 2023. 241
Figura 77. Distribución de la mortalidad por sexo, Casanare 2005 a 2022 p. 248
Figura 78. Tasa Bruta de Mortalidad según sexo del fallecido, Casanare, 2005 a 2021. 249
Figura 79. Tasa Bruta de Mortalidad por municipio de residencia del fallecido, Casanare, 2005 a 2021. 249
Figura 80. Mortalidad por grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 251
Figura 81. Mortalidad por grandes causas lista 6/67, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 252
Figura 82. Mortalidad por grandes causas lista 6/67, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 253
Figura 83. Distribución porcentual de Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 254
Figura 84. Distribución porcentual de Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP) en hombres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 255
Figura 85. Distribución porcentual de Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP) en mujeres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 255
Figura 86. Tasa Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 256
Figura 87. Tasa Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), en hombres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 257
Figura 88. Tasa Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), en mujeres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021. 258
Figura 89. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio. Casanare 2005 a 2021. 260
Figura 90. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 260
Figura 91. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 261
Figura 92. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades Transmisibles, Casanare 2005 a 2021. 262
Figura 93. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades Transmisibles, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 263
Figura 94. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades Transmisibles, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 264
Figura 95. Tasa de Mortalidad ajustada por Neoplasias, Casanare 2005 a 2021. 265
Figura 96. Tasa de Mortalidad ajustada por Neoplasias, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 267
Figura 97. Tasa de Mortalidad ajustada por Neoplasias, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 267
Figura 98. Tasa de Mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Casanare 2005 a 2021. 268
Figura 99. Tasa de Mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 269

Figura 100. Tasa de Mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 270
Figura 101. Tasa de Mortalidad ajustada por causas externas, Casanare 2005 a 2021. 271
Figura 102. Tasa de Mortalidad ajustada por causas externas, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 272
Figura 103. Tasa de Mortalidad ajustada por causas externas, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 272
Figura 104. Tasa de Mortalidad ajustada por las demás causas, Casanare 2005 a 2021. 273
Figura 105. Tasa de Mortalidad ajustada por las demás causas, en hombres, Casanare 2005 a 2021. 274
Figura 106. Tasa de Mortalidad ajustada por las demás causas, en mujeres, Casanare 2005 a 2021. 275
Figura 107. Tasa de Mortalidad ajustada por signos, síntomas y afecciones mal definidas, hombres y mujeres, Casanare 2005 a 2021. 276
Figura 108. Comportamiento defunciones por eventos de transporte, número de casos y tasa de mortalidad por 100.000 hb, Casanare 2009 a 2023 corte 30 de octubre. 277
Figura 109. Comportamiento defunciones por eventos de transporte, según la participación del actor vial, Casanare 2012 a 2023 corte 30 de octubre. 278
Figura 110. Número de defunciones por Epilepsia, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Casanare, 2005 a 2020. 279
Figura 111. Razón de Mortalidad Materna, Casanare y Colombia 2005 a 2021. 291
Figura 112. Tasa de Mortalidad Neonatal, Casanare y Colombia 2005 a 2021. 292
Figura 113. Tasa de Mortalidad Infantil, Casanare y Colombia 2005 a 2021. 294
Figura 114. Tasa de Mortalidad en la Niñez, Casanare y Colombia 2005 a 2021. 295
Figura 115. Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años por EDA, Casanare y Colombia 2005 a 2021. 296
Figura 116. Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años por IRA, Casanare y Colombia 2005 a 2021. 297
Figura 117. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años por Desnutrición, Casanare y Colombia 2005 a 2021 298
Figura 119 Mapa de posición actual de involucrados 317
Figura 118 Tablero de actores mapeados en los encuentros participativos 318
Figura 120 Viabilidad actual del Plan Territorial de Salud (PTS), 2024 – 2027 320

1 INTRODUCCIÓN

El Departamento de Casanare ha llevado a cabo la formulación y estructuración del Plan Territorial de salud 2024-2027, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en conformidad con la Resolución 0100 de 2024. Este proceso se enfoca en fortalecer los procesos de Planeación Integral en Salud a nivel territorial, aspecto fundamental para asegurar una atención y respuesta adecuada a las necesidades de nuestras comunidades.

La formulación y estructuración se llevó a cabo de manera colaborativa y coordinada con el plan de desarrollo departamental, mediante un proceso participativo e integrador que incluyó diversos encuentros con las comunidades, la administración pública, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y representantes de otros sectores relevantes. Este enfoque garantizó la oportunidad para expresar opiniones, fomentar el diálogo y priorizar las necesidades a lo largo y ancho del departamento de Casanare.

Dentro de este marco, se consideraron las características y condiciones específicas de nuestro departamento, así como las particularidades de la población, los determinantes sociales de la salud, los indicadores de salud prevalentes y los recursos disponibles. Favoreciendo el diseño de planes, programas y estrategias pertinentes, efectivas y sostenibles, lo que a su vez contribuye a la mejora de la salud y el bienestar de nuestras comunidades.

Es importante destacar que estos principios están alineados con los fundamentos técnicos, conceptuales y operativos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, asegurando la coherencia y continuidad en las acciones orientadas a promover la salud y prevenir enfermedades en nuestro departamento.

El Plan Territorial de Salud PTS es el instrumento estratégico y operativo de la política pública en salud del territorio, resultante de la Planeación Integral para la Salud. El PTS hace parte integral de los Planes de Desarrollo Territorial y permitirá al Departamento de Casanare contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud en el País, en el presente documento se presentan los tres componentes 1. Análisis de la Situación de Salud en el territorio, 2. Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud y 3. Componente estratégico y de inversión plurianual.

2 ANTECEDENTES Y METODOLOGIA

Mediante la Resolución 100 de 2024 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció las disposiciones sobre la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, así como las responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en este proceso, propendiendo por la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031, armonizado con el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS y demás políticas que sean afines.

Durante la formulación del Plan Territorial de Salud se identificaron diversos insumos que sirvieron como base para la planificación integral en salud. Entre estos insumos estratégicos se encuentran los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan de Desarrollo Territorial, el Plan Territorial de Salud de la vigencia anterior y el Análisis Participativo de la Situación de Salud en el Territorio.

A nivel operativo, se consideraron el Plan Operativo Anual y de Inversiones de la Entidad Territorial, los Componentes Operativos Anuales y de Inversiones del Plan Territorial de Salud, y el Plan de Acción en Salud.

En relación a los aspectos financieros, se tuvieron en cuenta el Plan Financiero, el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Presupuesto Anual y el Plan Financiero Territorial de Salud.

En cuanto a la formulación y estructuración de los tres componentes del Plan Territorial de Salud (PTS), se inició con el desarrollo del Análisis de Situación de Salud Participativo. Este proceso fue fundamental para obtener una comprensión profunda de la realidad del territorio, identificando los determinantes y necesidades en salud que requieren atención y mejoras para beneficiar a la población. El resultado de este análisis fue presentado en diversos espacios y reuniones, donde se permitió la participación de diferentes actores y profesionales de distintos sectores, así como representantes del sector salud y de la ciudadanía.

Además, se facilitó la disponibilidad de la información para consulta y verificación por parte de los mencionados actores. Para profundizar en este análisis y desarrollar el componente de Priorización de los Problemas y Necesidades Sociales en Salud, se llevaron a cabo mesas de participación. Estas mesas incluyeron la implementación de metodologías como la cartografía social, diálogos y entrevistas, siendo elementos fundamentales para la identificación y priorización de los problemas y necesidades en salud. Siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), estos elementos identificados se articularon de manera coherente y estratégica para garantizar la adecuada atención y respuesta a las demandas de salud de la población, asegurando así un enfoque integral y efectivo en la planificación y ejecución del Plan Territorial de Salud.

3 VISION PLAN TERRITORIAL DE SALUD

A 2027 el Departamento de Casanare se distinguirá por su compromiso con el bienestar integral de todos sus ciudadanos y ciudadanas, donde se fomenta y prioriza la salud como un pilar fundamental para el desarrollo territorial y transformación social. Este enfoque se construye sobre la base del respeto a las diferencias y la inclusión, promoviendo la equidad en el acceso y garantía del derecho a la salud, con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con su bienestar, asegurando el disfrute de una vida saludable, plena y digna.

4 COMPONENTES PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Plan Territorial de Salud incluye los siguientes contenidos: 1 Análisis de la Situación de Salud en el territorio.2 Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud.3 Componente estratégico y de inversión plurianual.

5 ANALISIS SITUACION DE SALUD PARTICIPATIVO - PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD

Para la elaboración del documento "Análisis de Situación de Salud – ASIS, se acató las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social 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 (6) capítulos:

Capítulo I - Caracterización de los contextos territorial y demográfico; donde se utilizó como fuentes de información las estimaciones y proyecciones de la población de los censos 2005, 2018 y 2018 ajuste Post COVID 19, fichas estadísticas departamentales del Departamento Nacional de Planeación – DNP (disponibles oficialmente), indicadores demográficos, documentos técnicos y estudios de investigación relacionados a través de link en la plantilla de recomendaciones del Ministerio de Salud, Agencia Nacional de Tierras, escenarios de cambio climático y calidad del agua, entre otros,
Capítulo II - Medios de producción y circunstancias de vida social y económica: Se caracteriza el territorio en términos económicos y las condiciones de vida de la población, para lo cual se debe utilizar la información disponible en las diferentes fichas técnicas del DANE y demás fuentes de información oficial, documentos técnicos y estudios, que faciliten conocer la relación entre los procesos económicos del territorio, las condiciones de vida de la población y otros determinantes sociales de la salud que explican el proceso de salud-enfermedad-atención de la población. Se aborda la capacidad que tiene el departamento como entidad territorial para movilizar acciones que favorezcan la transformación de determinantes sociales de la salud en el territorio, la gestión de acciones de intersectorialidad y la distribución de la oferta institucional respecto de la protección social y en particular la oferta en salud.
Capítulo III – Desenlaces mórbidos y mortalidad: Incluye el análisis de morbilidad, análisis de mortalidad, mediante, el cual se construye mediante diferentes fuentes de información oficiales como SISPRO y DANE, SIVIGILA. Posteriormente se hace la transformación de datos mediante aplicación de técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo de diferentes niveles de complejidad y consolidación sistemática de resultados: para Mortalidad con información de los periodos 2005 a 2021 de acuerdo a las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE, Bodega de SISPRO y Cubos SISPRO. Se hace la descripción en tiempo, lugar y persona de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), Tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, Tasas específicas de mortalidad
por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S, haciendo uso de los Instrumentos del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2022 previamente ajustados y modificados por la Secretaria de Salud Departamental. Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS – CUBO SISPRO ASIS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo dispuestos por Ministerio de Salud y Protección Social y datos de la página de HIGIA - cuenta de alto costo, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, CUBO SISPRO y Forensis, entre otros. Para el procesamiento y análisis de la información se

dispone de los Instrumentos del Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2022 previamente ajustados y modificados por la Secretaría de Salud Departamental, el cual cuenta con el enfoque de curso de vida.

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; Para el desarrollo de este capítulo se utilizó las definiciones de la Metodología general ajustada para la formulación de proyectos del Departamento Nacional de Planeación - DNP, en el módulo 1 de Identificación, sección 3.3 Participantes (Departamento Nacional de Planeación, 2015)

CAPÍTULO V: Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio, Se realiza la validación de las problemáticas y/o necesidades en salud identificadas producto del ejercicio participativo en las mesas de construcción del Plan de Desarrollo Departamental (PDD) y los encuentros zonales participativos organizados en el marco de la construcción participativa del ASIS 2023.

CAPÍTULO IV: Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS. Producto de la estructuración de los núcleos de inequidad sociosanitarios en el territorio, se generan las propuestas de acción o respuesta desde el sector salud a partir de las intervenciones de los involucrados en los talleres participativos.

Lista de SIGLAS

Incluya las siglas, que se mencionan al interior del documento Ejemplo.

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil

Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS. Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

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

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

5.1 CAPITULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

Este capítulo representa la caracterización del territorio en los contextos territorial y demográfico, facilitando comprender la relación entre la población, el territorio, su ambiente y la sociedad, así como el contexto institucional de protección social y sectorial en salud que permite a las entidades territoriales desarrollar acciones de intersectorialidad que favorezcan la transformación de determinantes sociales de la salud, el gobierno y gobernanza en el sector salud que conlleven a formular e implementar políticas públicas que garanticen los derechos individuales y colectivos. La identificación de estos componentes proporciona pautas al departamento para determinar la inversión en el sistema de salud y permite ampliar el abordaje de los capítulos posteriores del análisis de la situación de salud.

5.1.1 Contexto territorial

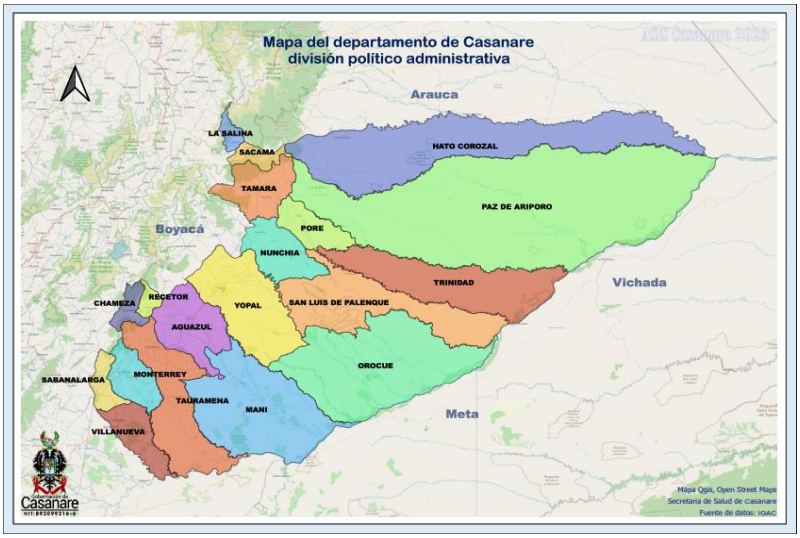
Este módulo describe la relación existente entre los diferentes procesos político-administrativos, económicos, socio ambientales y socio culturales presentes en el territorio, que permiten entender la razón del proceso salud-enfermedad-atención de una población, facilitando comprender la dinámica y las acciones vitales de los individuos dentro del territorio mediante aspectos de localización y accesibilidad geográfica y las relaciones de la sociedad y el ambiente en el mismo.

5.1.2 Localización y accesibilidad geográfica

Casanare, es un departamento localizado al oriente del territorio colombiano, en el flanco de la cordillera oriental y limite occidental en la región de la Orinoquía al nororiente de Bogotá, a una distancia aproximada de 350 kilómetros por vía carreteable. Tiene un área de 4'464.000 ha distribuidas en 19 municipios y una superficie de 44.640 km2 la cual corresponde al 3.91% del total del área nacional y un poco menos de 1/5 de la región de la Orinoquía (17.55%). Limita al norte y oriente con Arauca, al sur oriente y sur con Vichada y Meta y al occidente con Boyacá. Salvo una angosta e interrumpida faja occidental correspondiente a las estribaciones de la cordillera oriental, en el resto del territorio. Las coordenadas geográficas son: 4° 17´25" y los 6° 20´45" de latitud norte, 69° 50´22" y los 73° 04´33" de longitud oeste.

Administrativamente, el departamento de Casanare está dividido en 19 municipios, a su vez cada municipio divide el área urbana en barrios, que para el municipio capital "Yopal", la divide en comunas, mientras su área rural en veredas y corregimientos o centros poblados. Tiene 639 veredas, 21 corregimientos, 31 centros poblados y 11 resguardos Indígenas.

Mapa 1. División político-administrativa y limites, Casanare 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

Los municipios de mayor extensión territorial son; Paz de Ariporo con 12.114 kilómetros cuadrados que corresponden al 27,14% del departamento, Hato Corozal (5.581 Km2; 12,5%) y Orocué (4.789 Km2; 10,73%); estos tres municipios ocupan el 50% de territorio Departamental (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los municipios por extensión territorial, Casanare 2023

Municipio	Extensión Km²	Porcentaje	Municipio	Extensión Km²	Porcentaje
Yopal	2532	5,67	Pore	786	1,76
Aguazul	1455	3,26	Recetor	179	0,4
Chámeza	289	0,65	Sabanalarga	408	0,91
Hato Corozal	5581	12,5	Sácama	291	0,65

La Salina	194	0,43	San Luis De Palenque	3057	6,85
Maní	3784	8,48	Tamara	1136	2,54
Monterrey	759	1,7	Tauramena	2391	5,36
Nunchia	1101	2,47	Trinidad	2991	6,7
Orocue	4789	10,73	Villanueva	803	1,8
Paz De Ariporo	12114	27,14	**Casanare**	**44.640 km²**	**100,0**

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

Tabla 2. División Política de Casanare, distribuido por municipios, corregimientos, veredas, centros poblados e indígenas, 2023.

Municipio		Área		Veredas	Corregimientos	Centros poblados	Resguardos Indígenas
Código Municipio	Municipio	KM2	%				
85001	Yopal	2532	5,67	93	11	10	
85010	Aguazul	1455	3,26	58	5		
85015	Chámeza	289	0,65	16			
85125	Hato Corozal	5581	12,50	44	3		1
85136	La Salina	194	0,43	8			
85139	Maní	3784	8,48	31			
85162	Monterrey	759	1,70	22		6	
85225	Nunchia	1101	2,47	41		1	
85230	Orocue	4789	10,73	26			8
85250	Paz de Ariporo	12114	27,13	54			1
85263	Pore	786	1,76	22			
85279	Recetor	179	0,40	16			
85300	Sabanalarga	408	0,91	17		2	
85315	Sácama	291	0,65	8			1
85325	San Luis de Palenque	3057	6,85	42		3	
85400	Tamara	1136	2,54	46	2		
85410	Tauramena	2391	5,36	36		4	
85430	Trinidad	2997	6,71	39		2	
85440	Villanueva	803	1,80	20		3	
Total		**44646**	**100,00**	**639**	**21**	**31**	**11**

Fuente: Plan vial departamental Casanare 2021 – 2030. Secretaria de Infraestructura – Dirección de Programación de Obras.

Entendiendo que los Resguardos Indígenas son una institución legal sociopolítica conformada por un territorio reconocido de una comunidad de ascendencia amerindia, con título de propiedad inalienable, imprescriptible e inembargable, colectiva o comunitaria, regido por un estatuto especial autónomo, con pautas y tradiciones culturales propias, en Casanare se cuenta con tres pueblos indígenas Saliva, Uwa (Tunebo) y Cuiva y Otros localizados en los municipios de Paz de Ariporo, Orocue, Támara, Sácama y Hato Corozal, con un área de ocupación del 38,47 % respecto del total del área de los municipios

con el , 15,98% Sácama, 6,14% en Paz de Ariporo, 8,04 Orocué, 5,03% en Hato corozal y 3,28% Támara.

Tabla 3. Localización de los resguardos indígenas según pueblo, municipio y extensión territorial, 2023.

Municipio	Pueblo	Resguardo Indígena	Área (Ha)
Paz de Ariporo y Hato Corozal	Cuiva y Otros	Cuiva, Masiguari, Tsiripu, Salivas y Guahiba (Caño Mochuelo)	94670
Orocué	Saliva	Saliva, Asentada en el paraje El Consejo	4583
Orocué	Saliva	Comunidad Saliva (El Suspiro)	1978
Orocué	Saliva	El Saladillo	1595
Orocué	Saliva	Macucuana	5743,75
Orocué	Saliva	Paraje de San Juanito, El Duya y Paravare	21320
Támara, Sácama y Hato Corozal	Uwa (Tunebo)	Tunebo de Chaparral y Barro Negro	14230
Orocué	Saliva	El Médano	1763
Casanare			**140.139**

Fuente. Elaboración propia tomado de Agencia Nacional de Tierras, 09 de noviembre de 2023.

El Resguardo Barronegro y Chaparral se localizan a la margen derecha del río Casanare en el área de vertiente y piedemonte de los Municipios de Hato Corozal, Tamara y Sácama.

Las Comunidades Indígenas de Orocué, se encuentran organizados en el Municipio de Orocué en 8 resguardos que ocupan una extensión de 41.637 hectáreas.

El Resguardo de Caño Mochuelo, se localiza al Este de los Municipios de Paz de Ariporo y Hato Corozal, tiene una extensión de 94.670 hectáreas, fue declarado reserva de Caño Mochuelo Desde 1974 y se confiere en 1986 según Resolución del INCORA Nº 003 el carácter legal de resguardo en beneficio a 9 pueblos: "Cuiva, Guahibo, Saliva, Tsiripú, Masiguare, Mariposos, Amorúa, Piapoco y Wipigui" (Wámonae, Sikuani, Sáliba, Tsiripu, Maibén-Masiware, Yamaleros-Yaruros, Amorúa, Piapoco y Waüpijiwi).

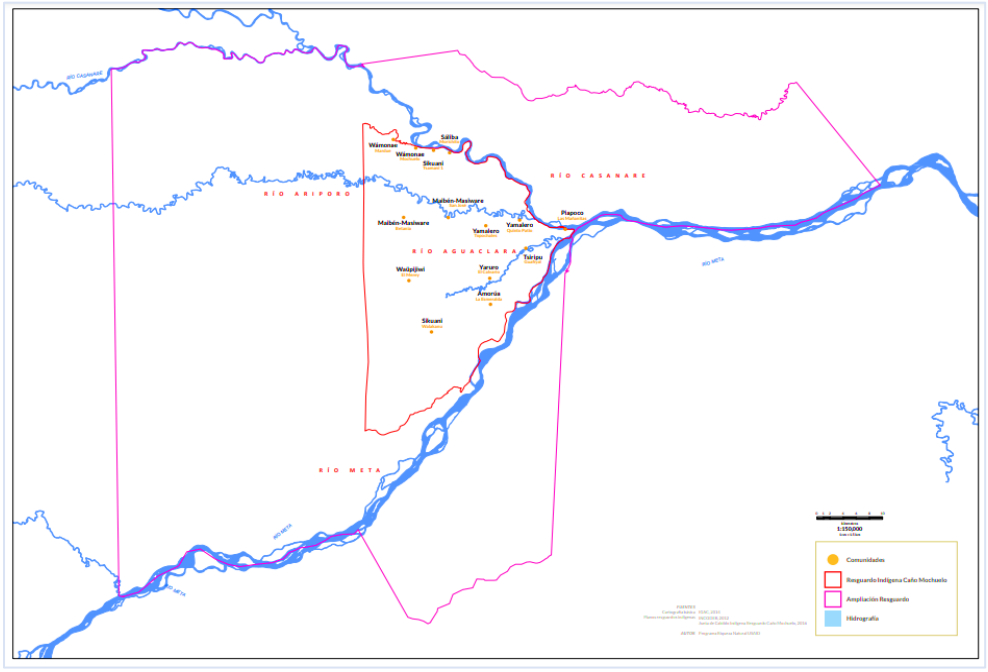
Según la organización regional indígena de Casanare ORIC, tienen presencia étnica once pueblos indígenas: Sáliba, Maibén Masiware, Piapoco, Tsiripu, Amorua, Waipijiwi, Yamalero, Yaruro, Wamonae, Sikuani y U'wa, asentados en los resguardos de Caño Mochuelo, Duya, San Juanito, Paravare, Médano, El Consejo, Saladillo, El Suspiro, Macucuana y Chaparral Barronegro, todos ellos provenientes de procesos genocidas que diezmaron su población, hasta casi el exterminio, como aquellos sobrevivientes del holocausto genocida denominado guahibiadas.

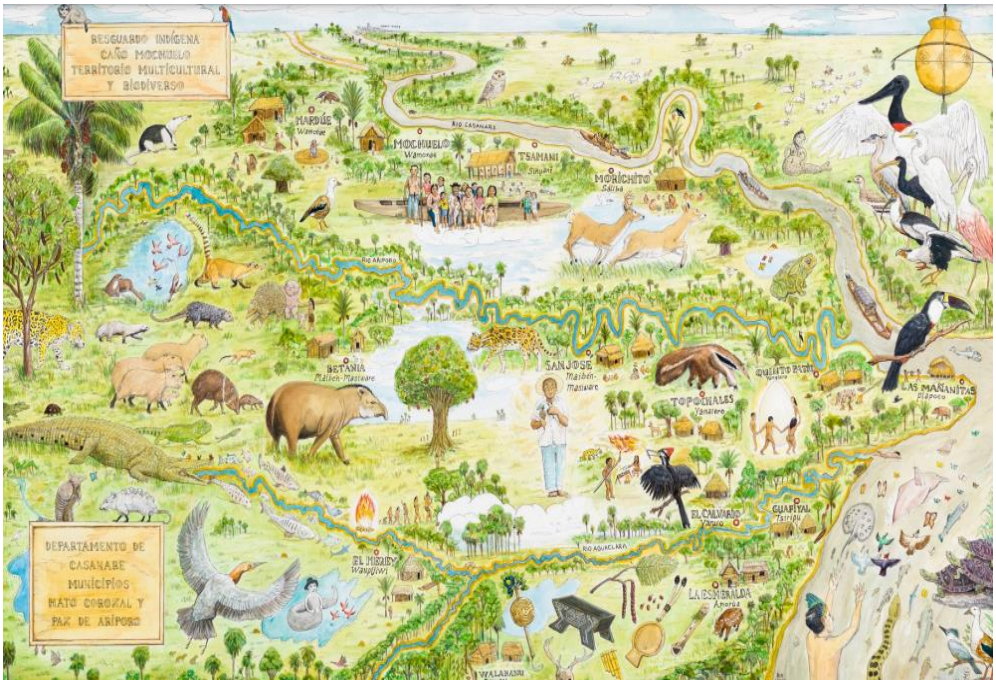
Es el resguardo Indígena de Caño Machuelo un territorio multicultural y uno de los que presenta mayor diversidad étnica en el país, por albergar en un territorio común a diez (10) pueblos indígenas: Sáliba, Maibén Masiware, Piapoco, Tsiripu, Amorua, Waipijiwi, Yamalero, Yaruro, Wamonae y Sikuani, las identidades étnicas prevalecen con arraigo, puesto que han protegido sus acervos culturales como un mecanismo de resistencia al despojo territorial; además, algunos de estos pueblos no son hablantes del idioma español.

Este resguardo indígena por su localización y condiciones de desplazamiento se encuentra distante de Yopal, del casco urbano de Paz de Ariporo y Hato corozal, con un aproximado de 600 kilómetros, 190 millas y cerca de 22 horas por tierra y agua hasta la capital departamental, con condiciones geográficas de difícil acceso que requieren medios de transporte fluvial, terrestre y aéreo para la movilización de las comunidades, traslado de los productos de la canasta básica, acceso a los

servicios de salud especialmente (referencia y contrarreferencia) desde las comunidades hacia San José, Cravo Norte o Yopal. Las actuales condiciones de existencias de los pueblos indígenas que habitan Caño Mochuelo, los hacen especialmente vulnerables por ser víctimas de la pobreza, la miseria, la desnutrición y de enfermedades fácilmente tratables o erradicadas en otras latitudes.

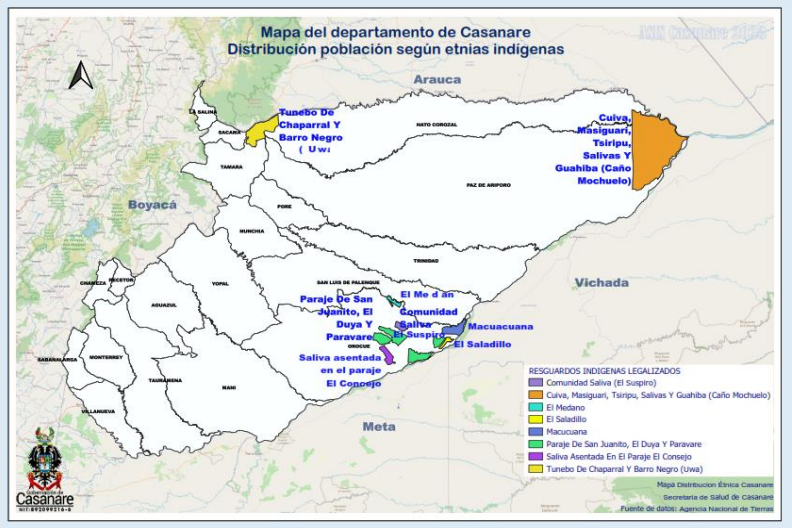
Figura 1. Ilustración del Resguardo Indígena Caño Mochuelo





Fuente: https://www.resguardomochuelo.com/

Mapa 2. Distribución población según etnias indígenas, Casanare, 2023



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de https://data-agenciadetierras.opendata.arcgis.com/.corte 09 noviembre 2023

Se entienden los Consejos Comunitarios Negros como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan la conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos. La Comunidades Negras se Organizan como Consejo Comunitario para solicitar ante el Estado la dotación de tierras en su favor, reglamentada en la Ley 70 de 1993, y en los Decretos 1745 de 1995 compilado en el 1066 de 2015. Para el departamento de Casanare las poblaciones afrodescendientes están organizadas por 22 asociaciones, distribuidas en 10 municipios, con mayor distribución en el municipio de Yopal.

Tabla 4. Asociaciones conformadas por población afrodescendiente, Casanare, 2023

ITEM	ASOCIACIÓN	REP/LEGAL	CORREO	CONTACTO	RESOLUCION MINISTERIO	MINICIPIO
1	FUNDACIÓN AFROPACIFICO CASANARE "AFROPACC"	PABLO ANTONIO SÁNCHEZ RENTERÍA	paulantoni_@hotmail.com	3142150923	36 de 2017	YOPAL
2	ASOCIACIÓN DE MUJERES AFROCOLOMBIANAS DEL CASANARE "AMAFROC"	MARÍA BERENICE BLANDÓN RAMÍREZ	amafroc2013@gmail.com	3223697664	119 del 07 de Abril de 2021.	YOPAL
3	ASOCIACIÓN AFROCOLOMBIANA CON IDENTIDAD CASANAREÑA AFROCID	GENER NAZARIT	genadi76@gmail.com	3114575330	442 del 28 de julio de 2022	YOPAL
4	ASOCIACIÓN DE DESPLAZADOS POR EL CONFLICTO ARMADO AFRODESCENDIENTES Y MADRES CABEZA DE FAMILIA."ASODESCOLOMBIA"	MIREYA MIJARES FRANCO	asodescolombia2022f@gmail.com	3143030051	POR ACTUALIZAR	YOPAL
5	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CASANARE "AFROCAS"	JEFERSON BENITEZ	jefersonbenitez321@hotmail.com	3108634121	090 de 30 de mayo de 2023	YOPAL
6	ASOCIACIÓN RURAL DE LA COMUNIDAD NEGRA, AFROCOLOMBIANA,RAIZAL , PALENQUERA Y CAMPESINA REGIÓN LLANOS DE YOPAL "ASORELLANOS"	FRANCISCO CORDOBA	rmccas81@hotmail.com	3138800850	152 de 2019	YOPAL

ITEM	ASOCIACIÓN	REP/LEGAL	CORREO	CONTACTO	RESOLUCION MINISTERIO	MINICIPIO
7	ASOCIACIÓN DE JOVENES, MUJERES Y PROFESIONALES AFROCOLOMBIANAS DE CASANARE. "AFROCOLCAS"	ALDOJAVIER CUADRO MANJARREZ	juntadirectiva@gmail.com	3506237803	264 del 25 de agosto de 2021	YOPAL
8	ASOCIACION DE MUJERES RURALES AFROCOLOMBIANAS Y VICTIMAS DE CASANARE "ASOMURAV"	ANA SOFIA PEINADO GOMEZ	sofiapeinado67@gmail.com	3209311848	159 de 21 de junio 2022	YOPAL
9	ASOCIACIÓN DE AFRODESCENDIENTE DEL CUSIANA "AFROCUS"	LUIS ALBERTO TELLO GOMEZ	telloalber13@hotmail.com	3203397475 - 3134114916	35 de 2017	TAURAMENA
10	ASOCIACIÓN AFROCOLOMBIANOS DE TAURAMENA "AFROTA"	LIANIS MARÍA PINTO MOJICA	asociaafrota2@gmail.com	3213584744	350 de 22 de junio de 2022	TAURAMENA
11	ASOCIACIÓN AFROREGIOMONTUNOS CONSTRUYENDO FUTURO "AFROCOFU"	YORJANIS DE LA HOZ AVILA	yorjanis0992@hotmail.com	3108744746	181 de de julio de 2021	MONTERREY
12	ASOCIACION NEGRITUDES ASOCIADOS UNIDOS POR CASANARE NEGRIAUNCAS	SANDRA PATRICIA DELGADO MOSQUERA	negriauncas2016@hotmail.com	3118809142	026 del 4 de marzo de 2020	VILLANUEVA
13	ASOCIACIÓN AFROCOLOMBIANOS UNIDOS DE CASANARE AFROUNCAS	YASMID BANGUERO	jhoanmama@hotmail.com	3143170218	154 de 2019	VILLANUEVA
14	ASOCIACION DE MUJERES AFROCOLOMBIANAS Y VICTIMAS EN VILLANUEVA CASANARE	MARY LEIDY MINA GALLEGO	marileidymina@gmail.com	3125263272	037 de 07 de abril de 2021	VILLANUEVA
15	ASOCIACION DE MUJERES AFROS Y VICTIMA CON VISIÓN SOCIAL CASANAREÑA "AMIVIZ"	LIDIA MARIA BANGUERO	lidiabanguerozapats@gmail.com	3103107114	451 - 207 de 28 de jullio de 2021	VILLANUEVA
16	ASOCIACIÓN AFROCOLOMBIANA DE TAMARA AFROTAMARA	LEONARDO CORTEZ LANDAZURY	afrotamara@hotmail.com	3212849013	442 de julio de 2022	TAMARA
17	ASOCIACION DE POBLACIÓN AFRO PORE CASANARE.	VICTOR MANUEL VILLANUEVA OSORIO	afrospore20@gmail.com	3208152830	416 de 2019	PORE
18	ASOCIACION DE NEGROS, AFROCOLOMBIANOS, RAIZALES Y PALENQUEROS- "UBUNTU"	LEOVIGILDA ORTIZ REYES	ubuntunarp@gmail.com lores2764@gmail.com	3116217526	010 de 23 de febrero de 2023	PAZ DE ARIPORO
19	ASOCIACIÓN AFROCOLOMBIANA, NEGRAS, RAIZALES Y PALENQUERAS ACOFROPAZ	CONSUELO GOLU CARABALI	acofropaz@gmail.com	3132502045	099 de 20017	PAZ DE ARIPORO
20	ASOCIACIÓN AFROCOLOMBIANA DE OROCUE AFRO DE ORO	JOIBER ALBERTO BERMÚDEZ CASTAÑO	joalbeca.22@gmail.com	3103320724	169 de 22 de junio del 2022	OROCUE
21	ORGANIZACIÓN AFROCOLOMBIANOS ASOCIADOS POR EL DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL "AFROASODEAC"	JORGE NAZARIT	jorgenazarith@gmail.com	3112126130	136 de 15 junio 2022	AGUAZUL
22	ASOCIACION AFROCOLOMBIANOS DE MANI CASANARE	JULIO HARRISON CAICEDO HURTADO	asociacionamafroc@gmail.com maortizmadrid@gmail.com	3203674450	447 de 03 de diciembre de 2020	MANI

Fuente: Elaboración propia, datos tomados del proyecto de Secretaría de Gobierno Departamental. 30 septiembre 2023

Las Zonas de Reserva Campesina se entienden como un movimiento socioterritorial, las cuales tienen en cuenta una apropiación material y simbólica del espacio geográfico, que pueden o no coincidir con las formas estatales actuales. Según la Agencia Nacional de Tierras en el departamento no se encuentra reporte de las mismas.

Accesibilidad geográfica

Según la caracterización de la Red Vial, el Departamento de Casanare cuenta con una amplia red vial compuesta por carreteras principales y secundarias que permiten visitar y gozar los centros turísticos que ofrece el Departamento en los diferentes municipios, conformada con un total de 682,80 kilómetros de vías, de los cuales 351 son vías Nacionales, 2.342,50 pertenecen a la red secundaria departamental y 2.927,20 Km a la red terciaria municipal, que representan el 6% de las vías de carácter

primario, el 17% a vías secundarias, el 1% a vías terciarias a cargo del INVIAS y el 74% a vías terciarias a cargo de los municipios (Mapa 4 y 5). Las vías primarias unen a Casanare con el resto del país y se encuentran pavimentadas en un 65%. Las secundarias integran las cabeceras de los municipios; algunas de ellas se encuentran sin pavimentar. De acuerdo al estado de las vías en el Departamento de Casanare, según la superficie de rodadura tan solo el 17% se encuentra a nivel de Pavimento, el 53% a nivel de afirmado, el 28% a nivel de tierra y el 2% a nivel de mejoramiento. Las vías a cargo de la Nación según su superficie de rodadura el 79% se encuentran a nivel de Pavimento y el 21% a nivel de afirmado, las vías a cargo del Departamento el 47% a nivel de Pavimento, el 37% a nivel de afirmado, el 16% a nivel de Tierra, mientras las vías a cargo de los Municipios tan solo el 5% se encuentran a nivel de pavimento, el 60% a nivel de afirmado, el 33% a nivel de Tierra y el 3% a nivel de mejoramiento.

La red vial total a cargo del Departamento tiene una longitud total de 1.150,23 kilómetros de los cuales 546,04 kilómetros están en pavimento, 423,33 kilómetros están en afirmado, 180,76 Kilómetros están tierra y 0,10 Kilómetros en mejoramiento, mostrando que el 52,53% de la red vial a cargo del Departamento está sin pavimentar, es decir, está en tierra, afirmado o en mejoramiento y no cuentan con una estructura de terraplén y obras de arte, lo que afecta el suelo de soporte, generando un permanente deterioro que lleva a incrementar los mantenimientos. La red vial departamental une áreas productivas de vertiente, piedemonte y sabana, logra integrar la red vial de tercer orden permitiendo la conectividad con el Rio Meta, situación que lleva a definirlas de carácter estratégico y permiten construir rutas de mercados nacionales e internacionales tanto para el Departamento de Casanare como para las demás regiones del país, en especial para la zona andina en productos como arroz, palma, reforestación, pecuario, ganadero, construcción y petroquímica, los cuales son importantes para consolidar la economía del País.

El (35.81%) de las vías en la red vial secundaria está en buen estado, de acuerdo a las pendientes obtenidas en el Inventario Vial, en el Departamento de Casanare las vías se encuentran en terreno plano (91,87%) con variaciones de pendientes que van desde Ondulado hasta Escarpado en algunos sectores (8,13%). La red vial secundaria tiene una longitud total de 1.150.23 kilómetros, de los cuales 546,04 kilómetros están en pavimento, 412,51 kilómetros están en afirmado, 180,76 Kilómetros están tierra y 0,10 Kilómetros en mejoramiento. Tan solo el 47,47 % se encuentra a nivel de pavimento, con el agravante que tiene un acelerado deterioro que sobrepasa los límites de mantenimiento, ello producto de la presencia de empresas petroleras, Cultivos de arroz y Palma, que realizan el transporte de carga que supera la estructura de los pavimentos y de los terraplenes como del suelo de soporte.

Respecto al tiempo de traslado de los municipios a la capital, el municipio de La Salina requiere mayor tiempo para llegar a la capital con una distancia de 224 km por vía terrestre, el más cercano es el Municipio de Aguazul. (Tabla 5).

Tabla 5. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros. Casanare 2023

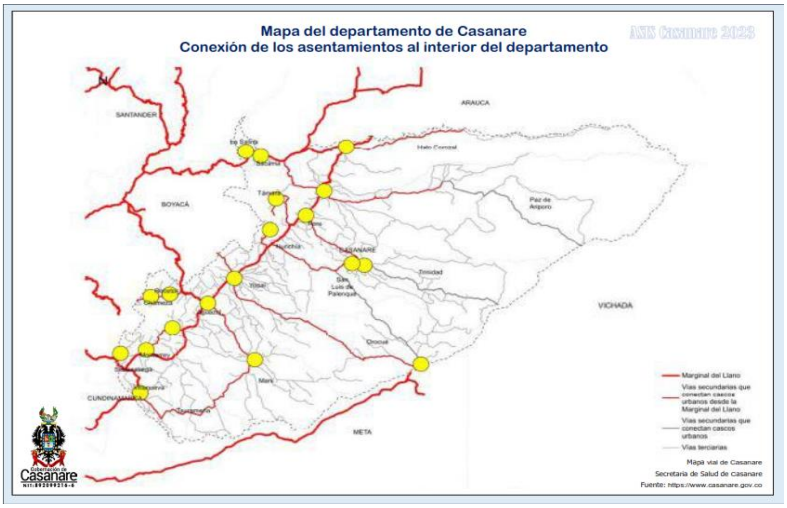
Municipio	Tiempo de llegada desde el municipio a la capital en minutos	Distancia en kilómetros desde el municipio capital departamento	Tipo de transporte desde el municipio a la capital del departamento
Yopal	0	0	Terrestre
Aguazul	30	27	Terrestre

Municipio	Tiempo de llegada desde el municipio a la capital en minutos	Distancia en kilómetros desde el municipio capital departamento	Tipo de transporte desde el municipio a la capital del departamento
Chámeza	135	100	Terrestre
Hato Corozal	120	131	Terrestre
La salina	300	224	Terrestre
Maní	75	81.3	Terrestre
Monterrey	90	105	Terrestre
Nunchía	60	52	Terrestre
Orocué	270	190	Terrestre
Paz de Ariporo	90	90	Terrestre
Pore	60	71	Terrestre
Recetor	75	**63**	Terrestre
Sabanalarga	180	145	Terrestre
Sácama	240	201	Terrestre
San Luis de Palenque	120	102	Terrestre
Tamara	120	95	Terrestre
Tauramena	60	63	Terrestre
Trinidad	130	109	Terrestre
Villanueva	150	158	Terrestre

Fuente: Documento de Reorganización Red de Servicios Casanare 2021.

El Departamento comunica con el interior del país por tres vías nacionales: La troncal del llano (Marginal de la Selva), la cual cumple con integrar las principales zonas de producción y consumo, que recorre el piedemonte llanero y comunica por el sur con la ciudad de Villavicencio (Meta) y por el norte con Arauca, la vía alterna al llano que comunica el sur del departamento con San Luis de Gaceno en el departamento de Boyacá y la Vía del Cusiana que comunica al Departamento con el municipio de Sogamoso (Boyacá). La Troncal de llano es la articuladora de las cabeceras de Villanueva, Monterrey, Tauramena, Aguazul, Yopal, Pore, Paz de Ariporo y Hato Corozal. (Mapa 3 y Mapa 4).

Mapa 3. Conexión de los asentamientos al interior del departamento. 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

Mapa 4. Infraestructura vial de Casanare, 2023



Fuente: http://www.sogeocol.edu.co/casanare.htm

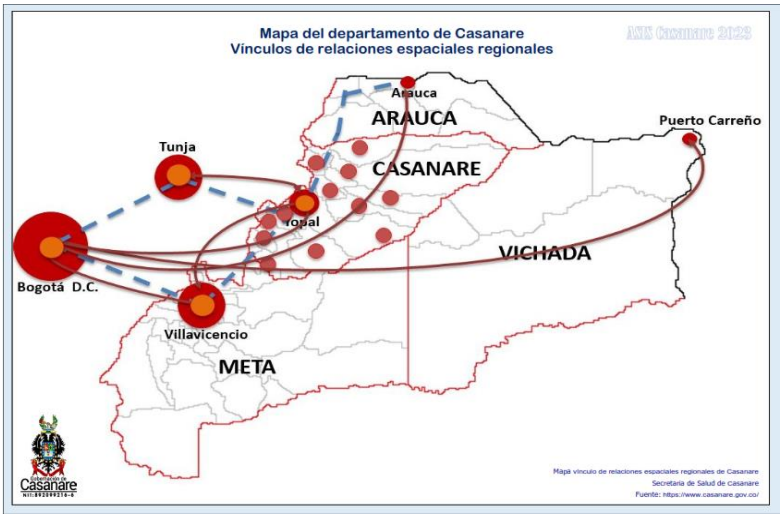
Así mismo, el departamento de Casanare, por el sur dista con LA TRONCAL DEL LLANO con una distancia a Bogotá 385 (7 H 30 MIN), donde se convierte en la principal articulación de la región con el resto del país, teniendo como objetivo principal comunicar las regiones selváticas de Venezuela, Ecuador, Perú y Bolivia y pasando en su recorrido por el territorio Casanareño en una extensión de 343 Km. Por el norte-Tunja-Sogamoso-Yopal tiene una distancia a Bogotá de 356 KM (6 H 30 MIN). Además, adsorbe el mayor flujo vehicular que transita sobre el territorio departamental, es considera una de las vías de comunicación con el interior del país utilizada para el comercio y transporte de pasajeros. De otra parte, existen caminos de herradura como (Labranzagrande, Sogamoso, Pore, Nunchía, Támara, Sácama y La Salina). En segundo orden, se encuentran las vías de acceso a la región andina como es la Vía del Cusiana (Aguazul – Sogamoso) y la Alterna al Llano (Aguaclara – El Sisga) y en tercer lugar, las vías secundarias que comunican a los diferentes centros poblados y la región de piedemonte de Casanare como son: El Venado – Tauramena, Aguazul – Maní, La Nevera – Barquereña – San Luis Trinidad, Yopal – Morro, Yopal – Tilodiran – Algarrobo, Yopalosa – Nunchía, Pore – Trinidad, Guanapalo – Orocué, Recostón –Támara. (mapa 5 y mapa 6)

Mapa 5. Jerarquización vial de Casanare. 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

Mapa 6. Vínculos y relaciones espaciales regionales. 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare.

Transporte Terrestre: Es el medio de transporte predominante y ello se observa en los volúmenes de carga y pasajeros movilizados, es importante considerar que este medio de transporte no está debidamente articulado e integrado entre vías primarias, vías secundarias y mucho menos con las vías terciarias. Ello, debido a que las vías secundarias se encuentran en un 51% sin pavimentar y en un rango de malo a regular estado. Igual situación presenta las vías terciarias, pero además es importante describir que se tienen extensos territorios en especial de Sabana o Llano sin vías terrestres permanentes en el año.

Situación que eleva considerablemente los costos de transporte terrestres tanto de pasajeros como de carga y que inciden directamente en el mejoramiento de las condiciones de producción, productividad y competitividad de sectores básicos del Desarrollo económico del Departamento como es el turismo y el sector agropecuario. Todos los municipios cuentan con rutas de transporte público intermunicipal, pero no todos cuentan con terminales de transporte, únicamente Villanueva, Tauramena, Aguazul, Yopal, Orocué, Trinidad y Paz de Ariporo tienen esta infraestructura.

Con relación a la transitabilidad de las vías a cargo del Departamento según el inventario vial, se identificaron los corredores MARGINAL (LA NEVERA) - OROCUE (SECTOR SAN RAFAEL DE GUANAPALO - OROCUE), TRINIDAD - EL BANCO - BOCAS DEL PAUTO, PAZ DE ARIPORO - MONTAÑAS DEL TOTUMO - LAS GUAMAS - LA HERMOSA, HATO COROZAL - PUERTO COLOMBIA, que de acuerdo a la superficie de rodadura y/o Zonas inestables en algunos tramos presentan intransitabilidad durante días al año, deduciendo que durante 150 días son intransitables las vías entre Las Guamas y La Hermosa en el Municipio de Paz de Ariporo, Hato Corozal a Puerto Colombia y el tramo entre Trinidad y Bocas del Pauto no se puede transitar en u periodo de 30 días. Así mismo, la vía YOPAL - LABRANZAGRANDE presenta problemas de inestabilidad debido a la influencia de la zona de falla geológica, muestra puntos de inestabilidad permanente que requieren de ampliación, obras geotécnicas de protección para su sostenibilidad y evaluar toda la estructura de pavimento, obras de arte, box-culvert y puentes dado el volumen de vehículos con carga pesada que moviliza y que ponen en peligro dicha vía, más cuando se reanudan las actividades de exploración y explotación de petróleo y gas. Desde El Morro en adelante la vía se encuentra a nivel de afirmado mejorado hasta la quebrada la Almorzadereña, tramo al cual se le debe realizar mantenimiento, debido a que están afectados por el efecto erosivo de las aguas de escorrentía. La vía YOPAL - TILODIRAN - ALGARROBO - PASO EL CACHO – OROCUE, al municipio de Yopal le corresponden 72.982 metros (considerando cada una de las calzadas en sector de doble calzada con sentido único) y en el municipio de Orocué se encuentran los restantes 89.150 metros, esta vía cuenta con 6,7 km de vía en doble calzada, cada uno en un sentido, ubicadas en los primeros kilómetros en el perímetro urbano del municipio de Yopal. El inicio se encuentra en la intersección de la vía con la Marginal de la selva 980 metros del PR 102 de la vía 6512. El fin de la vía se presenta en el límite del casco urbano del Municipio de Orocué. En la vía se encuentran dos tipos de capa de rodadura afirmado el que más predomina (52,61%) y pavimento asfáltico (47,39%). En la MARGINAL (LA NEVERA) - OROCUE (SECTOR SAN RAFAEL DE GUANAPALO - OROCUE). La vía cruza los municipios de Orocué y San Luis de Palenque con longitudes de 59.792 metros y 31.974 metros respectivamente. El inicio de la vía se encuentra el sector de Guanapalo en la intersección de la vía 65CA06-1 y 65CA06 en el Municipio de San Luis de Palenque. El fin de la vía se presenta en el límite del casco urbano del Municipio de Orocué. En esta vía predomina la capa de rodadura en afirmado con un 64,95% equivalente a 59,60 km de 91,77 km que tiene la vía, el restante (32,17 km) es pavimento asfáltico.

La infraestructura vial le ha venido restando a la economía y comercialmente al Departamento, de ahí que los inversionistas priorizan la implementación de sus proyectos en otras regiones, esto se observa en los diferentes encuentros empresariales que castigan a Casanare por su infraestructura vial incipiente y sin la conectividad que requieren para el desarrollo de sus proyectos. Este panorama exige

que se realice de manera urgente una intervención eficaz sobre la infraestructura vial de Primer, Segundo y Tercer Orden tanto por la Nación, el Departamento y los Municipios, donde exista una cooperación de las autoridades relacionadas con la parte vial y tracen políticas para los entes territoriales, agilicen los medios que se requieren para lograr obtener los recursos que permitan construir vías sostenibles a largo plazo en el Departamento. El impacto de la industria petrolera, los productores de Arroz y Palma son a gran escala los que mayor impactan en el deterioro de la infraestructura vial, es por eso que se deben crear convenios publico privados para realizar sus respectivos mantenimientos con el fin de disipar un importante porcentaje el deterioro de las vías de dicha red, requiriendo entre otros aspectos, mantenimiento, rehabilitación, adecuación y mejoramiento con el objeto de preservar su nivel de servicio, disminuir accidentalidad ofreciendo seguridad y confort a todos los usuarios. Contar con estas vías en excelente estado perfilan al Departamento del Casanare con mayor fuerza como una región competitiva económicamente, atractiva para el inversionista nacional y extranjero, destino turístico atractivo, y en general con un mejor nivel y calidad de vida para sus habitantes y permite construir una conectividad vial para comunicarnos durante toda la época del año, que facilite el desarrollo de las diferentes apuestas productivas que se tienen con visión de largo plazo, integre los centros poblados y al Departamento con los mercados de orden nacional e internacional, así como también fortalecer la integración del transporte de las cadenas productivas mediante la articulación de nuestra infraestructura vial Intermodal,

Transporte aéreo: La Aeronáutica Civil cuenta con el registro de 117 aeródromos en todo el Departamento de Casanare, sin embargo, de estos solo hay 40 pistas autorizadas para su funcionamiento por parte de dicha entidad, estas corresponden únicamente al 21,35% del total de pistas existentes en el Departamento. La gran cantidad de pistas (aeródromos) que existen en el Departamento se debe a la actividad petrolera y ganadera que se ha dado a lo largo de toda su extensión particularmente en la llanura; además de las largas distancias, que sumadas con el hecho que el suelo corresponde en su mayoría a sabanas inundables, ha hecho que históricamente el transporte carreteable sea de mucha dificultad la mayor cantidad de meses, especialmente en temporada de lluvias, tanto así que los mismos locales manifiestan que “cada dueño de un hato ganadero tenía su pista y avioneta particular”. El transporte aéreo, que predominó a mediados del siglo pasado, ha perdido importancia en la medida que las vías terrestres han sido mejoradas. Los municipios que cuentan con infraestructura de transporte aéreo son: Yopal, Villanueva, Paz de Ariporo, Orocué, Monterrey, Hato Corozal y Trinidad. Actualmente existen 38 pistas autorizadas por la Aeronáutica Civil, de las cuales 22 son privadas, 11 pertenecen a los municipios y corregimientos y 5 son administradas por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil (UAEAC). El aeropuerto el Alcaraván ubicado en la ciudad de Yopal es la principal terminal aérea del Departamento, este se encuentra dotado con infraestructura que le da la suficiente capacidad para vuelos internacionales, en este momento tres aerolíneas prestan servicios con destinos nacionales en el: Avianca, LATAM y Clic (antes llamado EasyFly).

Transporte Fluvial: El Departamento tiene la ventaja única que le dan sus ríos la mayor cantidad del año de ser utilizados para el transporte fluvial, sin embargo y aunque existen servicios de transporte fluvial en algunos de estos, este se hace de manera informal al no estar reglamentado. Por lo tanto, el transporte fluvial es el de menor cubrimiento y lo utilizan las comunidades que se encuentran

localizadas en las zonas que no cuentan con vías terrestres disponibles en forma permanente la navegabilidad se encuentra por tramos y en periodos de lluvias. Se utiliza principalmente para la movilización de ganado, bienes de consumo y personas en proporciones menores. Los ríos Casanare, Ariporo, Pauto, Cravo Sur, Cusiana y Upía, que desembocan en el Río Meta, tienen tramos navegables, pero ninguno de ellos dispone de infraestructura para la navegación y el embarque que facilite el transporte, ni cuentan con empresas transportadoras consolidadas, ni vías terrestres complementarias que permitan el transporte multimodal. Los puntos de embarque que tienen mayor afluencia son: La Hermosa, El Banco, Orocué, Trinidad, San Luis de Palenque, la Chapa, Guanapalo, La Poyata, Maní y Puerto Colombia. Todos los ríos que bañan el Departamento son afluentes del Río Meta, que a su vez entrega sus aguas al Río Orinoco. Los ríos navegables más relevantes en cuanto a este potencial además del Río Meta son: Upía, Cusiana, Cravo Sur, Pauto, y Ariporo.

5.1.3 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

En Casanare la ganadería, la agricultura (arroz, palma africana, plátano, maíz tradicional, café, cacao y yuca) y la explotación petrolera son las principales actividades económicas de la población en materia de generación de empleo y de ingresos, se destacan las agroindustrias molineras, palmeras y de alimentos, las cuales se ubican principalmente en Yopal, Maní, Pore y Villanueva. Además, el comercio mantiene una estrecha relación con productos de origen agropecuario. Estas actividades legales mineras de exploración petrolera (explotación de los pozos de Cusiana, Cupiagua, Pauto, Floreña) y los campos operados por Perenco y otros), conllevan a problemas ambientales - crisis ambiental que impactan negativamente en la naturaleza incluyendo los ríos, suelos, subsuelos, biodiversidad, ecosistemas propios, sumado a la actividad de la agroindustria, con el uso del agua de riego en los monocultivos de arroz, cultivos de palma y ganadería extensiva en la región (y sus gases de invernadero), perforación de pozos de agua y alteración del régimen de lluvias paralela al aumento de temperatura (debido al cambio climático), reduce los caudales de los ríos, lagos, lagunas y ciénagas, al punto de causar su desaparición en la temporada, conducen hacia la desertización causando gran daño a las comunidades (generar riesgo en la disponibilidad del agua para el consumo humano, agrícola y ganadero), como pérdidas económicas, así como el impacto de mortalidad en la biodiversidad de fauna (chigüiros, tortugas, reces, babillas y caimanes y otras en vías de extinción) y la flora.

En época de verano se hace más extenso los periodos sin lluvias lo que ha generado sequias intensas en algunos lugares del Departamento y los efectos de altas temperaturas sobre la biodiversidad y las diferentes condiciones climáticas sobre la salud, la infraestructura y el diario vivir de la comunidad Casanareña, generan desconcierto y modificando su estabilidad en su entorno natural.

Sin embargo, en Casanare hay un creciente interés de la población por la conservación de la biodiversidad, numerosos dueños de fincas han avanzado en la declaración del total o parte de sus propiedades en reservas privadas de la sociedad civil; La Esperanza 1 y 2, La Gloria y Nicaragua en el municipio de Paz de Ariporo; Las Delicias, en San Luis de Palenque; La Palmita, en Trinidad; Canta Claro, Agua Verde y La Florida, en Hato Corozal. Adicionalmente, las comunidades indígenas del Resguardo Caño Mochuelo y la Asociación de Juntas de Acción Comunal de Corralito (Hato Corozal),

están en acercamientos para unificar acciones que lleven a la conservación de los recursos naturales de importancia para la subsistencia de la población local.

5.1.3.1 Zonas de Riesgo

Casanare se caracteriza por tener unas condiciones topográficas, geológicas, hidrológicas y geomorfológicas, muy diversas. La condición geológica se encuentra directamente asociada a los levantamientos y hundimientos de la Cordillera Oriental (Goosen, 1964; Botero et al, 1999), siendo los últimos levantamientos del Terciario y del Cuaternario los más importantes, ya que estos dieron lugar a los grandes procesos de erosión en la cordillera, causa y fuente de la sedimentación en los Llanos. Existen numerosas geoformas derivadas de actividad neotectónica en este frente de montaña correspondientes a escarpes de falla y terrazas aluviales (Ríos Charte, Cravo Sur, Payero y Tocaría) levantadas, plegadas y basculadas. El flujo de los ríos principales y afluentes secundarios y terciarios está controlado por fallas o por el basculamiento de bloques, como es el caso del Río Tocaría y Payero, que se alinean por el Sistema de Fallas de Guaicáramo con una dirección N38ºE. Dichas condiciones combinadas con las variables climáticas hacen de su territorio un escenario propicio para la ocurrencia de gran variedad de fenómenos de origen natural como: movimientos en masa, inundaciones, sismos e incendios de cobertura vegetal y fenómenos de origen antrópico.
Los municipios con mayor actividad sísmica y amenaza son Támara, Recetor, Chámeza, Monterrey y Sabanalarga, en donde se pueden presentar movimientos con magnitudes entre 4 a 6 en la escala de Richter y a una profundidad entre 0 a 50 metros y actividad intermedia San Luís de Palenque, Trinidad y Yopal en donde se pueden presentar movimientos terrestres con magnitud hasta de 4 en la escala de Richter y una profundidad entre 0 a 50 metros. Yopal está localizada en el Piedemonte de la Cordillera Oriental en la sedimentación del Río Cravo Sur en un abanico fluvio - torrencial y al municipio lo afecta la falla de Guaicaramo que se activa y hace que la zona sea fracturada, por lo tanto la capital del Casanare puede sufrir una avalancha provocada por las erosiones y deslizamientos activos cercanos al Municipio de Labranzagrande (Boyacá) o de los presentados en el corregimiento del Morro, lo que puede originar una obstrucción en el cauce del Río Cravo Sur y luego aguas abajo pasar sobre Yopal.

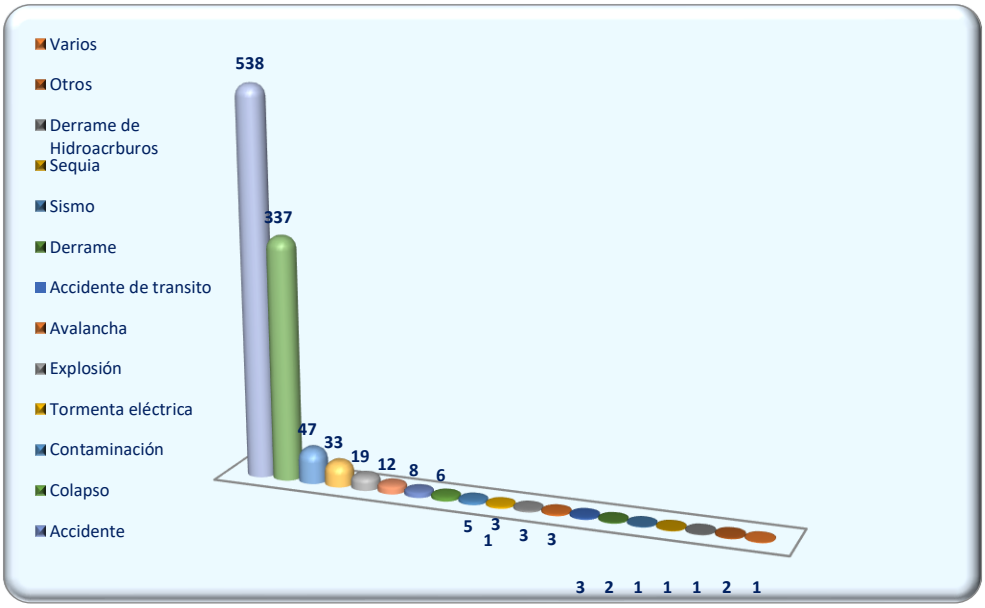
Casanare se determina tres tipos de zonas de riego claramente marcadas:

- Vertiente, que tiene la probabilidad de riesgo alto por deslizamientos, siendo los municipios más afectados la Salina, Chámeza, Recetor, Sácama, Tamara y Sabanalarga, cuyas vías se ven afectadas en época de invierno por los deslizamientos y la socavación laterales realizadas por los ríos y quebradas.
- Piedemonte, que se caracteriza por la probabilidad de riesgo por inundaciones sobre los sectores cercanos a los ríos o caños, así como riesgo por incendios forestales sobre el sector donde se desarrolla actividad agrícola de subsistencia. Además, presentan algo de deslizamientos producto de la erosión de algunos sectores de loma y lomerío. La Afectación mayor de las vías se presenta por inundaciones y falta de manejo de las aguas de escorrentía.
- Sabana, se presenta la probabilidad de ocurrencia alta de las inundaciones tanto en el área de sabana como las cercanas a los ríos, caños, esteros, lagunas y humedales, de la misma manera existe alta probabilidad de incendios forestales dado que es una práctica de los

pobladores quemar la sabana en época de entrada del invierno. Las vías se inundan producto de no tener terraplenes y obras de drenaje que permitan manejar las aguas de la sabana, ríos, caños y de los canales que se desprenden de los esteros por lo tanto solamente son vías que funcionan en época de verano.

Según la hidrología, existen 4.277.546 ha de sabanas en planos inundables de numerosos tributarios andinos del Río Meta, siendo una de las zonas de inundación más extensas del país, que limitan la producción agropecuaria.
Según datos de la Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres, los eventos y/o fenómenos con mayor frecuencia de ocurrencia en el Departamento de Casanare fueron los incendios forestales y las inundaciones.
De acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, en el periodo comprendido entre 1998 a 2017 se presentaron un total de 1025 eventos según escenario de riesgo, el 52,48 % corresponde a accidentes y el 32,87 % a colapso. (Figura 2).

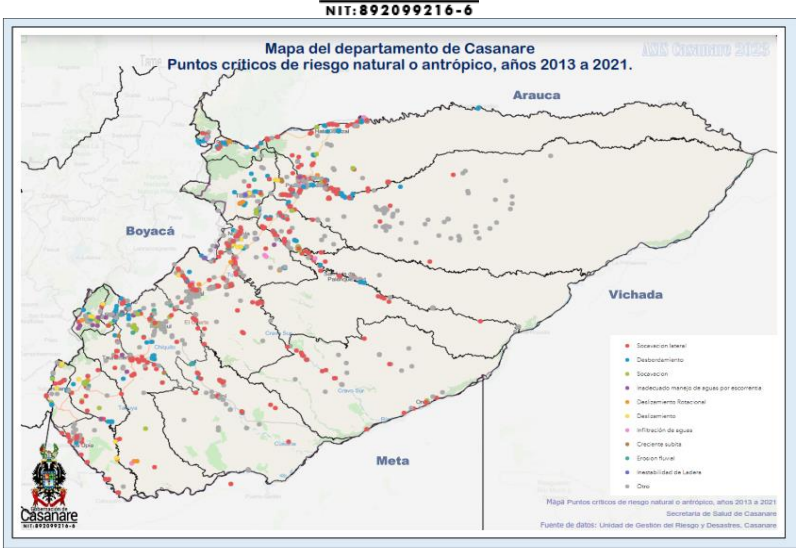
Figura 2. Ocurrencia de eventos según escenario de riesgo, Casanare, 1998 a 2017.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

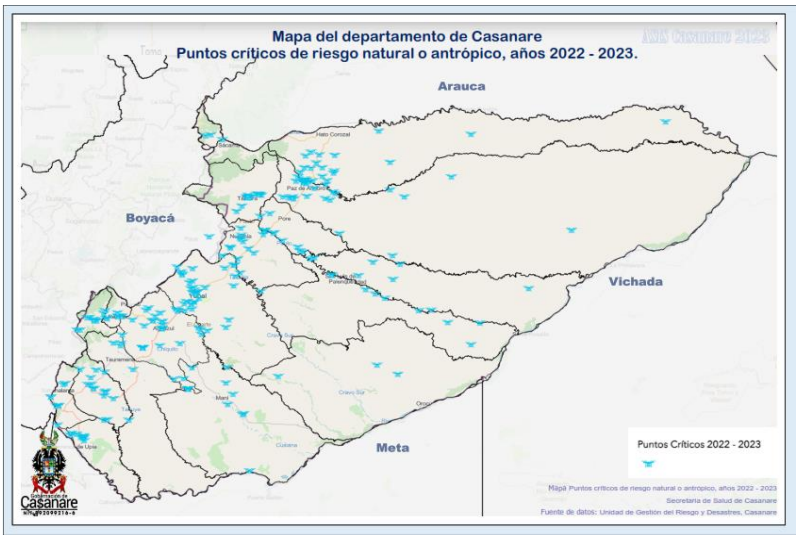
Existe en Casanare puntos críticos de acuerdo a los riesgos natural y antrópico (Mapa 7 y 8).

Mapa 7. Puntos críticos según escenario de riesgo natural o antrópico, Casanare, 2013 a 2021



Fuente: Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres, Casanare, 2023.

Mapa 8. Puntos críticos de riesgo natural o antrópico, años 2020 a 2023



Fuente: Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres, Casanare, 2023.

A lo largo de la historia el departamento de Casanare ha sido afectado por fenómenos de movimientos en masa, causando desestabilización del terreno y afectación a la población, así como a importante infraestructura. Entre los movimientos destacados se encuentra una caída de detrito y una caída de roca en Pore y deslizamiento en el corregimiento del morro, así mismo, en el 2011 un evento de estos destruyó la planta de tratamiento de aguas afectando a los 130.923 habitantes que se abastecían de ella, ocasionando una problemática social de gran impacto. (Mapa 9).

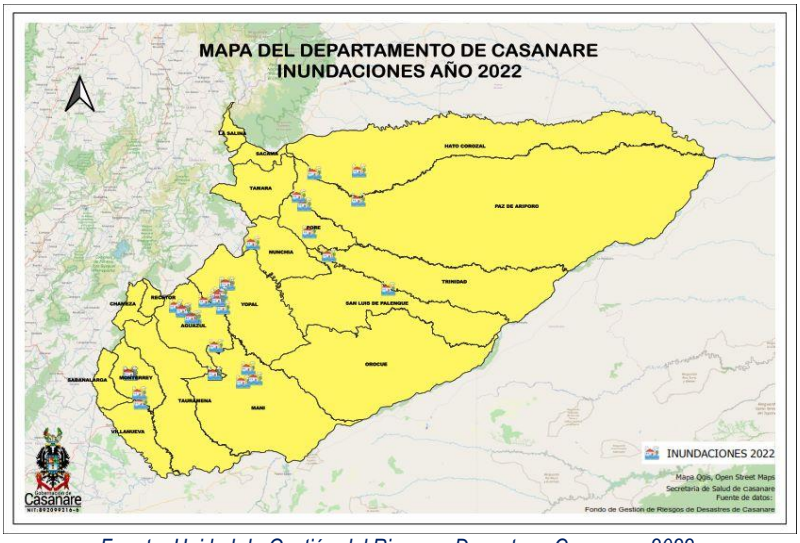
Mapa 9. Mapas de Riesgos, remoción en masa, Casanare, 2022



Fuente: Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres, Casanare, 2022.

Recibe vientos alisios del noreste y del sureste, adicionalmente la ubicación del territorio en la Orinoquia, le permite contar con una riqueza importante de recursos hídricos, por tanto, en temporada de lluvia intensa llega afectar por eventos de inundaciones a las zonas de topografía plana. Adicionalmente, según la UNGRD y DNP para el 2018 cuenta con 3 millones de hectáreas (69% del territorio) en áreas críticas de amenaza, de las cuales 2.5 millones de hectáreas se inundan periódicamente y 283.541 hectáreas se han inundado durante el fenómeno de la niña, 4% del área departamental presenta amenaza alta por movimientos en masa y 4% tiene una susceptibilidad muy alta a flujos torrenciales. (Mapa 10).

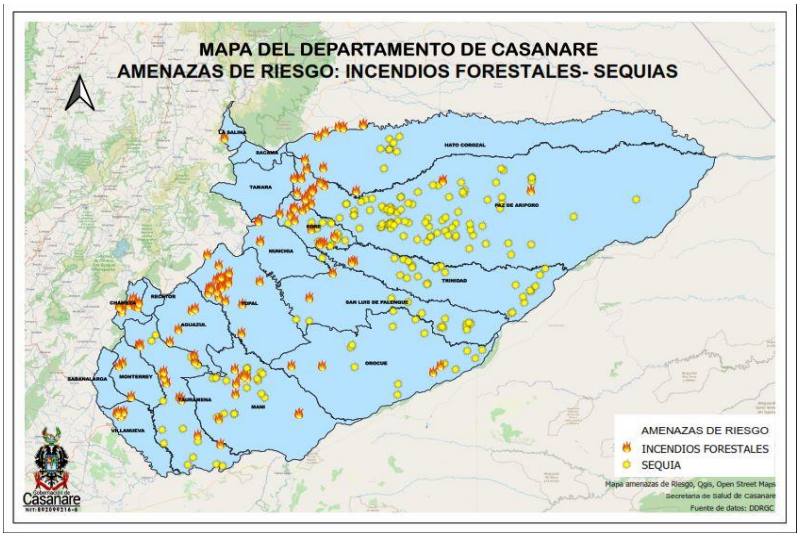
Mapa 10. Mapas de Riesgos inundación, Casanare, 2022



Fuente: Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres, Casanare, 2022.

La condición latente de afectación por incendios forestales es bastante alta, debido a la permanencia de factores que desencadenan fuego; tales como el incremento de áreas sembradas con pastos para ganado dado su susceptibilidad a la propagación rápida hace que este se generalice aceleradamente por amplias zonas de la sabana, ante la presencia de fuego, dificultando las acciones de control, causando pérdidas significativas en la economía ganadera y la destrucción de ecosistemas. De otro lado, se presenta las áreas de piedemonte donde hay marcadas pendientes y fuertes vientos impiden las labores de extinción del fuego. (Mapa 11).

Mapa 11. Mapas de Riesgos sequias e incendios forestales Casanare, 2022.



Fuente: Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres, Casanare, 2022.

Casanare es un departamento vulnerable al cambio climático, y una importante proporción de su población está ubicada en zonas de sabanas inundables y en suelos inestables de las partes montañas del piedemonte llanero, así como el nivel de riesgo (Bajo, Moderado, Alto, Muy Alto) presentados en cada uno de los Municipios del Departamento de Casanare (Tabla 6)

Tabla 6. Zonas de Riesgo según municipio en el departamento de Casanare

MUNICIPIO	PROBABILIDADES DE OCURRENCIA DEL RIESGO Y VULNERABILIDAD EN EL MUNICIPIO															RANGO DE RIESGO
	INUNDACIONES	AVALANCHA	DESLIZAMIENTOS	GEOTECNICA FALLA GEOLOGICA O	DRENAJE DEFICIENTE	EROSION	SEQUIAS	DESERTIFICACIÓN	TORNADOS VENDAVALES O	TORMENTA ELECTRICA	INCENDIOS FORESTALES	ESTRUCTURA VIAL COLAPSO DE	CAIDA DE PUENTES	TRANSITO FLUVIAL	HIDROCARBUROS DERRAME DE	
Yopal	4	8	6	12	2	6	3	2	5	4	6	5	3	2	10	Moderado
Aguazul	3	6	5		2	6	3	2	4	3	8	3	3	1	10	Moderado
Chámeza	1	10	6		1	5	4	2	3	4	5	5	2	1	0	Bajo
Hato corozal	10	2	1		4	5	10	5	8	4	4	3	2	5	5	Moderado
La salina	1	12	8		1	6	3	3	4	2	3	6	4	3	0	Bajo

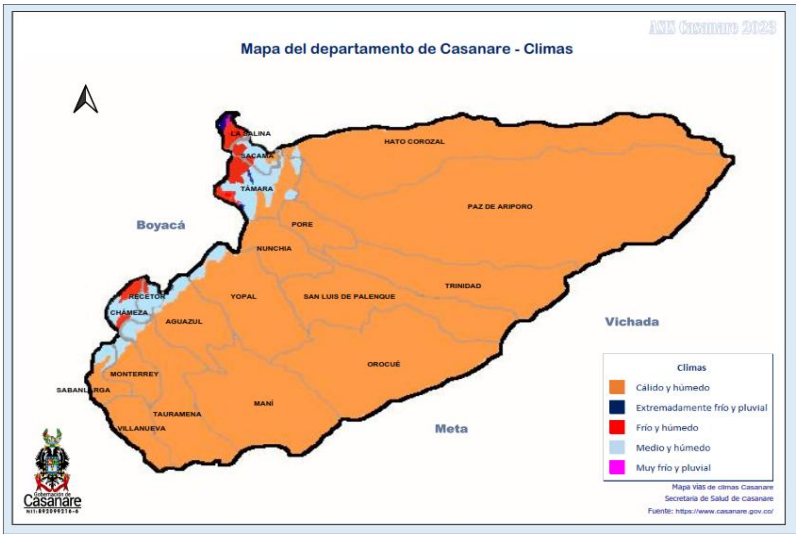
MUNICIPIO	PROBABILIDADES DE OCURRENCIA DEL RIESGO Y VULNERABILIDAD EN EL MUNICIPIO															RANGO DE RIESGO
	INUNDACIONES	AVALANCHA	DESLIZAMIENTOS	GEOTECNICA FALLA GEOLOGICA O	DRENAJE DEFICIENTE	EROSION	SEQUIAS	DESESERTIFICACIÓN	TORNADOS VENDAVALES O	TORMENTA ELECTRICA	INCENDIOS FORESTALES	ESTRUCTURA VIAL COLAPSO DE	CAIDA DE PUENTES	TRANSITO FLUVIAL	HIDROCARBUROS DERRAME DE	
Maní	10	0	0		10	4	5	3	4	5	5	3	3	2	8	Moderado
Monterrey	9	6	2		1	2	2	2	4	1	6	1	2	0	4	Bajo
Nunchia	3	10	3		1	5	3	3	3	3	6	2	1	1	6	Moderado
Orocue	10	0	0		6	8	8	5	4	3	4	3	2	5	10	Moderado
Paz de Ariporo	10	3	3		5	6	10	5	8	5	8	2	4	5	10	Moderado
Pore	2	3	3		4	6	5	3	5	3	6	2	4	1	10	Moderado
Recetor	1	12	8		1	4	3	3	5	2	3	5	3	1	0	Bajo
Sabanalarga	1	8	6		1	5	4	3	4	2	2	3	6	1	0	Bajo
Sácama	1	10	8		0	6	3	3	5	2	1	5	3	1	0	Bajo
San Luis de palenque	10	0	2		3	5	3	2	5	3	4	3	3	3	8	Moderado
Tamara	1	10	5		1	3	4	3	4	2	2	5	3	1	0	Bajo
Tauramena	4	8	6	12	3	5	3	2	4	2	3	4	3	2	10	Moderado
Trinidad	10	0	1		1	4	4	2	3	2	4	3	3	3	10	Bajo
Villanueva	2	3	2		3	6	4	3	4	2	5	3	3	3	5	Moderado

Fuente: Plan vial departamental de Casanare 2021 - 2030

El Departamento de Casanare posee un clima variado de los vientos alisios del noreste y del sureste, la Zona de Convergencia Intertropical (ZCIT) y la presencia de la cordillera Oriental son los factores principales que determinan el comportamiento climático del Departamento, presentándose clima húmedo en la zona del piedemonte, templado y frío en las zonas montañosas donde se localizan los municipios de Támara, Sácama, La Salina, Chámeza y Recetor, con temperaturas promedio entre 18°C y 20°C; el régimen de lluvias es básicamente monomodal con una temporada lluviosa que comprende los meses de abril a octubre. La cantidad e intensidad de las lluvias aumenta de noreste a suroeste, de manera, que la zona más lluviosa se localiza en los municipios de Chámeza, Recetor, y la parte alta de Aguazul y Yopal, cuyos valores oscilan entre los 3.500 y los 4.500 mm anuales; las zonas menos lluviosas están en la parte alta de los Municipios de Sácama y la Salina al igual que en los municipios de Sabana como son Trinidad, Paz de Ariporo y Hato Corozal cuyas precipitaciones oscilan entre los 2.000 y los 1.500 mm anuales. La humedad relativa en el Departamento varía entre los 60% y 90%, lo que permite concluir que se tiene un territorio con un predominio de un ambiente húmedo. La distribución del brillo solar, guarda directa relación con las precipitaciones, de ahí que las sabanas de los municipios de Hato Corozal, Paz de Ariporo, Trinidad y Orocué presenten mayores horas de brillo solar (2.000 horas/año en adelante), mientras que las partes altas del paisaje de montaña las menores horas (menor a 1.500 horas/año).

Dicha variabilidad climática y fisiográfica le permiten al Departamento de Casanare gozar de una inigualable riqueza natural, presentando una diversidad variada en cuanto a zonas de vida, flora y paisaje que merecen asegurar su permanencia. La Unidad Especial del Sistema de Parques Nacionales Naturales de Colombia (UAESPNN), ha realizado acciones desde hace años en procura de avanzar en la declaración de un área protegida para la conservación de la naturaleza, el Instituto Humboldt ha documentado las especiales características y función de estos ecosistemas para lograr una Orinoquia sostenible. Así mismo, la WWF ha realizado algunos trabajos e investigaciones identificando los recursos existentes en esta subregión y clasificándolos como de alta importancia para su conservación en la escala departamental, y estratégicos para la macroregión de la Orinoquia colombo-venezolana. Estas son solo unas referencias que muestran que a pesar de la historia de ocupación de esta zona aquí está pasando algo fuera de lo normal con el agua, y que lo que está en juego es la permanencia de una serie de ecosistemas (Mapa 12).

Mapa 12. Distribución Climática de Casanare. 2023



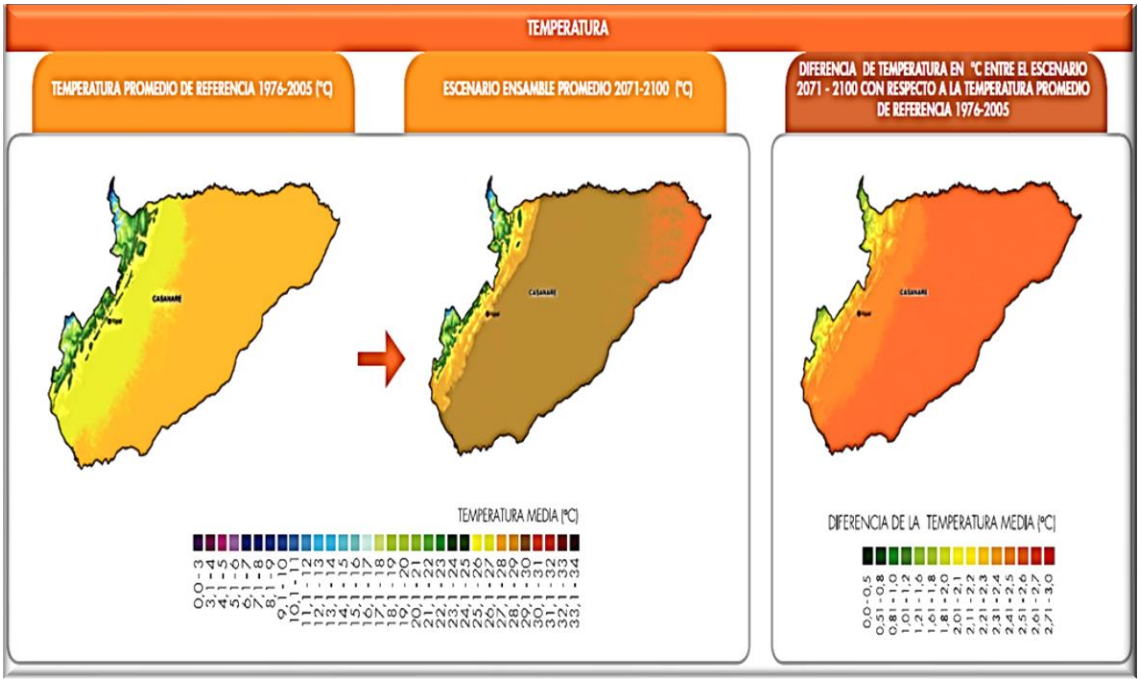
Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental

Según documento de "nuevos escenarios de cambio climático para Colombia 2011 a 2100, Colombia se adhirió y ratificó la Convención Marco de Naciones Unidas Sobre el Cambio Climático, que busca entender los diversos factores que aceleran el cambio del clima y de esta forma llegar a consensos sobre acciones que aborden causas y consecuencias, en la Tercera Comunicación Nacional de Cambio Climático, liderado por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), como autoridad científica nacional en materia de cambio climático, en coordinación con los Ministerios de Ambiente y Desarrollo Sostenible y de Relaciones Exteriores, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el acompañamiento permanente del Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), que muestra un panorama del comportamiento esperado del cambio climático para las cinco grandes regiones geográficas para cada uno de los departamentos del país, constituyéndose, sin lugar a dudas, en herramientas fundamentales para apoyar la toma de decisiones y la planificación de nuestros gobernadores y alcaldes. Adicional ha esto los escenarios de Cambio Climático son un

insumo muy importante para avanzar hacia un análisis de vulnerabilidad que nos permita aumentar el nivel de comprensión y de planificación para de esta manera reducir los riesgos y aumentar la capacidad adaptativa de cada una de las regiones de Colombia. El objetivo de trabajar con Escenarios de Cambio Climático no es predecir el futuro climático, es evaluar un amplio espectro de posibilidades respecto al posible comportamiento del clima en el futuro y entender las incertidumbres asociadas, con el fin de orientar decisiones robustas que permitan anticiparse a los posibles hechos y generar desde hoy un accionar eficaz que permita introducir los cambios sociales, ambientales, económicos y políticos necesarios para no llegar a la situación proyectada de un futuro desfavorable.

En Casanare, el cambio esperado de la temperatura para los periodos 2011 - 2040 varía de bajo medio (0,9 °C) a medio alto (1,7 °C) en 2041 – 2070 y se ubicará en cambio alto (2,4 °C) para el 2071 – 2100, lo que indica que para fin de siglo el Departamento en promedio podrá presentar aumentos de temperatura de hasta 2,4°C, observándose que los municipios que menos cambios presentarán serán aquellos cercanos a la cordillera, como La Salina, Sácama, Támara y Chámeza (IDEAM, 2015) (Mapa 13).

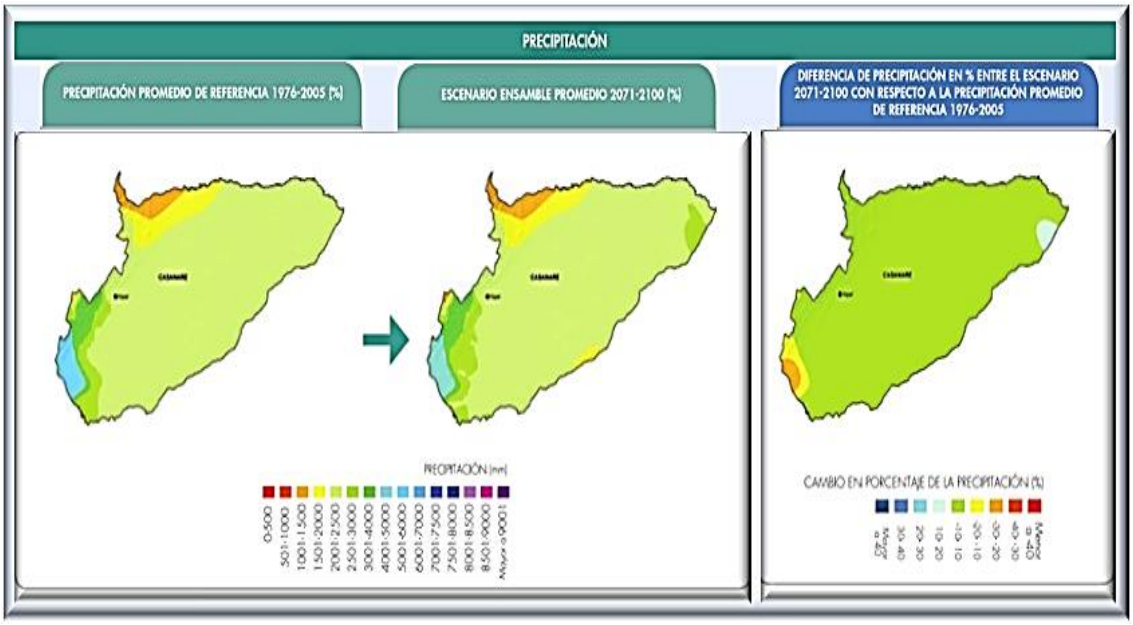
Mapa 13. Escenarios de cambio climático. Temperatura media, Casanare 2011-2100



Fuente: Documento nuevos escenarios de cambio climático para Colombia 2011 a 2100.

Casanare presenta un cambio de precipitación de Normal (-2,77%) en el periodo 2011-2040 hasta (-2,14%) 2041 - 2070 y (-4,06%) 2071 - 2100, es decir que los principales aumentos de precipitación el departamento no presentará aumentos de precipitación para el fin de siglo según los escenarios modelados, así mismo, las principales disminuciones de precipitación se podrán presentar sobre los municipios de Villanueva, Sabanalarga y Monterrey, en donde podrá decaer el porcentaje de precipitación hasta en un 30%. (Mapa 14).

Mapa 14. Escenarios de Cambio Climático Precipitación promedio Casanare, 2071-2100.

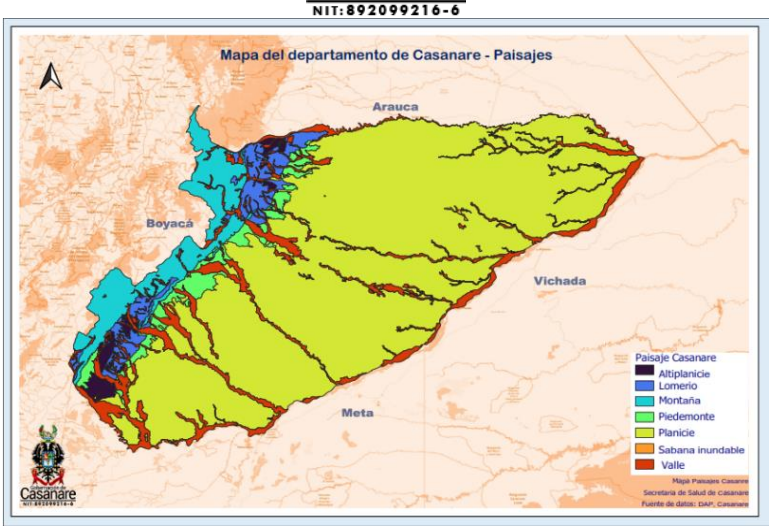


Fuente: Documento nuevos escenarios de cambio climático para Colombia 2011 a 2100.

Los principales efectos para el Casanare podrán encontrarse en los sectores agrícola y ganadero, dado el aumento de temperatura sostenido a través del siglo. De igual forma la ganadería podrá verse afectada dada la posibilidad de sequías, biodiversidad asociada a grandes planicies puede verse afectada por aumentos de temperatura que impiden desplazamiento adaptativo.

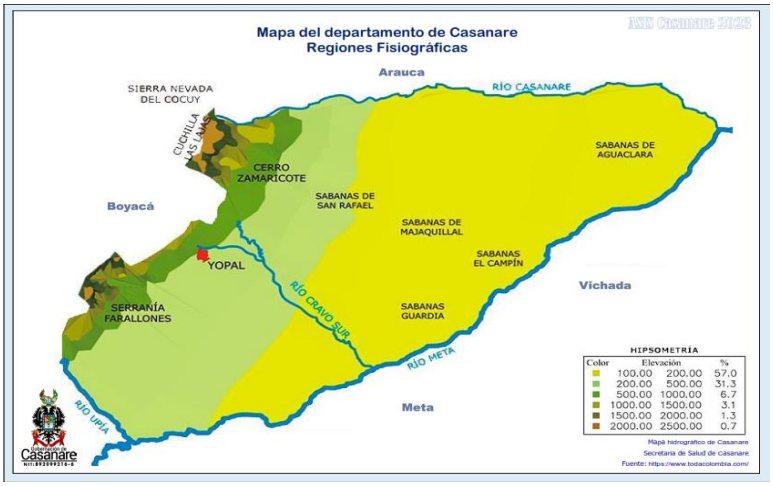
El departamento de Casanare presenta siete clases de paisajes (piedemonte, terrazas, valle, llanura aluvial de desborde, llanura eólica, altillanura y aluviones recientes) que definen las subregiones (Andino Orinoquense y Llanos Orientales). La sub región andino orinoquense, comprende las partes medias y baja de la cordillera Oriental, en donde se encuentran representaciones de las formaciones vegetales andino y de piedemonte o sub andino, la Sub región de los Llanos Orientales, representada por el complejo de sabanas tropicales. Entre sus componentes más importantes están las planicies de pantanales y desbordes, las sabanas planas y onduladas de la altillanura, y las de desborde, la llanura eólica y las zonas aluviales recientes. Los tipos de vegetación más importantes en la región son las sabanas y los bosques, con una amplia variedad de comunidades vegetales asociadas a la geomorfología y los suelos. (Mapas 15, 16 y 17). (Tabla 7).

Mapa 15. Distribución de paisajes, Casanare, 2023.



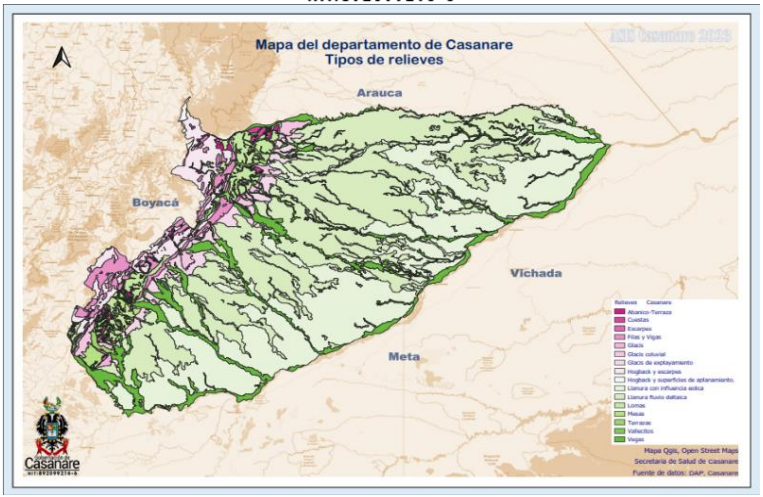
Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

Mapa 16. Distribución de sub provincias fisiográficas, Casanare, 2023.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

Mapa 17. Distribución de relieves, Casanare, 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

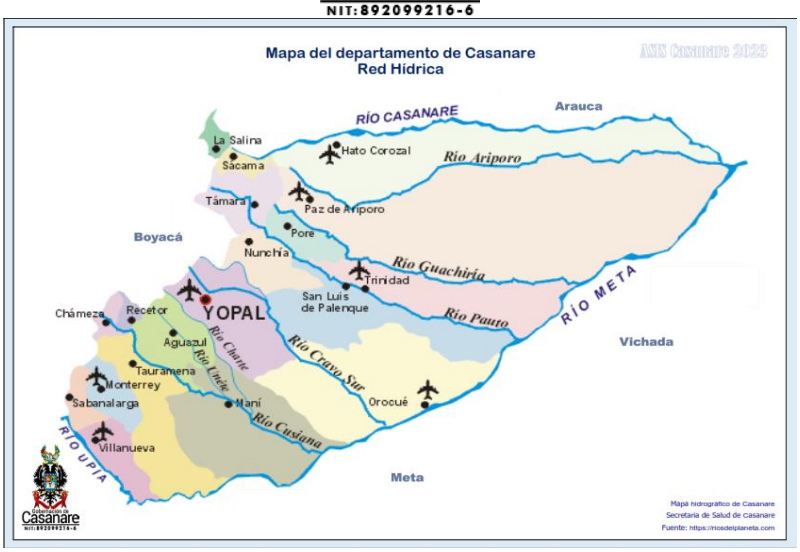
Tabla 7. Paisajes predominantes en el departamento, Casanare.2023

Paisaje	Altura	Tipo de Suelos	Municipios	Vocación de los Suelos
Montaña	1000 a 3800 m.s.n.m	Suelos de escaso desarrollo genético, desatorados, de reacción fuertemente ácida y de baja a muy baja fertilidad	Chámeza, recetor, La Salina, Sácama, támara	Actividades agrícolas de economía campesina. cultivo principal: café
Lomerío, Piedemonte y altiplanicie (transición entre llanura y cordillera oriental	300 a 1000 m.s.n.m	Suelos bien drenados, de reacción fuertemente ácida, pobres en cationes, con altos niveles de aluminio de cambio y fertilidad muy baja.	Villanueva, Monterrey, Sabanalarga, Tauramena, Aguazul, Yopal, Nunchía, Pore, Paz de Ariporo y Hato Corozal	Actividades económicas de explotación de los grandes yacimientos de petróleo y gas, la actividad agrícola comercial, las áreas de pastos mejorados para la ganadería de engorde y leche, desarrollo industrial y agroindustrial
Planicie o Llanura	100 a 300 m.s.n.m.	Reacción ácida a fuertemente ácida, baja fertilidad y niveles tóxicos de aluminio intercambiable	Orocué, Maní, Trinidad, San Luís de Palenque, Paz de Ariporo, Hato Corozal, Pore y Tauramena	Suelos dedicados a la actividad de ganadería extensiva, y desarrollo de actividades agrícolas de carácter comercial como el arroz y palma, así como, la reforestación comercial en especial sobre los suelos altos.

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

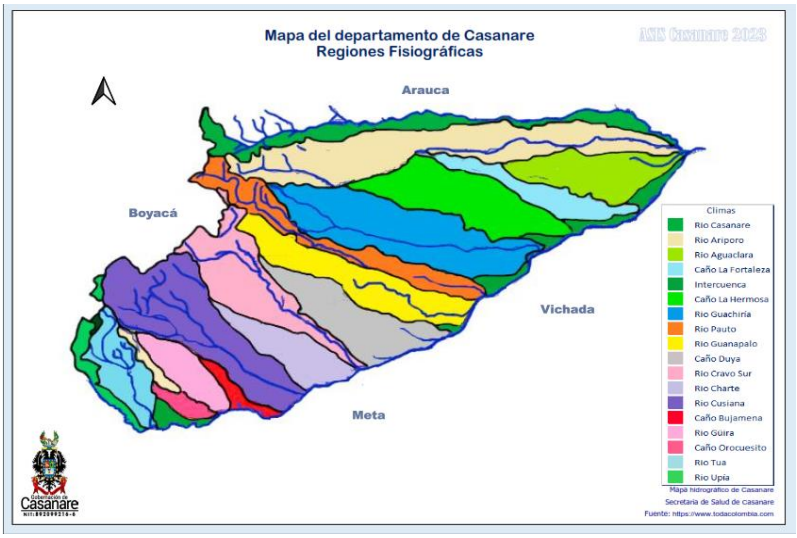
La red hidrográfica del Departamento del Casanare está integrada por los grandes ríos, quebradas, caños y lagunas, que desaguan en dirección del Orinoco por intermedio del Río Meta, el cual recibe las aguas de la totalidad del Departamento y tiene como principal afluente el Río Casanare que, a su vez, recoge las aguas del Río Ariporo y otras corrientes menores. Además de los afluentes mencionados se destacan los ríos Upía, Túa, Cusiana, Cravo Sur, Guanápalo, Pauto, Guachiría, Agua Clara, Charte, Ariporo, Aricaporo, Dumagua, Duya, Caja, Suner, Chamezano, Tonce, La Palmera, Tocaría, Nunchía, Payero, Tenecito, Chire y Chiquito. Otros cuerpos de agua que pueden mencionarse son las lagunas Tinije, Purare y Sacrificio. El 97% del Departamento del Casanare (4.3 millones de ha), pertenece a la cuenca del Orinoco. (Mapa 18 y Mapa 19).

Mapa 18. Hidrografía de Casanare. 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

Mapa 19. Zonas hidrográficas de Casanare, 2023



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Plan de Ordenamiento Territorial Departamental, Casanare 2021.

El Departamento se caracteriza por presentar áreas protegidas debidamente reglamentadas y aprobadas por las autoridades competentes, siendo las principales las microcuencas que surten los acueductos de las cabeceras municipales, entre otras áreas protegidas importantes:

- Cerro de Zamaricote. Tiene una extensión de 15.442 has, se caracteriza por ser un ecosistema estratégico productor de agua en especial para los ríos como Guachiria, Pore, Ariporo y Muese que bañan los suelos de piedemonte y llanura de los Municipios de Paz de Ariporo, Pore, Hato Corozal y Trinidad.
- Áreas de Reserva de la Sociedad Civil. Tienen como objetivo la protección de la biodiversidad del ecosistema de sabana o llanura por parte de particulares, tienen un área de 28.273 has

en los Municipios de Paz de Ariporo y Orocué y corresponde a áreas de hatos muy antiguos del Casanare.

- Las áreas de resguardos indígenas. El Departamento tiene en la actualidad tres áreas donde se localizan comunidades indígenas: el resguardo de Barronegro y Chaparral, Orocué y el resguardo de Caño Mochuelo.
- Resguardo Barronegro y Chaparral tiene una extensión 16.824 has se localizan a la margen derecha del río Casanare en el área de vertiente y piedemonte de los Municipios de Hato Corozal, Tamara y Sácama.

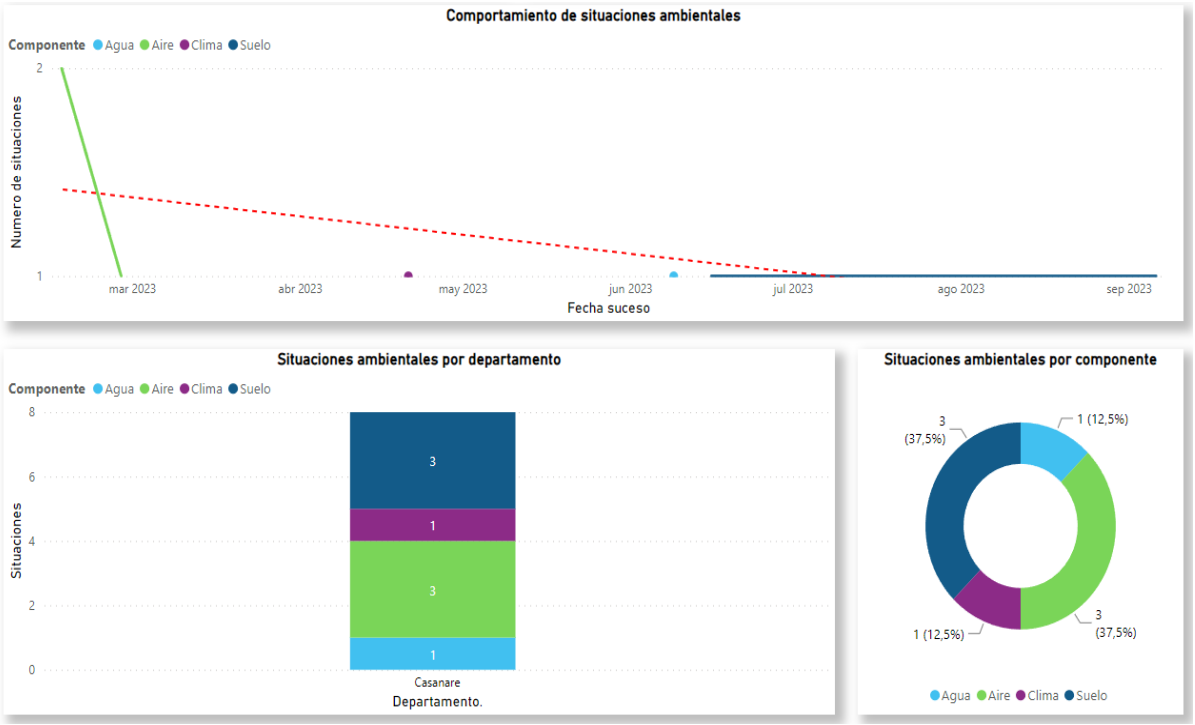
Según el Sistema de Alerta temprana ambiental para efectos en salud – SATAES en la cual se monitorean las situaciones y amenazas ambientales, con el fin de generar alertas, optimizar los procesos de vigilancia en salud pública y enriquecer la inteligencia epidemiológica sobre el tipo de acciones a desarrollar cuando se presentan riesgos ambientales que pueden afectar potencialmente la salud y la matriz de alertas, seguimientos de situaciones ambientales y efectos en salud – MASSAES que genera alertas predictivas para posibles eventos ambientales y desenlaces en salud pública a una escala temporal diaria, disgregando el territorio nacional hasta el nivel municipal, teniendo en cuenta factores epidemiológicos, ambientales, sociales, zoonóticos y capacidad de respuesta y con el Geovisor SIVIGILA tableros Vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental - VIGIFRA, el departamento de Casanare presenta las siguientes situaciones ambientales (Figura 3).

Figura 3. Seguimiento y valoración de alertas, situaciones ambientales, Casanare 2023



Situaciones ambientales

SE	Departamento.	Nivel Riesgo	Componente	Fuente afectacion / Impacto
23	Casanare	Bajo	Agua	Desabastecimiento de agua para consumo
7	Casanare	Bajo	Aire	Incendio de coberturas vegetales
8	Casanare	Bajo	Aire	Incendio de coberturas vegetales
9	Casanare	Bajo	Aire	Incendio de coberturas vegetales
36	Casanare	Bajo	Suelo	Movimiento en masa (Derrumbe, Deslizamiento, Avalancha, Desprendimiento, Volcamiento y Alud de Tierra)
24	Casanare	Bajo	Suelo	Sismo
16	Casanare	NA	Clima	Precipitaciones
27	Casanare	NA	Suelo	Sismo



Fuente: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOGM5ZTQ0NDEtYmRjNi00NzczLTkxYWUtMGQzNjc3M2JmOTdlIiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOjR9&pageName=ReportSection8fe50d92a505d3beb4ce

Igualmente, de acuerdo al informe de seguimiento a los tableros de vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental – VIGIFRA, de la Secretaria de Salud de Casanare, se realizó verificación de otras fuentes de información para la vigilancia de factores de riesgo ambientales que inciden en la salud humana como calidad de agua, fenómenos naturales, boletines clima y salud y tableros ambientales (VIGIFRA), con corte a la semana epidemiológica 49, encontrando los niveles de riesgo comparadas con el país, el departamento se encuentra en 24,6% por debajo de las alertas a nivel de Colombia, el número de alertas por evento ambiental, donde Casanare presenta 50% de lluvias y 50% de incendios (Figura 4).

El tablero de dengue cuenta con alertas históricas ambientales para lluvias y aumento de temperaturas reportadas por el IDEAM a escala municipal; comparando y analizando su intensidad, cantidad y cronología, el comportamiento nacional, departamental y municipal del evento, el canal endémico, la tendencia de las últimas 4 semanas epidemiológicas, la presencia del vector y transmisibilidad de la enfermedad a escala municipal, generando un indicador de riesgo.

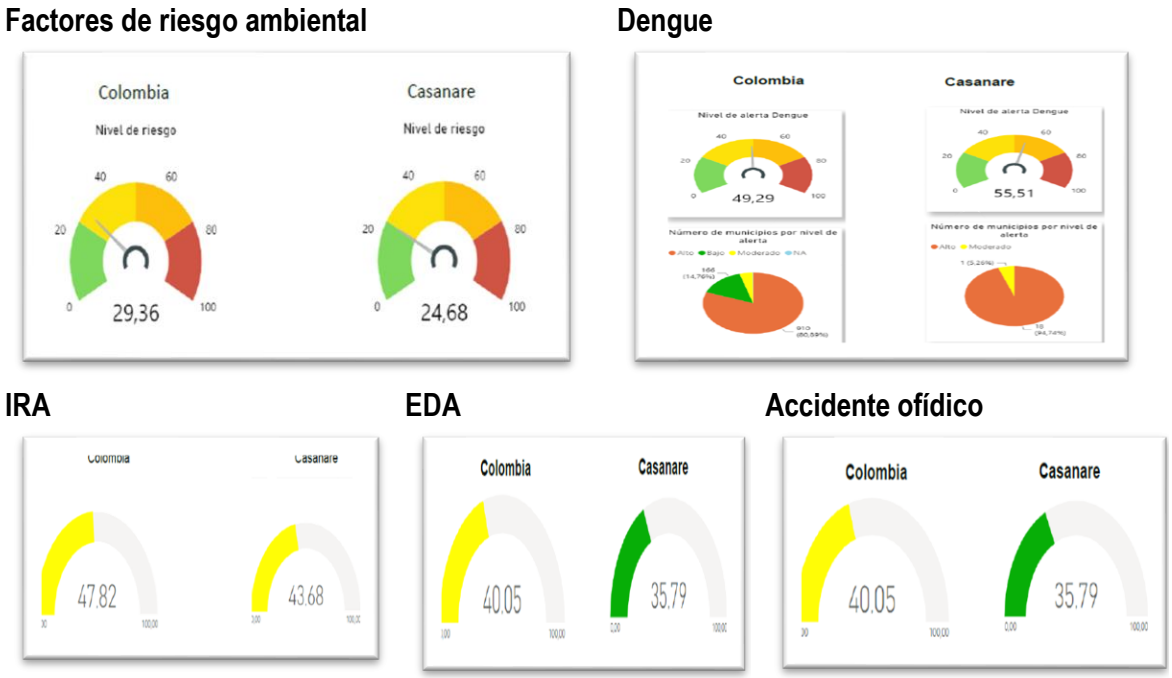
En cuanto la alerta ambiental para Dengue, el departamento se encuentra con un nivel de alto, comparado con el nivel de riesgo con el país se observa una diferencia de 6,0%, concluyendo que Casanare supera la incidencia de Colombia con 18 municipios con nivel de riesgo alto y 1 moderado. Según el boletín de clima y salud para el mes de diciembre se esperan que para el comportamiento epidemiológico conforme con las predicciones climáticas de un aumento de casos.

Para los eventos colectivos IRA y EDA, el departamento se encuentra en nivel de riesgo para IRA en 43,68%, similar a nivel país con una alerta moderada (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Para morbilidad de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), según la alerta ambiental para el mes de noviembre el departamento de Casanare presenta un nivel de la alerta en 20,2% (bajo), comparado con el país es similar. (Figura 2).

Para accidente ofídico, según la alerta ambiental para el mes de noviembre el departamento de Casanare presenta un nivel de la alerta en 35,7% (bajo), comparado con el país el cual es moderado. Según el boletín de clima y salud, este evento presentara aumento en la notificación debido al fenómeno del niño, el cual comienza a partir de los meses de noviembre y termina en el mes de marzo. (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Figura 4. Seguimiento tableros de vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental – VIGIFRA, Casanare 2023, semana 49



Fuente: Secretaría de Salud Casanare, Vigilancia Epidemiológica, Informe de seguimiento a los tableros de vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental – VIGIFRA, Semana 49, 2023.

Además, entre de los principales riesgos ambientales en Casanare se puede apreciar que en la ruralidad existe un difícil acceso al agua segura dado que no cuenta con acueductos veredales ni plantas de tratamiento. De otra parte, en el área urbana también se observa saneamiento básico insatisfecho los cuales generan presencia de vectores que contribuyen a crear una carga de morbilidad, específicamente en enfermedades transmitidas por vectores, diarreas e infecciones respiratorias afectando directamente a las poblaciones más vulnerables a los riesgos ambientales que son las que viven en situación de pobreza, los niños y las mujeres en edad fértil, así mismo, la presencia de plaguicidas por el uso de los cultivos de arroz genera una problemática de salud pública.

El Índice del Riesgo de la Calidad del Agua - IRCA, es el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y

microbiológicas del agua para consumo humano según lo normado en la Resolución 2115 de 2007 teniendo presente la evaluación de cada uno de los parámetros y características contempladas allí. Los instrumentos básicos son los indicadores de riesgo que hacen parte del Capítulo IV del Decreto No. 1575 de 2007, por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de Calidad del Agua para Consumo Humano y que deben ser reportados por las Autoridades Sanitarias Departamentales y de los municipios Categorías Especial, 1, 2 y 3, al Subsistema de Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano – SIVICAP.
Según la resolución 2115 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, se tiene la siguiente Clasificación de los índices para medición del riesgo - IRCA para consumo humano (IRCA) y acciones a desarrollar según resultados mensuales.

Tabla 8. Índice del Riesgo de la Calidad del Agua.

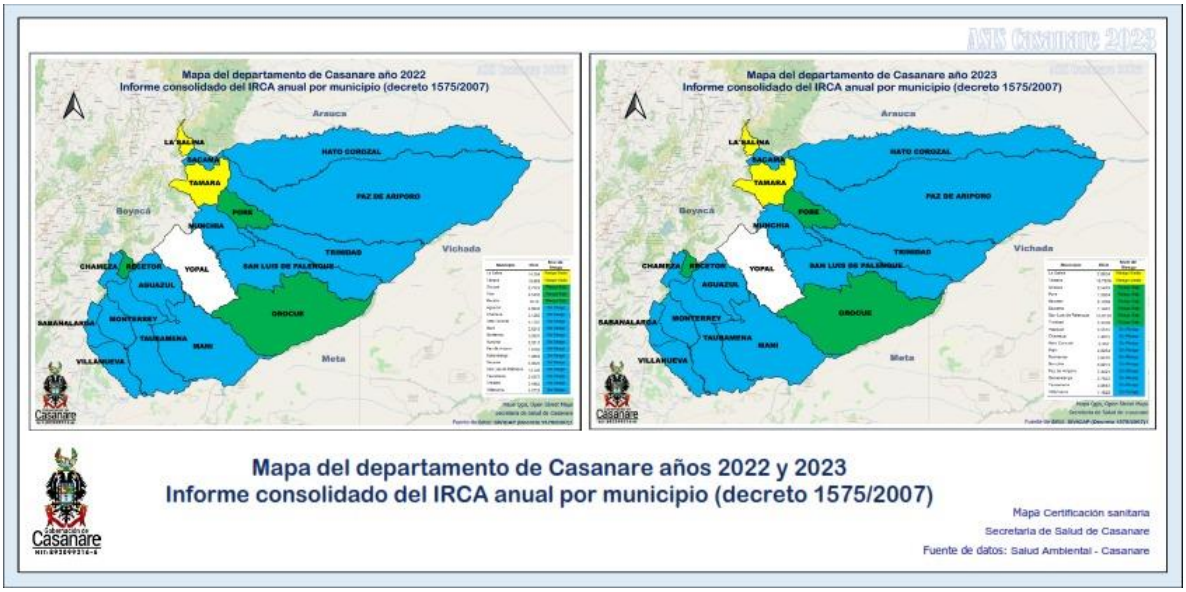
IRCA (%)	Riesgo	IRCA por muestra (Notificaciones que adelantará la autoridad sanitaria de manera inmediata)	IRCA mensual (Acciones)
0,0 - 5,0	Sin Riesgo	Continuar el control y la vigilancia.	Agua apta para consumo humano, Continuar la vigilancia.
5,1 - 14	Bajo	Informar a la persona prestadora y al COVE.	Agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento.
14,1 - 35	Medio	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde y Gobernador.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de la persona prestadora.
35,1 - 80	Alto	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde, Gobernador y a la SSPD.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora y de los alcaldes y gobernadores respectivos.
80,1 -100	Inviable Sanitariamente	Informar a la persona prestadora, al COVE, Alcalde, Gobernador, SSPD, MPS, INS, MAVDT, Contraloría General y Procuraduría General.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora, alcaldes, gobernadores y entidades del orden nacional.

Fuente. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Resolución 2115 de 2007.

Cuando el IRCA en el período evaluado se encuentra entre 0% y 5% se considera apta para el consumo humano y cuando se encuentra entre el 5,1% y el 100% se considera que el agua no es apta para el consumo humano y se procede a realizar las respectivas notificaciones del riesgo a las diferentes instancias para la toma de medidas preventivas y correctivas pertinentes.
De acuerdo a lo descrito, según el Sistema de información para la Vigilancia del agua - SIVICAP el departamento de Casanare para el año 2022 registra un IRCA promedio anual de 7,03% (Riesgo bajo), frente a un IRCA de 5,30 (Riesgo bajo) en el 2021, siendo no apta para el consumo humano susceptible de mejoramiento. En el área urbana, el IRCA departamental fue 5,9% (riesgo bajo),y en la zona rural, el IRCA obtuvo un promedio de 40,12 % (Riesgo alto). Los municipios de Salina, Támara presentaron Riesgo medio en el área urbana y para área rural los municipios de Orocué el IRCA fue con riesgo alto (Mapa 20).
Para el año 2023, se registra un IRCA promedio anual de 6,20% (Riesgo bajo) lo que representa agua no apta para consumo humano, en área urbana el IRCA es de 5,7% (Riesgo bajo) y en área rural

26,44% (riesgo alto), los municipios con riesgo alto continua Orocué y riesgo bajo Salina y Támara. (Mapa 20).

Mapa 20. Promedio de Índice de Calidad del Agua – IRCA, por municipio según área urbana, Casanare 2022 y 2023, corte octubre



Fuente. SIVICAP - Informe consolidado del IRCA anual por departamento y municipio (decreto 1575 de 2027).

Según el informe de diagnóstico de los sistemas de suministro de agua del área rural del departamento de Casanare de la Secretaria de Salud en el programa de Salud Ambiental y Aguas, detalla que la población del área rural del departamento 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 del área rural en su mayoría de casos cuenta planta de tratamiento de agua potable, pero esta no se encuentra en funcionamiento, un seguimiento continuo a cada uno de los sistemas de suministros ubicados en su área, los laboratorios son inexistentes o sin dotación básica para realizar los análisis de control de calidad, por tanto, la población está en riesgo de enfermar a causa del consumo de agua no tratada ni potable, por tanto, es necesario, que los entes territoriales creen estrategias garanticen la calidad y continuidad del servicio de agua potable en la comunidad de las zonas rurales, que se considere proyectos que incluyan la operabilidad a largo plazo, así como socializar con la población la importancia de la calidad del agua y los riesgos de la salud humana a los que está expuesta al consumir agua con características no aceptables.

De otra parte, según información suministrada por la Dimensión de Salud Ambiental de la Secretaria de Salud de Casanare a través del informe de diagnóstico de los sistemas de suministro del agua rural del departamento de Casanare para el 2022 y respecto del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA) acorde al (Decreto 1575 de 2007), Casanare presenta los siguientes indicadores desde 2020 hasta el 2022, en los cuales ostenta sin riesgo en la calidad del agua para consumo humano, sin embargo, si se evalúa por certificación sanitaria se observa una variación entre favorable y favorable con requerimiento, en los diferentes municipios. (Tabla 9, Tabla 10 y Mapa 21).

Tabla 9. Indicadores Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA, Casanare 2020 a 2022

Municipio	Valor Indicador (%IRCA 2020)	Tipo De Riesgo IRCA 2020	Valor Indicador (% IRCA 2021)	Tipo De Riesgo IRCA 2021	Valor Indicador (%IRCA 2022)	Tipo De Riesgo IRCA 2022
Aguazul	0,67	Sin Riesgo	0,38	Sin Riesgo	0,96	Sin Riesgo
Chámeza	17,10	Riesgo Medio	8,09	Riesgo Bajo	3,13	Sin Riesgo
Hato Corozal	6,70	Riesgo Bajo	2,11	Sin Riesgo	4,18	Sin Riesgo
La Salina	4,46	Sin Riesgo	14,16	Riesgo Medio	14,29	Riesgo Medio
Maní	6,91	Riesgo Bajo	1,53	Sin Riesgo	2,82	Sin Riesgo
Monterrey	10,04	Riesgo Bajo	7,46	Riesgo Bajo	3,01	Sin Riesgo
Nunchia	2,14	Sin Riesgo	0,00	Sin Riesgo	2,20	Sin Riesgo
Orocue	0,10	Sin Riesgo	13,57	Riesgo Bajo	6,75	Riesgo Bajo
Paz De Ariporo	4,51	Sin Riesgo	1,42	Sin Riesgo	1,68	Sin Riesgo
Pore	1,98	Sin Riesgo	6,00	Sin Bajo	9,55	Riesgo Bajo
Recetor	5,20	Riesgo Bajo	8,12	Riesgo Bajo	10,18	Riesgo Bajo
Sabanalarga	10,54	Riesgo Bajo	1,75	Sin Riesgo	1,88	Sin Riesgo
Sácama	20,38	Riesgo Medio	0,00	Sin Riesgo	6,88	Riesgo Bajo
San Luis De Palenque	7,11	Riesgo Bajo	10,38	Riesgo Bajo	13,72	Riesgo Bajo
Tamara	16,82	Riesgo Medio	24,27	Riesgo Medio	19,67	Riesgo Medio
Tauramena	1,98	Sin Riesgo	2,48	Sin Riesgo	2,59	Sin Riesgo
Trinidad	7,40	Riesgo Bajo	15,54	Riesgo Medio	3,46	Sin Riesgo
Villanueva	0,16	Sin Riesgo	0,85	Sin Riesgo	0,57	Sin Riesgo
Yopal	1,40	Sin Riesgo	1,64	Sin Riesgo	0,62	Sin Riesgo
Casanare	**3,18**	**Sin Riesgo**	**3,49**	**Sin Riesgo**	**3,03**	**Sin Riesgo**

Fuente: Indicadores de Calidad del Agua, Secretaría de Salud de Casanare, Salud Ambiental.

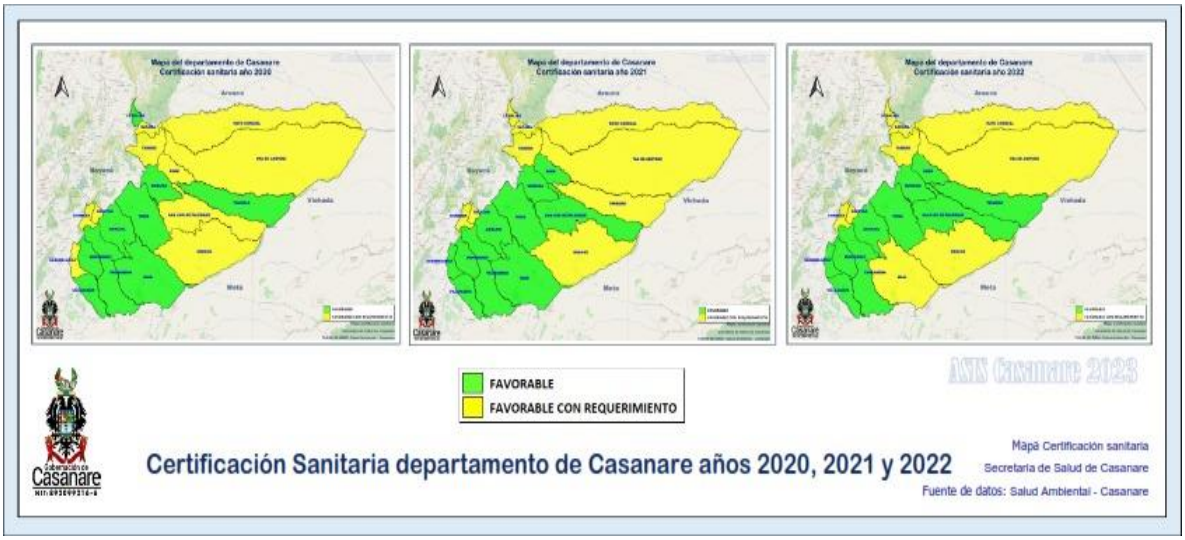
Tabla 10. Indicadores de calidad del agua según certificación sanitaria, Casanare 2020 a 2022

Municipio	Valor indicador 2020	Concepto 2020	Valor indicador 2021	Concepto 2021	Valor indicador 2022	Concepto 2022
Aguazul	2,16	Favorable	5,43	Favorable	4,42	Favorable
Chámeza	22,63	Favorable con requerimiento	17,05	Favorable con requerimiento	15,64	Favorable con requerimiento
Hato corozal	13,57	Favorable con requerimiento	11,45	Favorable con requerimiento	11,48	Favorable con requerimiento
La salina	9,67	Favorable	19,70	Favorable con requerimiento	20,92	Favorable con requerimiento
Maní	9,53	Favorable	9,53	Favorable	11,02	Favorable con requerimiento
Monterrey	6,81	Favorable	6,25	Favorable	1,65	Favorable
Nunchia	2,36	Favorable	3,63	Favorable	3,97	Favorable
Orocue	14,03	Favorable con requerimiento	20,45	Favorable con requerimiento	16,86	Favorable con requerimiento

Municipio	Valor indicador 2020	Concepto 2020	Valor indicador 2021	Concepto 2021	Valor indicador 2022	Concepto 2022
Paz de Ariporo	15,69	Favorable con requerimiento	11,96	Favorable con requerimiento	13,8	Favorable con requerimiento
Pore	12,70	Favorable con requerimiento	6,91	Favorable	6,55	Favorable
Recetor	21,15	Favorable con requerimiento	22,60	Favorable con requerimiento	20,03	Favorable con requerimiento
Sabanalarga	12,02	Favorable con requerimiento	4,66	Favorable	5,34	Favorable
Sácama	18,65	Favorable con requerimiento	14,63	Favorable con requerimiento	16,28	Favorable con requerimiento
San Luis de palenque	24,26	Favorable con requerimiento	8,74	Favorable	8,41	Favorable
Tamara	32,58	Favorable con requerimiento	28,75	Favorable con requerimiento	24,17	Favorable con requerimiento
Tauramena	6,30	Favorable	5,82	Favorable	5	Favorable
Trinidad	5,38	Favorable	11,80	Favorable con requerimiento	8,14	Favorable
Villanueva	7,23	Favorable	2,56	Favorable	1,56	Favorable
Yopal	1,22	Favorable	0,40	Favorable	0,53	Favorable

Fuente: Indicadores de Calidad del Agua, Secretaría de Salud de Casanare, Salud Ambiental.

Mapa 21. Indicadores de calidad del agua según certificación sanitaria, Casanare 2020 a 2022



Fuente: Elaboración propia, Indicadores de Calidad del Agua, Secretaría de Salud de Casanare, Salud Ambiental.

5.2 Contexto poblacional y demográfico

Se representa la caracterización general de la población en los aspectos (tamaño, volumen, estructura poblacional, dinámica demográfica y movilidad) desde una perspectiva demográfica, descripción de pueblos y comunidades étnicas, en que se desarrolla la población del departamento de Casanare y las características particulares que deben ser tenidas en cuenta para la planeación territorial, diseño

e implementación de las políticas públicas. Además, se orienta el análisis respecto de procesos de salud-enfermedad-atención en poblaciones específicas, entendiendo que las poblaciones no son estáticas, y por el contrario fenómenos como las crisis económicas, las guerras, y la misma enfermedad puede generar cambios en la conformación de la población, por tanto, dicha caracterización permite determinar la inversión y costos en el sistema de salud desde el plano nacional, departamental y municipal.

De otra parte, es importante mencionar que la pandemia se presentó con mayor fuerza en los años 2020 y 2021, por ello el DANE realizó una actualización de las proyecciones de población que refleje el efecto de la pandemia COVID-19 en los componentes demográficos, fecundidad, mortalidad y migración.

5.2.1 Población

Dada esta condición catastrófica de la pandemia por COVID 19 se presentan cambios en la dinámica poblacional, que reconfiguran los niveles y estructuras de la población. Con base a la población estimada por el censo DANE 2018, actualización serie ajustada con los efectos del COVID-19, post Covid 19 en marzo de 2023, el departamento de Casanare para el año 2023 tiene 467.775 habitantes, que comparado con el año 2018 ha representado diferencia porcentual de 9,8 para ese entonces correspondía a 420.504 personas. Para el año 2023 dicha población está representada en un 49.8% por mujeres (232.999) y en un 50,2% por los hombres (234.776) cuya relación corresponde a 101 hombres por cada 100 mujeres, para el año 2018 fue de 102 hombres por cada 100 mujeres. El 72,2% (337.972) se encuentra ubicada en las cabeceras municipales y el 27,7% (129.803) en el área rural. Entre los municipios con mayor población podemos mencionar Yopal como ciudad capital que concentra población por ser el centro funcional con mayor oferta de servicios, le siguen: Aguazul, Paz de Ariporo, Villanueva y Tauramena. Los municipios de Hato Corozal, Nunchía, Pore, Recetor, Sabanalarga, San Luís de Palenque y Támara, tienen la mayoría de su población ubicada en el área rural.

La población estimada de Casanare para el año 2035 pasa de 473.315 en la serie proyectada antes de la pandemia a 535.547 en la serie ajustada con los efectos del COVID-19 y para el 2050 pasa de 489.628 a 583.735 habitantes, observándose que el crecimiento no se invierte como si sucede a nivel nacional, en donde para el año 2035 la población estimada pasa de 57.804,147 en la serie proyectada antes de la pandemia a 55.990,158 en la serie ajustada con los efectos del COVID-19. El decrecimiento que inicialmente se proyectaba para 2065 se adelanta 14 años e inicia en 2051.

Según el cambio evolutivo de la población en el departamento, según el censo del año 2005 Casanare tenía 420.337 habitantes, con una mayor proporción en área rural, situación diferente para el Censo 2018 en donde es mayor la población situada en Cabeceras y centros poblados que en el rural disperso. (Tabla 11 y Mapa 22).

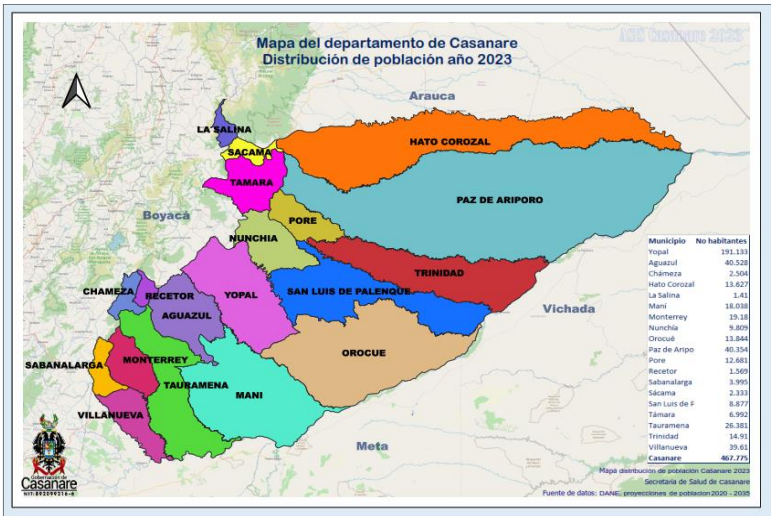
Tabla 11. Distribución de población Proyecciones DANE, según sexo, Casanare, 2023

Municipios	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Aguazul	20212	20316	40528	8,7
Chámeza	1304	1200	2504	0,6

Municipios	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Hato corozal	7091	6536	13627	2,8
La salina	765	645	1410	0,3
Maní	9399	8639	18038	4,0
Monterrey	9492	9688	19180	4,1
Nunchía	5272	4537	9809	2,0
Orocué	7080	6764	13844	2,9
Paz de Ariporo	20430	19924	40354	8,6
Pore	6481	6200	12681	2,8
Recetor	852	717	1569	0,4
Sabanalarga	2037	1958	3995	0,8
Sácama	1189	1144	2333	0,5
San Luis de palenque	4531	4346	8877	1,9
Tamara	3700	3292	6992	1,5
Tauramena	13241	13140	26381	5,8
Trinidad	7532	7378	14910	3,1
Villanueva	20018	19592	39610	8,3
Yopal	94150	96983	191133	40,8
Casanare	**234.776**	**232.999**	**467.775**	**100,0**

Fuente: DANE. Elaboración a partir de Proyecciones de población 2018 – 2050.

Mapa 22. Distribución de población, Casanare 2023.



Fuente: DANE. Proyecciones de población 2018 – 2050 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Según el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales SISBEN a corte 30 de agosto de 2023, el departamento de Casanare tiene 363.805 habitantes, que comparado con las proyecciones Censo DANE 2018, para el año 2023 se observa una diferencia de 103.970 habitantes menos, con una diferencia en mujeres del 45.147 y en hombres 58.828, debido a que el 100% de la población no accede a las encuestas de Sisbén, dado que éste es un ejercicio de demanda y por lo tanto no todas las personas solicitan ser encuestadas para acceder a beneficios del estado, y además, se encuentra la dificultad operativa de la aplicación de la encuesta en campo (acceso). (Tabla 12).

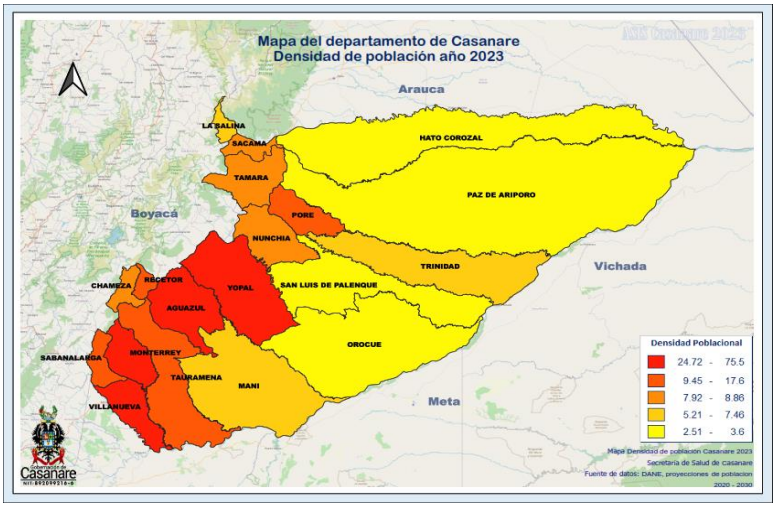
Tabla 12. Distribución de población Sisbén, según sexo y curso de vida, Casanare, corte 30 agosto 2023

Municipio	CURSO DE VIDA												Total
	Adolescencia		Adultez		Infancia		Juventud		Primera Infancia		Vejez		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Aguazul	2100	2031	5972	7000	2062	1923	2954	3378	2025	1860	1607	1489	**34401**
Chámeza	140	119	447	423	141	129	167	228	108	123	149	128	**2302**
Hato corozal	703	604	1869	1741	693	658	824	915	629	586	603	484	**10309**
La salina	88	75	204	192	73	72	99	97	52	68	55	66	**1141**
Maní	844	813	2677	2759	867	816	1141	1410	1011	969	805	686	**14798**
Monterrey	962	924	2778	3321	937	931	1293	1527	851	866	818	810	**16018**
Nunchía	499	518	1518	1393	509	477	709	711	472	452	506	426	**8190**
Orocué	636	636	1883	1776	652	585	817	821	583	545	545	480	**9959**
Paz de Ariporo	2288	2357	6438	6772	2432	2247	2998	3354	2368	2214	1805	1762	**37035**
Pore	824	767	2002	2155	836	726	934	1136	841	723	597	520	**12061**
Recetor	81	74	272	257	82	67	120	135	69	62	117	83	**1419**
Sabanalarga	216	207	612	694	179	159	299	297	155	153	209	226	**3406**
Sácama	98	101	303	291	85	83	133	139	83	78	98	80	**1572**
San Luis de palenque	586	475	1705	1570	553	552	740	749	519	472	484	402	**8807**
Támara	415	398	1105	973	465	388	537	543	426	417	381	354	**6402**
Tauramena	1493	1445	4305	4708	1471	1398	2151	2515	1380	1356	924	910	**24056**
Trinidad	849	751	2153	2266	824	850	897	1123	770	725	625	562	**12395**
Villanueva	2119	2114	6389	6857	2060	1924	3196	3663	2225	2051	1485	1331	**35414**
Yopal	7943	8006	19651	26857	7320	7202	9990	12913	7239	6930	4927	5142	**124120**
Total	**22.884**	**22.415**	**62.283**	**72.005**	**22.241**	**21.187**	**29.999**	**35.654**	**21.806**	**20.650**	**16.740**	**15.941**	**363.805**

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Base datos Sisbén, 30 agosto 2023.

El reconocimiento de la densidad poblacional con relación a la extensión del territorio, permite prever en el departamento, dentro de la combinación del análisis demográfico y de salud; quienes, y donde se concentra la carga de la enfermedad, así como otros impactos sociales y de salud. En Casanare se estiman 10.4 personas por cada kilómetro cuadrado de extensión. El municipio con mayor densidad poblacional es Yopal a diferencia de Hato Corozal que presenta la densidad más baja. (Mapa 23).

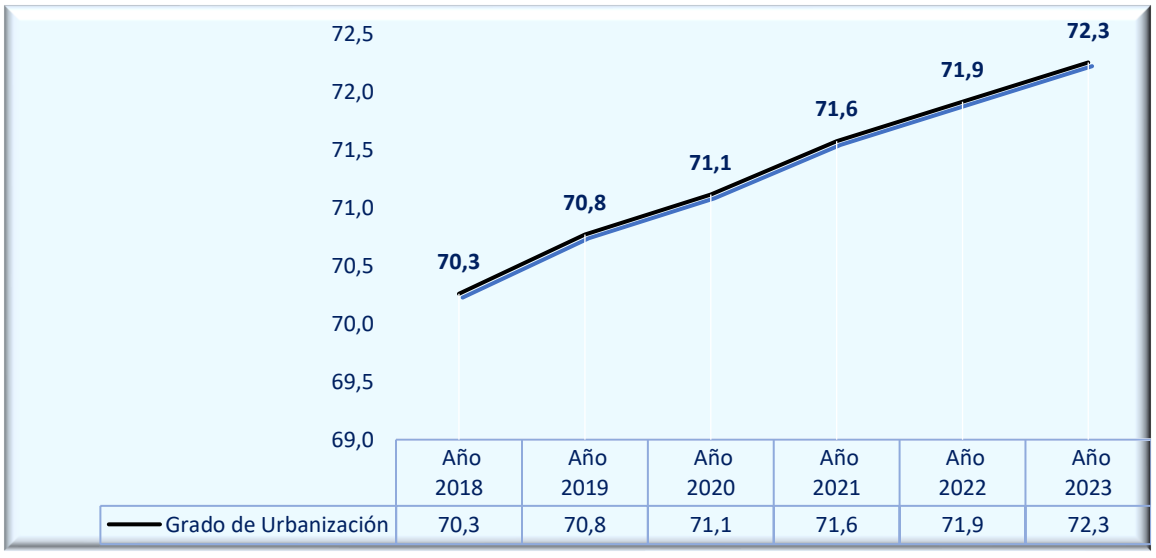
Mapa 23. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado, Casanare, 2023



Fuente. DANE. Estimaciones proyecciones de población 2018-2050 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad, ajuste Post Covid.

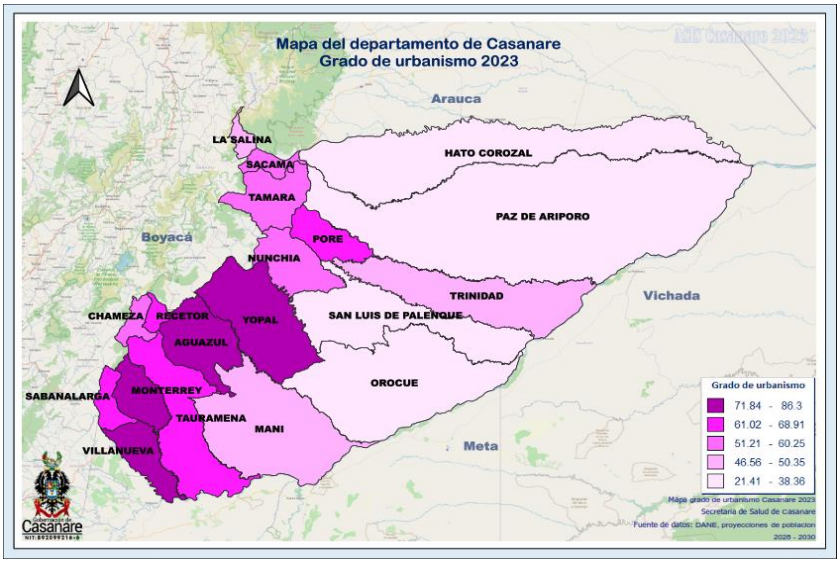
Según las proyecciones DANE Censo 2018 post Covid 19, para el año 2023 se observa que el 72,25% (337.972) de los habitantes reside en las áreas urbanas del departamento, con un aumento de aproximadamente 0,31 puntos porcentuales respecto del año 2022 y se espera que continúe creciendo como ha sucedido en los últimos 5 años; comparado con el histórico, se puede apreciar como el grado de urbanización ha venido en un acelerado aumento desde 1985 con 48,78%, para el año 2005 un 68% y con un 70,3% para el año 2018, lo cual ha obedecido probablemente a la migración interna, búsqueda de bienestar y mejores condiciones de vida. (Figura 5) (Mapa 24).

Figura 5. Porcentaje de urbanización. Casanare 2018 - 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estimaciones de población DANE proyecciones de población 2018 – 2050, ajuste Post Covid.

Mapa 24. Grado Urbanismo, Casanare, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estimaciones de población DANE proyecciones de población 2018 – 2050, ajuste Post Covid.

El municipio con mayor grado de urbanismo es Yopal (48,88%), seguido por Aguazul (8,87%), Villanueva (8,85%) y Paz de Ariporo (8,26%) mientras que los de menor proporción de urbanismo son Recetor (0,10%), Salina (0,21%) Sácama (0,35%) y Chámeza (0,45%) (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de población Proyecciones DANE, según área y sexo, Casanare, 2023

Municipios	Urbano			Rural			Total			
	Hombres	Mujeres	%	Hombres	Mujeres	%	Hombres	Mujeres	Total	%
Aguazul	14640	15349	8,87	5572	4967	8,12	20212	20316	40528	8,66
Chámeza	760	768	0,45	544	432	0,75	1304	1200	2504	0,54
Hato corozal	3258	3117	1,89	3833	3419	5,59	7091	6536	13627	2,91
La salina	382	328	0,21	383	317	0,54	765	645	1410	0,30
Maní	6119	6149	3,63	3280	2490	4,45	9399	8639	18038	3,86
Monterrey	6533	7245	4,08	2959	2443	4,16	9492	9688	19180	4,10
Nunchía	1304	1213	0,74	3968	3324	5,62	5272	4537	9809	2,10
Orocue	3234	3212	1,91	3846	3552	5,70	7080	6764	13844	2,96
Paz de Ariporo	13566	14240	8,23	6864	5684	9,67	20430	19924	40354	8,63
Pore	3817	3823	2,26	2664	2377	3,88	6481	6200	12681	2,71
Recetor	160	176	0,10	692	541	0,95	852	717	1569	0,34
Sabanalarga	987	1059	0,61	1050	899	1,50	2037	1958	3995	0,85
Sácama	621	626	0,37	568	518	0,84	1189	1144	2333	0,50
San Luis de palenque	1653	1752	1,01	2878	2594	4,22	4531	4346	8877	1,90
Tamara	899	944	0,55	2801	2348	3,97	3700	3292	6992	1,49
Tauramena	8220	8710	5,01	5021	4430	7,28	13241	13140	26381	5,64
Trinidad	4014	4236	2,44	3518	3142	5,13	7532	7378	14910	3,19
Villanueva	14963	14946	8,85	5055	4646	7,47	20018	19592	39610	8,47
Yopal	79790	85159	48,81	14360	11824	20,17	94150	96983	191133	40,86
Casanare	**164920**	**173052**	**100**	**69856**	**59947**	**100**	**234776**	**232999**	**467775**	**100**

Fuente: DANE. Proyecciones de población 2018 – 2050, ajuste Post Covid.

Esto explica que la población dispersa y dispuesta en los asentamientos rurales ha tenido un movimiento o migración neta desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas, específicamente en los municipios más poblados y con mayor desarrollo económico, posiblemente en busca de una mejor educación para sus hijos, mejor calidad de vida respecto del acceso a los servicios de salud, servicios públicos, oportunidades laborales en los diferentes sectores y por situaciones de inseguridad y violencias en el campo, dejando su principal actividad económica como la agricultura por otras actividades de tipo industrial y de oficina, lo cual conlleva que se generen muchas necesidades básicas insatisfechas en ésta población, dado que sus condiciones educativas y socioeconómicas no les permiten adaptarse al medio urbano, por tanto, deben acudir a los asentamientos poblacionales, generando pobreza extrema en sus núcleos familiares y desarrollando problemáticas en salud pública, como la proliferación de plagas y vectores, desnutrición, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Además, de generar un cambio abrupto en el ordenamiento territorial de los municipios.

5.2.2 La población víctima

El desplazamiento forzado interno genera situaciones de vulnerabilidad y puede contribuir al deterioro de la salud de las personas.

Según el informe de Movilidad Humana Forzada en Colombia - 2022 de la Defensoría delegada para los Derechos de la Población en Movilidad Humana, según lo consignado en los 13 boletines de 2022, no se observó desplazamientos masivos forzados, sin embargo, las dinámicas de confinamiento aumentaron, lo que significa que también se incrementan los repertorios de control violento ejercido por los grupos armados ilegales.
De acuerdo a los datos asentados en el Registro Único Victimas con corte al 31 de octubre de 2023, en el departamento de Casanare se registran 21,13 (96.734) eventos, 21,02% (96.194) victimas declaración, el 20,62% (94.396) víctimas ubicación, el 19,51% (89.298) víctimas ocurrencia y 17,71% (81.080) sujetos de atención. Por hecho victimizantes el 68,83% fue por desplazamiento forzado, el 14,83% por homicidio y el 7,75% por amenaza. (Tabla 14).

Tabla 14. Victimas por Hecho victimizantes, Casanare, corte 31 de octubre de 2023

Hechos victimizantes	Víctimas de ocurrencia	Victimas declaración	Víctimas ubicación	Sujetos de atención	Eventos	Total	%
Acto terrorista	7	557	515	463	552	2094	0,46
Amenaza	6274	8048	7179	6906	7050	35457	7,75
Delito contra la integridad y la libertad sexual en desarrollo del conflicto armado	383	390	398	390	415	1976	0,43
Desaparición forzada	4719	4341	3697	3174	5089	21020	4,59
Desplazamiento forzado	60285	65141	67650	57061	64905	315042	68,83
Homicidio	15016	14676	11881	10279	16019	67871	14,83
Minas antipersonal	107	176	148	139	109	679	0,15

Secuestro	800	580	551	460	823	3214	0,70
Tortura	181	227	176	157	187	928	0,20
Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	213	165	199	195	225	997	0,22
Abandono forzado de tierras	49	0	95	88	49	281	0,06
Perdida de bienes	976	1507	1363	1247	1012	6105	1,33
Lesiones personales físicas	147	249	186	177	147	906	0,20
Lesiones personales psicológicas	124	135	138	132	125	654	0,14
Confinamiento	0	0	92	92	0	184	0,04
Sin información	17	2	128	120	27	294	0,06
Casanare	**89.298**	**96.194**	**94.396**	**81.080**	**96.734**	**457.702**	**100,00**

Fuente: Registrados en Registro Único Victimas 2023: https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas.

Con base en la información del Cubo CU - Registro Único Victimas 2023, cuyos hechos victimizantes ocurrieron desde 1985 a 30 de junio de 2023, el Departamento de Casanare cuenta con un acumulado de 74.091 personas víctimas las cuales representan el 0,85% de la población víctima del país, porcentaje que año tras año, se incrementa, según el sexo, el 50,0% (37.042) son mujeres y 49,75% (36.860) Hombres y 0,19 % (141) no definidos y 0,06% (48) no reportados. (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución de Población Victima del Conflicto Armado, Casanare 1985 a 2023

Departamento	Quinquenios	Femenino	Masculino	No definido	NR - no reportado	Total
Casanare	De 0 a 04 años	374	388	0	0	762
	De 05 a 09 años	2.077	2.257	37	0	4.371
	De 10 a 14 años	2.808	3.083	61	5	5.957
	De 15 a 19 años	3.330	3.457	0	3	6.790
	De 20 a 24 años	3.286	3.304	0	12	6.602
	De 25 a 29 años	3.693	3.992	0	0	7.685
	De 30 a 34 años	3.496	3.575	0	0	7.071
	De 35 a 39 años	3.189	3.064	0	0	6.253
	De 40 a 44 años	3.100	2.600	0	0	5.700
	De 45 a 49 años	2.676	2.478	0	0	5.154
	De 50 a 54 años	2.382	2.209	0	0	4.591
	De 55 a 59 años	1.810	1.738	0	0	3.548
	De 60 a 64 años	1.493	1.437	0	0	2.930
	De 65 a 69 años	1.078	1.039	0	0	2.117
	De 70 a 74 años	792	728	0	0	1.520
	De 75 a 79 años	566	555	0	0	1.121
	De 80 años o más	887	948	0	0	1.835
	No Definido	4	0	2	0	6
	No Reportado	1	8	41	28	78
Casanare		**37.042**	**36.860**	**141**	**48**	**74.091**

Fuente: Registro Único de Victimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 08 junio de 2023.

Por su parte, en la tabla 16, se observa que el 1,56% corresponde a población victima por pertinencia étnica, el 1,4% a población indígena, Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente.

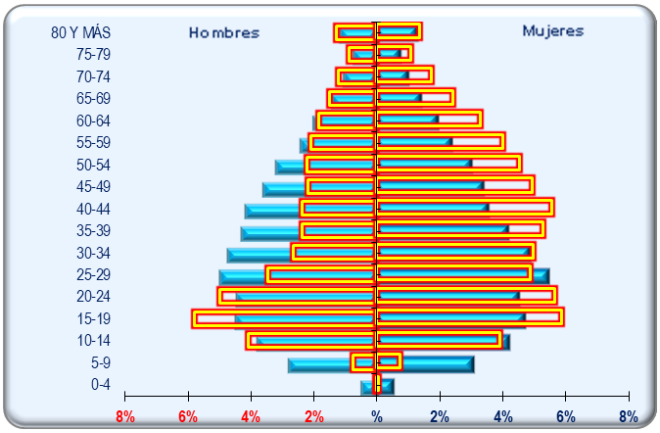
Tabla 16. Distribución de Población Victima del Conflicto, según etnia afectada, Casanare 2023

Departamento	Etnia	Femenino	Masculino	No definido	NR - no reportado	Total
Casanare	1 - Indígena	570	508	1	1	1.080
	3 - Raizal (San Andrés y providencia)	34	33			67
	4 - Palenquero de san basilio	6	9			15
	No definido	36.433	36.310	140	47	72.930
Total		**37.042**	**36.860**	**141**	**48**	**74.091**

Fuente: Registro Único de Victimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 08 junio de 2023.

Según la Pirámide Poblacional con corte a 30 de junio de 2023, se presenta un acumulado de 73.889 personas víctimas, la mayor proporción de desplazados se registra en el grupo de 25 a 29 años. La pirámide poblacional de la población desplazada muestra un predominio de los grupos laboralmente activos, siendo el grupo etario de mayor proporción el de 25 a 29 años, el comportamiento entre hombres y mujeres es muy similar, mostrándose el sexo femenino levemente superior en los rangos de 0 a 34 años, momento a partir del cual, el sexo masculino supera el comportamiento hasta los 79 años, incrementándose en los de 80 y más años la población del sexo masculino. (Figura 6 y Tabla 17).

Figura 6. Pirámide y estructura población víctima del conflicto armado, Casanare, 1985 a 2023



Fuente: Registro Único de Victimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 08 junio de 2023.

Tabla 17. Estructura población víctima del conflicto armado, Casanare, 1985 a 2023

Grupo de edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total
0-4	374	0,51	388	0,53	762

5-9	2077	2,81	2257	3,05	4334
10-14	2808	3,80	3083	4,17	5891
15-19	3330	4,51	3457	4,68	6787
20-24	3286	4,45	3304	4,47	6590
25-29	3693	5,00	3992	5,40	7685
30-34	3496	4,73	3575	4,84	7071
35-39	3189	4,32	3064	4,15	6253
40-44	3100	4,20	2600	3,52	5700
45-49	2676	3,62	2478	3,35	5154
50-54	2382	3,22	2209	2,99	4591
55-59	1810	2,45	1738	2,35	3548
60-64	1493	2,02	1437	1,94	2930
65-69	1078	1,46	1039	1,41	2117
70-74	792	1,07	728	0,99	1520
75-79	566	0,77	555	0,75	1121
80 y Más	887	1,20	948	1,28	1835
Casanare	**37.037**	**50,13**	**36.852**	**49,87**	**73.889**

Fuente: Registro Único de Victimas, Corte 30 septiembre de 2023

Igualmente, la información presentada, permite determinar que la población víctima del conflicto Armado, se concentra en mayor porcentaje en la capital, Yopal, la cual concentra el 49,88% de la población víctima del Departamento, seguido de los municipios de Villanueva con el 9,49%, Aguazul con 8,09% y Paz de Ariporo con 7,90%. El resto de esta población se concentra en todos los demás municipios del departamento, los municipios con menor concentración de población víctima son La Salina, Sabanalarga, Sácama, Recetor y Nunchía (Tabla 18).

Tabla 18. Estructura población víctima del conflicto armado, por municipios de Casanare, 2023

Municipio	Femenino	%	Masculino	%	No definido	%	NR - No Reportado	%	Total	%
Yopal	15.348	20,72	14.877	20,08	47	0,06	19	0,03	30.291	40,88
Aguazul	3.005	4,06	2.973	4,01	9	0,01	5	0,01	5.992	8,09
Chámeza	686	0,93	781	1,05	3	0,00	2	0,00	1.472	1,99
Hato Corozal	1.214	1,64	1.205	1,63	6	0,01	2	0,00	2.427	3,28
La Salina	90	0,12	79	0,11	0	0,00	0	0,00	169	0,23
Maní	1.807	2,44	2.338	3,16	4	0,01	3	0,00	4.152	5,60
Monterrey	1.399	1,89	1.365	1,84	8	0,01	2	0,00	2.774	3,74
Orocué	575	0,78	631	0,85	1	0,00	1	0,00	1.208	1,63
Paz de Ariporo	3.039	4,10	2.807	3,79	7	0,01	3	0,00	5.856	7,90
Nunchía	350	0,47	436	0,59	2	0,00	0	0,00	788	1,06
Pore	1.049	1,42	1.074	1,45	6	0,01	0	0,00	2.129	2,87
Sabanalarga	297	0,40	248	0,33	1	0,00	0	0,00	546	0,74
Recetor	356	0,48	409	0,55	1	0,00	0	0,00	766	1,03
Sácama	350	0,47	355	0,48	6	0,01	0	0,00	711	0,96
San Luis de Palenque	457	0,62	424	0,57	4	0,01	1	0,00	886	1,20
Tamara	432	0,58	450	0,61	7	0,01	0	0,00	889	1,20
Tauramena	2.417	3,26	2.287	3,09	8	0,01	6	0,01	4.718	6,37
Trinidad	697	,94	584	,79	2	0,00	0	0,00	1.283	1,73
Villanueva	3.474	4,69	3.537	4,77	19	0,03	4	0,01	7.034	9,49
Casanare	**37.042**	**50,00**	**36.860**	**49,75**	**141**	**0,19**	**48**	**0,06**	**74.091**	**100,00**

Fuente: Registro Único de Victimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 08 junio de 2023.

5.2.3 Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas

La pertinencia étnica se refiere a la identificación de las personas como integrantes de uno de los grupos étnicos legalmente reconocidos y que cumplen con los siguientes criterios de identificación: el más importante es el auto - reconocimiento (identidad étnica), seguido por la lengua, usos y costumbres, la territorialidad y los rasgos físicos, razón por la cual, el censo 2018 planteó la pertinencia a los diferentes grupos étnicos

El criterio de auto - reconocimiento de cada persona registrada, fue del 4,53% (13.035 personas) del total de los habitantes del departamento, de los cuales se consideran indígenas el 1,81% (6.893 habitantes) y 1,60% (6.089 habitantes) Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afro descendiente, un porcentaje alto de esta población han migrado al Departamento por diferentes causas entre las cuales se encuentra la Violencia en sus territorios, el Desplazamiento forzado, oportunidades laborales y estudio entre otras causas. (Tabla 19).

Tabla 19. Autorreconocimiento de Población por pertenencia étnica. Casanare 2018

Autorreconocimiento étnico	Casos	%	% Acumulado
Indígena	6893	1.81%	1.81%
Gitano(a) o Rom	12	0.00%	1.82%
Raizal del Archipielago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	28	0.01%	1.82%
Palenquero(a) de San Basilio	13	0.00%	1.83%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	6 089	1.60%	3.43%
Ningún grupo étnico	362 648	95.46%	98.89%
No informa	4 209	1.11%	100.00%
Total	379 892	100.00%	100.00%

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 | DANE | Colombia Procesado con Redatam WebServer | CEPAL/CELADE | 2007-2020.

En el departamento, existen los siguientes pueblos indígenas (Cuiva, saliva y Uwa (Tunebo)), distribuido en las siguientes etnias; Amorua, Cuiva, Masiguare, Sáliva, Sikuani, Tsiripu, Wipiwi, Yamalero y Yaruro. Los Sálivas son la etnia mayoritaria, mientras que los Yamaleros son la etnia minoritaria. La etnia de los casanareños es mayoritariamente mestiza, con presencia de inmigrantes de otras regiones del país, pero el porcentaje de la etnia indígena es significativa con 5.536 personas distribuidas en los siguientes grupos étnicos: Kuiba con 2.204 personas; Sikuani con 444 personas; Mjasivware con 416 personas, Amorua con 178 personas, Tsirapu con 163 personas y Salivas con 1.668 personas (este grupo el más grande). Según el listado censal de ADRES se observan (Tabla 20, Tabla 21, Tabla 22 y Mapa 25).

Tabla 20. Población indígena, según resguardo, comunidad y sexo, Casanare, 2023 corte 31 octubre

Resguardo	Comunidad	Femenino	Masculino	Total
Caño mochuelo	**Subtotal**	**1.751**	**1.867**	**3.618**
	Belen de la mañanita	25	24	49
	Betania	83	73	156
	Getsemani	213	252	465

Resguardo	Comunidad	Femenino	Masculino	Total
	Guafiyal	38	49	87
	La esmeralda	145	146	291
	Mardue	86	92	178
	Merey	79	90	169
	Mochuelo	396	436	832
	Morichito	298	289	587
	Quinto patio	20	20	40
	San José	218	222	440
	Topochales	28	29	57
	Tsamani	23	24	47
	Unuma "el calvario"	52	50	102
	Walakanü tomara	47	71	118
Chaparral Barronegro	**Subtotal**	**292**	**331**	**623**
	Campo hermoso	124	118	242
	Casirva	33	32	65
	Chaparral	50	65	115
	Corozo	51	69	120
	Guaraque	34	47	81
Orocue	**Subtotal**	**1.053**	**1.139**	**2.192**
	El consejo	184	206	390
	El duya	277	306	583
	Macucuana	78	90	168
	Madano		1	1
	Medano	83	91	174
	Paravare	73	88	161
	Saladillo	49	53	102
	San Juanito	247	249	496
	Suspiro	62	55	117
Casanare		**3.096**	**3.337**	**6.433**

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por referente del programa Secretaría de Salud Departamental, Censo Adres corte 31 octubre de 2023.

Tabla 21. Población indígena, según resguardo, edad y sexo, Casanare, 2023 corte 31 octubre

Grupo	Caño mochuelo		Caño mochuelo	Chaparral Barronegro		Chaparral Barronegro	Orocue		Orocue	Total
	F	M		F	M		F	M		
Menor a 1	9	5	14	2	4	6	13	13	26	46
De 1 a 5	162	163	325	48	59	107	128	121	249	681
De 6 a 11	312	332	644	46	50	96	167	147	314	1054
De 12 a 17	276	315	591	49	47	96	114	147	261	948
De 18 a 27	368	367	735	63	72	135	212	224	436	1306
De 28 a 44	375	381	756	48	65	113	248	266	514	1383
De 45 a 59	154	170	324	20	21	41	88	136	224	589

Mayor de 60	95	134	229	16	13	29	83	85	168	426
Total	**1751**	**1867**	**3618**	**292**	**331**	**623**	**1053**	**1139**	**2192**	**6.433**

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por referente del programa Secretaría de Salud Departamental, Censo Adres corte 31 octubre de 2023.

Tabla 22. Población indígena, municipio y resguardo, Casanare 2023 corte 31 octubre

Municipio	Caño mochuelo	Chaparral Barronegro	Orocue	Total
Orocué	7	0	1.981	1.988
Hato corozal	1.723	171	2	1.896
Paz de Ariporo	1.297	1	5	1.303
Sácama	0	248	0	248
Tamara	1	192	3	196
Yopal	64	0	88	152
San Luis de palenque	1	0	7	8
Trinidad	0	0	7	7
Pore	0	0	7	7
Aguazul	2	0	3	5
Villanueva	2	0	2	4
Maní	1	0	1	2
Monterrey	1	0	1	2
Nunchía	0	0	1	1
Recetor	1	0	0	1
Sabanalarga	1	0	0	1
Otros municipios	517	11	84	612
Total	**3.618**	**623**	**2.192**	**6.433**

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por referente del programa Secretaría de Salud Departamental, Censo Adres corte 31 octubre de 2023.

Según los listados censales indígenas en Casanare existen 4.081 indígenas registrados, de las cuales el 51,2% se ubican en el municipio de Hato corozal con los resguardos de Caño mochuelo y Chaparral Barronegro. (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de población indígena por municipio, resguardo comunidad, según listados censales, Casanare, 2023

Municipio	Resguardo	Comunidad	Total
Hato corozal	Caño mochuelo	Mardue	192
		Mochuelo	797
		Morichito	519
		Tsamani	442
	Chaparral Barronegro	Campo hermoso	11
		Casirva	55
		Chaparral	105
		Corozo	2
Total Hato corozal			**2123**
Paz de Ariporo	Caño mochuelo	Belén de la mañanita	78
		Betania	154
		Guafiyal santa maría	78
		La esmeralda	276

Municipio	Resguardo	Comunidad	Total
		Merey	163
		Quinto patio	41
		San José	407
		Topochales	50
		Üalakanü tomara	145
		Unuma "el calvario"	113
	Chaparral Barronegro	Corozo	1
Total Paz de Ariporo			**1506**
Sácama	Chaparral Barronegro	Campo hermoso	227
		Casirva	9
		Chaparral	9
		Corozo	5
		Guaraque	7
Total Sácama			**257**
Tamara	Chaparral Barronegro	Campo hermoso	4
		Casirva	1
		Chaparral	1
		Corozo	114
		Guaraque	75
Total Támara			**195**
Total			**4.081**

Fuente: Elaboración propia, datos tomados de listados censales de Secretaría de Gobierno Departamental.

Según el "diagnóstico diferencial Mardue", Resguardo Caño Mochuelo - Convenio Interadministrativo No. 280 de 2019 Suscrito entre la Nación – Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Artesanías de Colombia, S.A, las comunidades étnicas indígenas residentes en el resguardo Caño Mochuelo, tiene la característica de ser un resguardo interétnico, con una población aproximada de 3.500 personas, en este conviven 14 comunidades de 10 pueblos indígenas diferentes: Sáliba, Amorúa, Yaruro, Waüpijiwi, Yamalero, Tsiripu, Maibén masiware, Sikuani, Piapoco y Cuiba Wamonae (PlandeSalvaguarda), este último al que pertenecen las artesanas de la comunidad de Mardue. La comunidad de Mardue se encuentra entre el río Casanare y el Ariporo, en el extremo occidental del resguardo dentro del municipio de Hato Corozal. En ella habitan aproximadamente 39 familias indígenas de las 385 del pueblo Wamonae al que pertenece (corredores culturales de conservación para la pervivencia de los pueblos indígenas de Caño Mochuelo), los Cuiba Wamonae, son un pueblo originalmente de vida nómada, como cazadores recolectores se movilizaban estacionalmente, de acuerdo con el régimen de lluvias y los recursos locales, acampando por breves temporadas, este pueblo vivió el proceso de colonización por parte de los jesuitas en los siglos XVII y XVIII, también un periodo violento en el siglo XIX con la migración de colonos y la fundación de Cravo Norte en localización actual hace parte de un largo proceso de persecución y de masacres de las cuales fueron víctimas, llamadas "Guahibadas" que implicaba ir a "cuiviar" o "guajibiar", es decir, cazar indios con el fin de utilizar el espacio para introducir ganado; además, durante el siglo XIX hasta mediados del siglo XX, fue una práctica social, institucionalmente promovida por parte de la avanzada colonizadora a los Llanos Orientales según lo indica el Ministerio de Cultura. Luego, a partir de la injerencia de dos mujeres extranjeras del Instituto Lingüístico de Verano (Misión evangélica), comenzaron a buscar su propio territorio y, no fue sino hasta mediados de los años 80's que lograron obtener este espacio de reserva denominado Resguardo de Caño Mochuelo. En el cual poco a poco se ha venido generando

cambios en su estructura social, económica, cultural, política y organización comunitaria, pues luego de ser reconocido parte del territorio tradicional de estos pueblos como Reserva Indígena de Caño Mochuelo, empezaron un proceso de adaptación a la de vida estática.

Esta comunidad tiene asilamiento y dificultad del acceso, ya que para llegar hay que hacerlo desde Cravo Norte, por agua en época de lluvia y por tierra desde el Hato Corozal en época secas, lo cual ha generado una poca intervención de parte de la institucionalidad como las Alcaldías de Hato Corozal, Paz de Ariporo y la Gobernación de Casanare, generando un sentimiento de ausencia. Además, presenta problemas de infraestructura, no cuentan con una fuente de energía para todos, la mayoría de las casas tienen techos cubiertos por palma de moriche, otras cuentan con zinc, con fachadas cubiertas con plástico, con lonas o totalmente descubiertas, están provistas de fogones de leña y carbón, y duermen sobre chinchorros cubiertos por mosquiteros. Cada hogar está conformado por familias extensivas que involucran entre 3 o 5 familias en una misma casa, no cuentan con centro educativo, ni centro de salud cercano que los atienda. Sociopolíticamente la comunidad es liderada por un capitán general y lo siguen otros cuatro capitanes que están encargados de temas específicos, actualmente acceden a la medicina tradicional y también medicina occidental.

Por otro lado, es importante mencionar que existen dos elementos culturales importantes que fortalecen el tejido comunitario de Caño Mochuelo: el primero, *Unumá* hace referencia al trabajo comunitario; y el segundo es la *Guaquena* que se refiere a la caza o pesca, y consiste en compartir un pedazo de lo obtenido con las demás familias de la comunidad, tanto *Unumá* como *Guaquena* son conceptos que muestran la importancia de la vida comunitaria y de la necesidad de mantener unos valores de intercambio entre ellos mismos. A pesar de su historia de violencia, persecución y desplazamiento, este pueblo ha mantenido bastantes elementos de su vida como un pueblo indígena que tiene una organización socio-política organizada y que vela por la vida comunitaria de todos sus habitantes. Las principales actividades de la comunidad son la caza, la pesca y la recolección, aunque estas no son suficientes para su sustento. Utilizan arco y flecha tanto para la pesca como para la caza de venados, soches, chigüiros, pecarís y lapas, diariamente recolectan frutos y tubérculos silvestres, miel, huevos de tortuga, iguana y aves. Tienen también pequeños huertos donde siembran yuca, batata, ñame, caña de azúcar, mango, piña, tabaco y achiote. Los Cuiba poco a poco han ido integrando la ganadería y la agricultura, pero esto se ha desarrollado de una manera incipiente; además gran parte de las tierras del resguardo no son aptas para estas actividades de forma intensiva y carecen de espacio suficiente para ello.
Dentro de sus prácticas culturales más relevantes se encuentran los rezos, pues los tienen orientados a diferentes temáticas y con diferentes intenciones, el rezo del pescado, de la carne, la masa de yuca, el café y de las mismas artesanías, son algunos de estos, sobre esta práctica y la transmisión de la misma.
Este grupo artesanal fue vinculado bajo la figura GPA Resolución Sujetos de Reparación Colectiva, los sujetos colectivos de reparación son comunidades, grupos u organizaciones que han presentado algún tipo de daño colectivo debido al conflicto armado, “afectaciones negativas en el contexto social, comunitario o cultural “.

En los resguardos de Orocue, de acuerdo a la memoria “biocultural de la etnia sáliba, resguardo el suspiro, se encuentra el pueblo sáliba”, año 2018, esta cultura ha sufrido una erosión muy marcada a

lo largo de los años, la cual se debe a su convivencia diaria con comunidades occidentales, las cuales han llevado a que los Sáliba hayan ido sustituyendo sus costumbres y olvidándolas poco a poco, en la adopción de formas de vida similares a las comunidades occidentales como el acceso a elementos tecnológicos como la televisión y la radio, suprimiendo con estos los momentos familiares y rompiendo tiempos clave de transmisión de enseñanza como las horas de consumir los alimentos y las horas de la noche; en los trabajos realizados para sustentar su economía dado que no trabajan en sus cultivos sino en otras fincas, pues son muy pocas las familias que viven de la agricultura en sus casas debido a que la gran mayoría prefieren ir a trabajar a otros lugares y ganar dinero para su sustento. Este espacio atenta contra el principio de autonomía de los resguardos indígenas porque se vulnera la capacidad de permear su cultura a las externalidades que día a día los aproxima más a la modernidad occidental; por ejemplo pocas personas saben elaborar mañoco y casabe, y no muchas están interesadas en aprender, ya que prefieren comprar otro tipo de comida; de ahí que han perdido gran parte de su herencia cultural, tradicional y espiritual respecto a su alimentación; tanto así que algunos jóvenes ni siquiera quieren comer lo tradicional. La comunidad dentro de la dieta consumida únicamente produce 8 alimentos y 16 son comprados en el municipio cercano; los alimentos producidos y/o conseguidos dentro del resguardo son yuca, plátano, pescado, chigüiro, cachicamo, mañoco, casabe, limón; mientras que en los comprados se encuentran arroz, papa, granos, pasta, panela, azúcar, café, aceite, verduras, sal y chocolate.
Respecto a sus procesos espirituales, las generaciones presentes en el resguardo recuerdan ser católicos desde antaño y dicen no tener conocimiento del momento en el que se realizó la evangelización por parte de los jesuitas ni cuáles eran sus creencias antes de ser católicos. Las fiestas celebradas son las mismas de la Iglesia católica, teniendo mayor énfasis en la Semana Santa y la Navidad donde son acompañados por seminaristas que van a la comunidad de El Suspiro para realizar las meditaciones y actividades tradicionales de dichas celebraciones religiosas.

Estos procesos demandan acciones urgentes, acciones que permitan a la misma comunidad resignificar la pertinencia cultural y el proceso de autonomía del pueblo sáliba del Casanare.

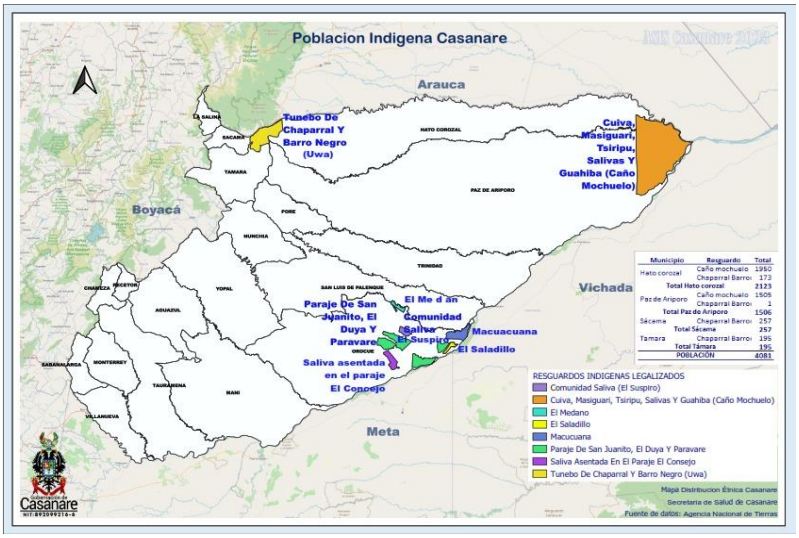
En sácama y Hato Corozal se concentra el pueblo indígena U´wa - que traduce “gente inteligente que sabe hablar”, su lengua es U'wa Tunebo la cual la asimilan desde muy temprana edad, y de esto se encargan los padres y abuelos, la mayor parte de la comunidad emplea la lengua ancestral. Según nuestros sabedores y autoridades tradicionales (hablan del pueblo U'wa en su plan de vida) el gran territorio U’wa Kerachicara se extendía desde cerca de Pamplona en el departamento de Santander, siguiendo hacia el occidente hasta la cuenca media del río Chicamocha, abarcando los municipios de Chinácota, Málaga, Oiba, Chima, Bucaramanga, Chiscas y Guicán y hacía el este hasta la Sierra de Mérida en Venezuela. Por el sur tenía sus límites por los municipios de Chita, La Salina de Chita y el páramo de Pisba del departamento de Boyacá; por el piedemonte llanero de los departamentos de Arauca, Casanare, concretamente de los municipios de Tame, Fortul y Saravena en Arauca y Támara, Sácama y Hato Corozal en Casanare.

La cosmogonía u´wa se fundamenta en el permanente equilibrio entre el hombre, el medio ambiente y su universo cósmico. La defensa del planeta tierra y el territorio propio son bases para dicho equilibrio entre la gente y el medio natural, el cual asegura la permanencia de la cultura, de lo material y de lo espiritual. Los U´wa se tienen un fuerte apego a su tradición, transmitidas en sus historias milenarias.

La espiritualidad u´wa se caracteriza por el alto grado de sincretismo. En este sentido, se ve que Siria es el padre (considerado dueño del universo) y Rairia la madre (quien tiene la función de cuidar y administrar una fracción del universo). Esto da pie a la práctica del politeísmo al interior de las familias y de las comunidades. Para los u´wa, Siria es el dios Jehova; Kanuar'a es el creador de los cerros; Ubuwa es la madre de Siria y, a su vez, representa a la virgen María; Yaksowa es el creador de las aguas; Busana es padre de los no indígenas; y Sikakua personifica a Simón Bolívar el libertador. Estos personajes configuran el largo listado de deidades como los personajes más significativos en la historia de este pueblo.

La ubicación del pueblo U'wa en la zona de piedemonte de la cordillera oriental, permitía una economía diversa que aprovechaba los diferentes pisos térmicos y una vida semisedentaria, en donde los desplazamientos giraban alrededor de los principales quebradas y ríos. "Las familias indígenas se desplazan a lo largo del año, de acuerdo al ciclo de las cuatro estaciones, entre los diferentes pisos térmicos, siempre a lo largo de una misma cuenca. El cauce de cada río es un distintivo de pertenencia central. El sistema de cuencas y micro cuencas es pues importante en la organización tanto social como espacial" (Ministerio de cultura, 2009).

Mapa 25. Distribución población según etnias indígenas, Casanare, 2023.



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de https://data-agenciadetierras.opendata.arcgis.com/.

5.3 Estructura demográfica

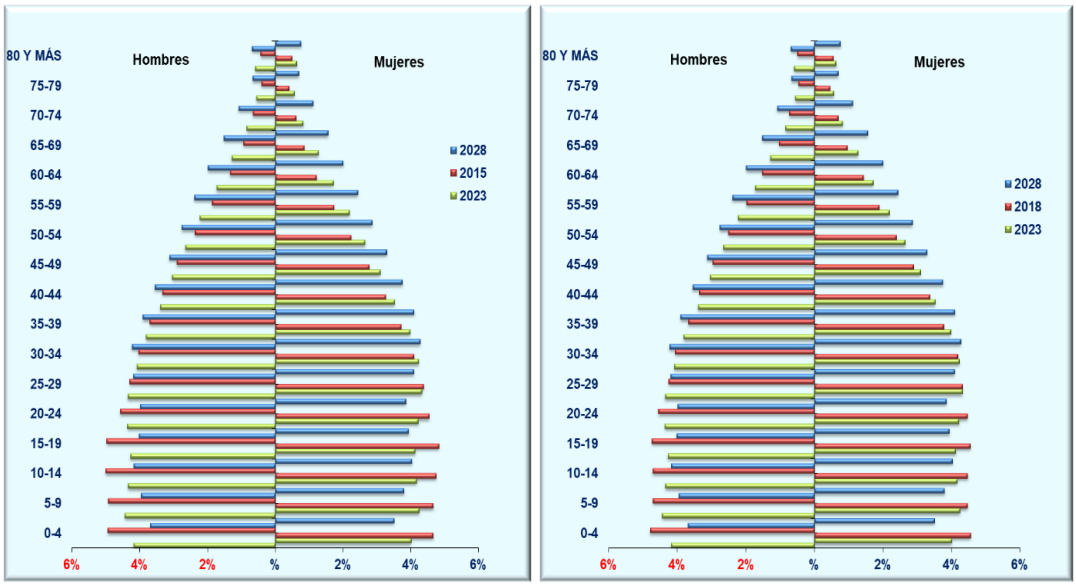
La estructura poblacional refleja la historia reciente de una comunidad en un momento concreto en el tiempo, e indica entre otras el grado de desarrollo de la población que se representa. Se analizarán la pirámide poblacional, los grupos de edad y el género, así como otros indicadores demográficos de interés

Pirámide Poblacional: La pirámide poblacional representa la proporción de habitantes por grupos de edades quinquenales en contraste con el género y su análisis permite identificar cambios graduales

en el comportamiento de la población debido a las transformaciones socioeconómicas inducidas por diferentes actores.

La pirámide poblacional de Casanare es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2023, comparado con 2015 y 2018; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2028 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas, con una tendencia al envejecimiento, lo que implica para los dirigentes, incluir desde ya, proyectos orientados al desarrollo de acciones en población adulta y envejecida, garantizando condiciones dignas de salud, seguridad social, entre otros. (Figura 7).

Figura 7. Pirámides poblacionales. Casanare, años 2015, 2018, 2023 y 2028



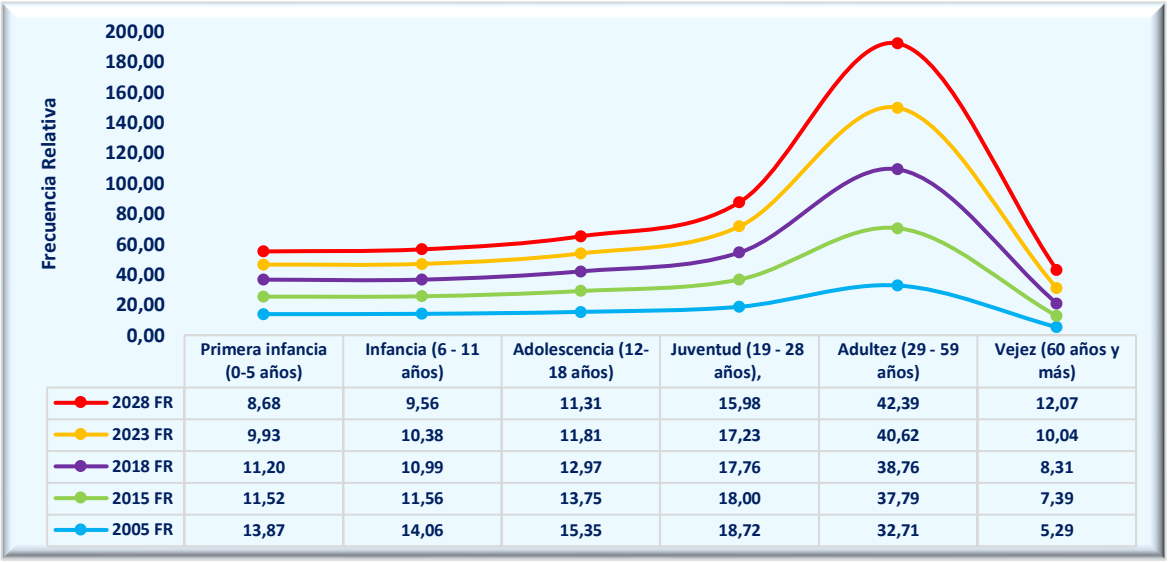
Fuente: Elaborado a partir de DANE. Proyección de población 2005 a 2017 y proyecciones de población 2018 a 2050 por sexo, grupos quinquenales de edad. Actualización Post Covid 19.

Población por curso de vida: El curso de vida, es considerado epidemiológicamente como el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad, de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta, además de considerarse un enfoque que aborda momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. Así mismo, es un proceso dinámico, que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, el cual se traduce en la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. La salud es considerada entonces como un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones.

Aunque en el ASIS se caracteriza y analiza el comportamiento de la morbimortalidad en cada uno de los ciclos vitales, los cuales se desarrollan por etapas, dando una idea lineal del proceso de salud durante la vida, sin embargo, dentro de la planeación de la salud y teniendo en cuenta lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, el departamento de Casanare, avanza hacia la implementación del enfoque de curso de vida, para la definición de las intervenciones a los problemas de salud identificados, asumiendo, que el desarrollo es un proceso vital, que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en el individuo, las familias, la comunidad y la sociedad en general. En este orden, son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la herramienta clave para el desarrollo armónico del curso de vida, en cada uno de sus momentos vitales, identificados en busca del bien-estar del individuo, su familia y la comunidad: Primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años) y vejez (60 años y más) y adicionalmente tienen el objetivo de promover y mantener la salud durante el desarrollo de ese continuo de la vida.

Se muestra la proporción de los habitantes por grupo de edad a través del tiempo, en el que se observa, que la mayoría de la población está en edad reproductiva y económicamente activa (juventud y adultez) con el 57,85% para el año 2023, así mismo se aprecia una tendencia descendente en la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, pero con un incremento en la población adulta y vejez, por tanto las acciones de salud pública, promoción y mantenimiento deben ser planeadas de acuerdo a dicho comportamiento. (Figura 8) y (Tabla 24).

Figura 8. Cambio en la proporción de población por grupo etario (Curso de vida). Casanare, 2005, 2015, 2023 y 2028.



	Primera infancia (0-5 años)	Infancia (6 - 11 años)	Adolescencia (12-18 años)	Juventud (19 - 28 años),	Adultez (29 - 59 años)	Vejez (60 años y más)
2028 FR	8,68	9,56	11,31	15,98	42,39	12,07
2023 FR	9,93	10,38	11,81	17,23	40,62	10,04
2018 FR	11,20	10,99	12,97	17,76	38,76	8,31
2015 FR	11,52	11,56	13,75	18,00	37,79	7,39
2005 FR	13,87	14,06	15,35	18,72	32,71	5,29

Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2018 a 2050 por sexo, grupos quinquenales de edad. Actualización Post Covid 19.

Tabla 24. Distribución de Población por curso de vida, según sexo, Casanare 2023. Actualizar la población 2023

Curso de vida	2023 Número absoluto		Frecuencia relativa		Total Absoluto	FR
	F	M	F	M		
Primera infancia (0-5 años)	22738	23734	9,76	10,11	46472	9,93

Curso de vida	2023 Número absoluto		Frecuencia relativa		Total Absoluto	FR
	F	M	F	M		
Infancia (6 - 11 años)	23742	24806	10,19	10,57	48548	10,38
Adolescencia (12-18 años)	27111	28116	11,64	11,98	55227	11,81
Juventud (19 - 28 años),	39804	40784	17,08	17,37	80588	17,23
Adultez (29 - 59 años)	96079	93912	41,24	40,00	189991	40,62
Vejez (60 años y más)	23525	23424	10,10	9,98	46949	10,04
Total	232999	234776	100,00	100,00	467775	100,00

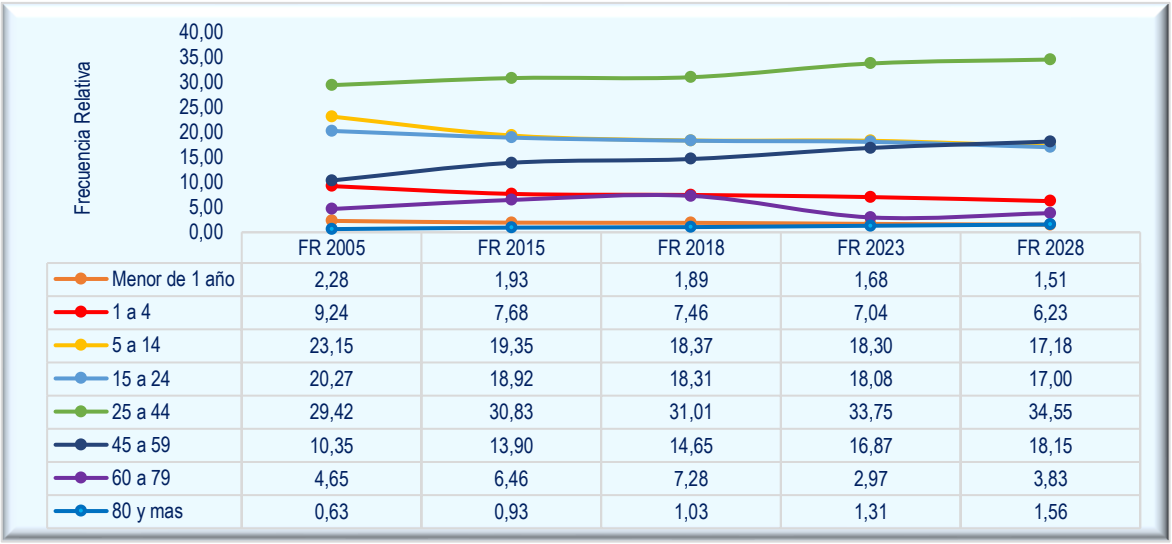
Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2018 a 2050 por sexo, grupos quinquenales de edad. Actualización Post Covid 19.

Población por ciclo vital**:** El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades durante las diferentes etapas del desarrollo humano y reconoce las experiencias que se acumulan a lo largo de éstas, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves. Es importante, conocer que la participación poblacional por ciclo vital, tiene como objeto, reconocer qué proporción de la población se concentra en determinadas edades, con la finalidad de encaminar la definición de políticas e intervenciones, reconociendo con certeza la dimensión de la población que se pretende impactar, en medio de sus diversidades culturales, sociales e individuales, teniendo presente que las intervenciones que crean ambientes saludables de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

En Casanare, el 68,6% de la población se encuentra en edad económicamente activa, lo que quiere decir que existe una ventana demográfica de oportunidades que indica que la población en edad productiva supera la proporción de las personas económicamente dependientes (menores de 15 años y mayores de 65), sin embargo, existen factores como la calidad de vida y los hábitos de salud adquiridos, que pueden influir de forma positiva o negativa en esta fase, razón por la cual, es necesario que los gobernantes piensen en las políticas y programas que promuevan y faciliten el acceso al empleo, que faciliten oportunamente crear las condiciones y hábitos que favorezcan las poblaciones en las diferentes edades.

Las variaciones más evidentes, por grupo se experimentan en los grupos de edad de 5 a 24 años con un comportamiento decreciente, efecto que llama la atención, dado que no es explicado completamente por la disminución de las tasas de fecundidad, sino que también pueden existir pérdidas de la población, para el año 2023 con respecto a 2005 debido a efectos migratorios o de mortalidad. Entre tanto, en los grupos que comprenden las edades de 25 a 44 años y de 60 a 79 años, se observa un comportamiento ascendente en el tiempo, posiblemente explicado por el ingreso al Departamento de personas en estas edades o el aumento de la expectativa de vida. Así mismo, es posible observar que los menores de un año y el grupo de 1 a 4 años presentan un comportamiento lineal es decir no se muestra cambios significativos ni de aumento ni de disminución de población. (Figura 9) (Tabla 25).

Figura 9. Cambio en la proporción de población por grupo etario (Ciclo vital). Casanare, 2005, 2015, 2018, 2023 y 2028.



	FR 2005	FR 2015	FR 2018	FR 2023	FR 2028
Menor de 1 año	2,28	1,93	1,89	1,68	1,51
1 a 4	9,24	7,68	7,46	7,04	6,23
5 a 14	23,15	19,35	18,37	18,30	17,18
15 a 24	20,27	18,92	18,31	18,08	17,00
25 a 44	29,42	30,83	31,01	33,75	34,55
45 a 59	10,35	13,90	14,65	16,87	18,15
60 a 79	4,65	6,46	7,28	2,97	3,83
80 y mas	0,63	0,93	1,03	1,31	1,56

Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2018 a 2050 por sexo, grupos quinquenales de edad. Actualización Post Covid 19.

Tabla 25. Distribución de Población por ciclo vital, según sexo, Casanare 2023

Ciclo vital	2023					
	Número absoluto		frecuencia relativa		Total Absoluto	FR
	F	M	F	M		
Menor de 1 año	3603	3775	0.02	0.02	7378	1.68
1 a 4	15150	15799	0.07	0.07	30949	7.04
5 a 14	39372	41096	0.18	0.18	80468	18.30
15 a 24	39085	40402	0.18	0.18	79487	18.08
25 a 44	75159	73229	0.34	0.33	148388	33.75
45 a 59	37105	37051	0.17	0.17	74156	16.87
60 a 79	6518	6550	0.03	0.03	13068	2.97
80 y mas	2996	2742	0.01	0.01	5738	1.31
Total	218988	220644	1.0	1.0	439632	100.00

Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2018 a 2050 por sexo, grupos quinquenales de edad. Actualización Post Covid 19.

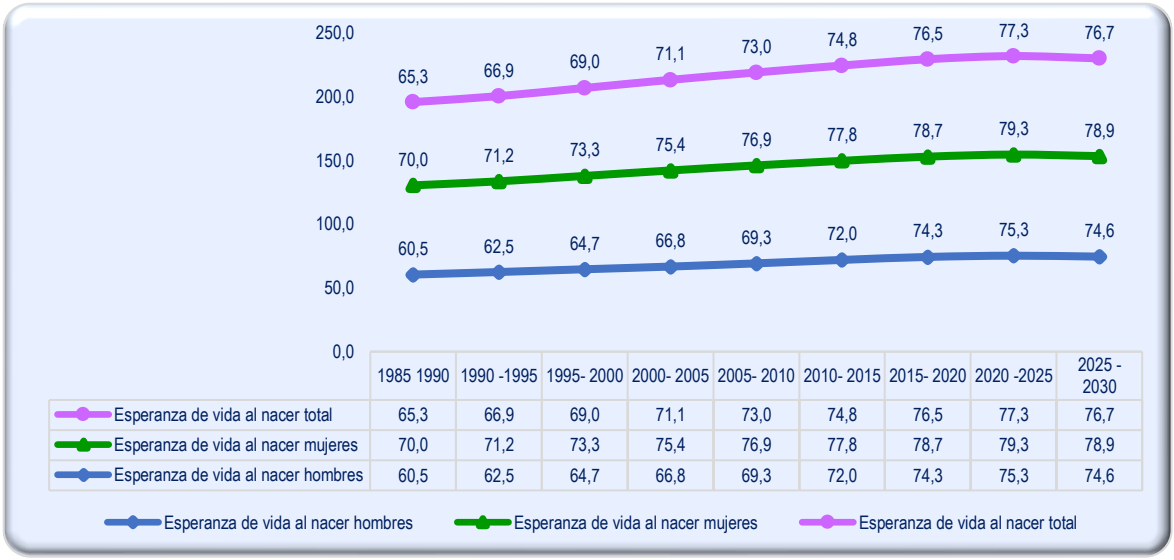
La Esperanza de vida representa el número de años que en promedio vive una persona desde el nacimiento hasta el final de la vida. Según el Banco Mundial 2013, la esperanza de vida, es la expresión del desarrollo socioeconómico del país y del desarrollo integral del sistema de salud,

representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las tasas de mortalidad.

La población mundial sigue aumentando su esperanza de vida y los años en los que goza de buena salud, encontrándose entre 2000 y 2019 que la esperanza de vida (EV) al nacer a nivel mundial aumentó de los 66,8 años a los 73,3 años, y la esperanza de vida sana (EVS) aumentó de los 58,3 años a los 63,7 años. A pesar de compartir tendencias crecientes similares, la EV y la EVS entre las mujeres fueron invariablemente más altas que las de los hombres. Es así, como se prevé que la Esperanza de Vida para 2048 aumente a 77 años, según el reporte de la OMS 2023. Sin embargo, con los acontecimientos de la Pandemia se genera un estacionamiento del progreso de la salud en comparación con las tendencias de 2000 – 2015, y se alerta sobre la creciente amenaza de las enfermedades no transmisibles (ENT), el cambio climático y los costos de la pandemia por covid-19. Es así como en el periodo 2020-2021, la COVID-19 provocó en todo el mundo la estremecedora cifra de 336,8 millones de años de vida perdidos, es decir, una media de 22 años de vida perdidos por cada muerte de más, y truncó abrupta y trágicamente la vida de millones de personas, según el reporte de la OMS 2023.
En Colombia, la esperanza de vida al nacer disminuye a niveles similares a los del año 2006, a los 15 y 60 años la reducción de los niveles de esperanza de vida se a la de los años 2005 y 2002, sin embargo, la recuperación de la esperanza de vida se da a partir del año 2023.

En el departamento de Casanare desde 1985 viene mostrando un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población, es decir que por cada persona que nacía se esperaba que viviera en promedio 60 años, hoy día, se espera que viva 75 años. Sin embargo, la esperanza de vida ha mantenido diferencias por género, específicamente para el caso de las mujeres, donde su expectativa es de 2 años más (77 años). (Figura 10 y Figura 11).

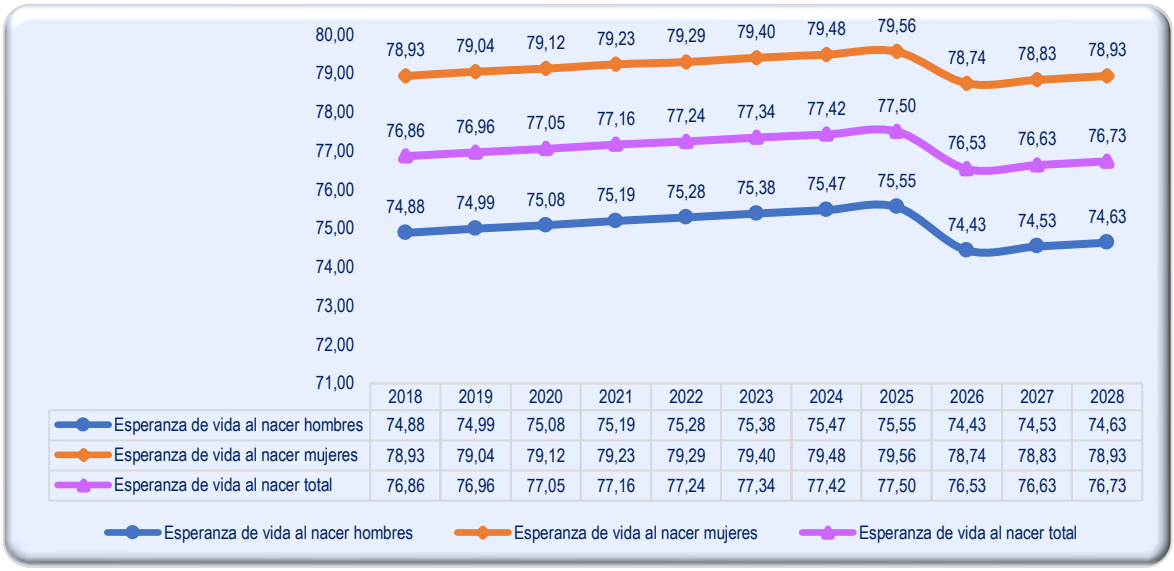
Figura 10. Esperanza de vida al nacer por sexo. Casanare 1985-2030



	1985 1990	1990 -1995	1995- 2000	2000- 2005	2005- 2010	2010- 2015	2015- 2020	2020 -2025	2025 - 2030
Esperanza de vida al nacer total	65,3	66,9	69,0	71,1	73,0	74,8	76,5	77,3	76,7
Esperanza de vida al nacer mujeres	70,0	71,2	73,3	75,4	76,9	77,8	78,7	79,3	78,9
Esperanza de vida al nacer hombres	60,5	62,5	64,7	66,8	69,3	72,0	74,3	75,3	74,6

Fuente: Estimaciones principales indicadores demográficos por sexo 2018 a 2050.

Figura 11. Esperanza de vida al nacer por sexo. Casanare 2018-2028



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Esperanza de vida al nacer hombres	74,88	74,99	75,08	75,19	75,28	75,38	75,47	75,55	74,43	74,53	74,63
Esperanza de vida al nacer mujeres	78,93	79,04	79,12	79,23	79,29	79,40	79,48	79,56	78,74	78,83	78,93
Esperanza de vida al nacer total	76,86	76,96	77,05	77,16	77,24	77,34	77,42	77,50	76,53	76,63	76,73

Fuente: Estimaciones principales indicadores demográficos por sexo 2018 a 2050.

La Esperanza de Vida después de los 60 años también aumentó de 17,2 años a 20,3 años, siendo un indicador de desarrollo sostenible, ya que está relacionado con la salud, la educación y la economía, en el cual influyen factores contribuyentes a modo de mejores condiciones de salud como el acceso a servicios de salud de calidad, la vacunación, la prevención de enfermedades y el control de las enfermedades transmisibles, mejores condiciones educativas que ayudan en la comprensión de los factores de riesgo para la salud y a adoptar estilos de vida saludables y mejores condiciones económicas que permiten a las personas acceder a una alimentación saludable, una vivienda adecuada y otros factores que contribuyen a una buena salud. Aunque Casanare haya aumentado la Esperanza de vida, se debe seguir trabajando para mejorar la salud y el bienestar de la población en la reducción de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), mejorar la salud mental y reducir la desigualdad en salud, entre otras.

Casanare, al igual que la mayoría de los departamentos, experimenta la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas.

Para el año 2023 por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) hay 30 niños entre 0 y 4 años, con un descenso para 2028 alcanzando a 27.0 niños; una reducción porcentual de 8 puntos si lo comparamos con el 2015 con un dato de 34,0. Por otra parte, la población menor de 15 años corresponde a 25,0 mientras que en el 2018 corresponde al 28,39% de toda la población con una disminución de 1,10 para el 2015, se proyecta que para 2028 siga representando aproximadamente el 23,0% de la población.

Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 10,3% de toda la población mostrando un incremento en 1,10 puntos porcentuales con respecto a 2018, para el 2023 presenta un 10,5 con una un aumento de 2,1 y se proyecta que para 2028 la proporción continúe aumentando hasta 12,38%. Es decir que para el año 2023, el índice de vejez es de 7 personas por cada 100 personas a diferencia del 2018 donde se presentaron 5 por cada 100 individuos mayores o más de 65 años.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso, presentando para el año 2023 un índice de 47 personas menores de 15 años o mayores de 65 años más dependientes por cada 100 personas entre los 15 a 64 años. En 2015, de cada 100 personas entre 15 y 60 años dependían 52,89 personas menores de 15 y mayores de 60 años; en 2020 el número de dependientes fue de 48,67 y se proyecta que para 2028 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 45. Del mismo modo, el índice de dependencia infantil ha disminuido desde el año 2018 mostrando un decrecimiento de 4.43 puntos porcentuales en el índice respecto al dato registrado para el año 2023 con un índice de 37%. Se espera que para el 2028 continúe con esa tendencia hasta llegar a un 34%.

Por el contrario, el índice de dependencia de personas mayores ha aumentado, pasando de 7,63 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2015 y 8,03 en 2018 a 10,0 en 2023; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2028 haya más dependientes mayores de 60 años y menos dependientes menores de 15 años.

Aunque el índice de Friz ha pasado de 142,16 en 2015 a 130,87 en 2018, y a 116 en el 2023, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa su tendencia al envejecimiento, en 2028 el índice de Friz, será de 103, lo que indica que las acciones en salud deben enfocarse a fortalecer la atención de dicha población y las actividades de promoción y mantenimiento de la salud que permita fortalecer la calidad de vida de la misma. (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Tabla 26. Indicadores demográficos de Casanare 2015, 2018, 2023, 2028.

Indicadores Demográficos	Año			
	2015	2018	2023	2028
Población total	420504	396320	467775	499979
Población Masculina	212548	201090	234776	249598
Población femenina	207956	195230	232999	250381
Relación hombres: mujer	102	103	101	100
Razón niños: mujer	34	35	30	26
Índice de infancia	28	29	25	23
Índice de juventud	27	28	26	24
Índice de vejez	5	5	7	8
Índice de envejecimiento	19	17	26	35
Índice demográfico de dependencia	49	51	47	45
Índice de dependencia infantil	41	44	37	34
Índice de dependencia mayores	8	7	10	12
Índice de Friz	131	139	116	103

Fuente: Elaborado a partir de DANE. Proyección de población 2005 a 2017 y proyecciones de población 2018 a 2050 por sexo, grupos quinquenales de edad. Actualización Post Covid 19.

Es necesario resaltar los cambios que dejó la violencia en la estructura demográfica de la población. Casanareña ya que se encuentra ubicado en área de operación de grupos armados, generando en épocas del conflicto armado una situación de aislamiento y demás efectos sociales con consecuencias profundas en el desarrollo social, principalmente en el área rural.

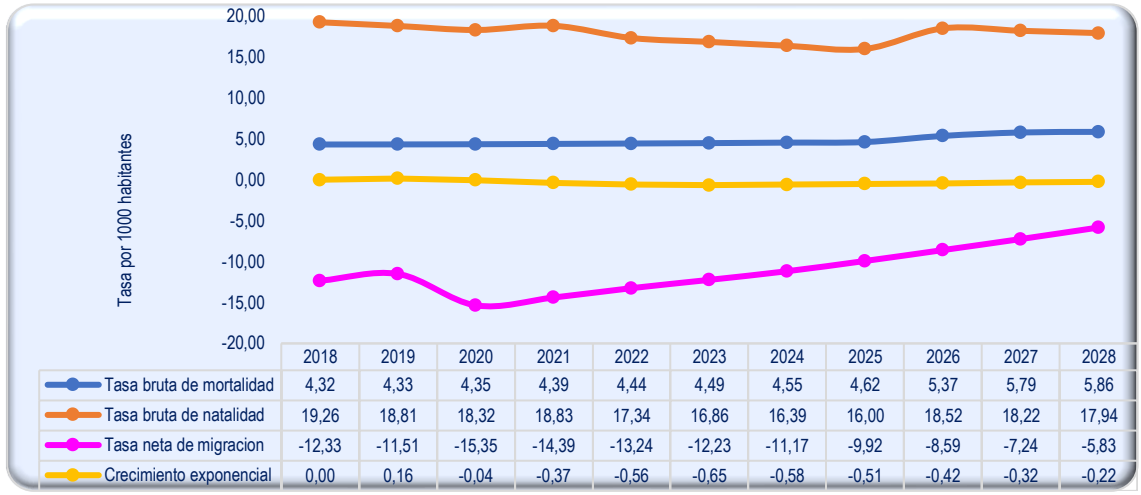
En Casanare se presenta fenómenos coincidentes con los procesos sociales dados por la actividad económica del petróleo, cultivo de palma y cultivo de arroz, que hace que se genere un cambio en la estructura demográfica de la población con un incremento específicamente en la población activa laboralmente, principalmente en las zonas rurales, concretamente para las labores de perforación, siembra, mantenimiento y la cosecha (Posada, 2016). Este incremento en la población activa laboralmente tiene implicaciones importantes para el desarrollo del territorio contribuyendo al crecimiento económico de la región mediante el ingresos e impuestos de las personas activas laboralmente, pero también plantea desafíos, como la necesidad de aumentar la oferta de servicios públicos y sociales, como la educación, la salud y la vivienda.

5.3.1 Dinámica demográfica

La información de mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, que resulta esencialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia, además del aporte desde la visión demográfica, en la estimación de la población y el crecimiento de la misma.

Teniendo en cuenta la actualización que realizó el DANE, en cuanto a los datos de población que proyectó y reajustó a partir del censo 2018 post Covid 19, los cambios en las tasas de los indicadores de la dinámica demográfica que antes se presentaban y al visualizar las tasas de crecimiento natural, natalidad, mortalidad y migración tienen un cambio importante, y teniendo presente, que el departamento posee una tendencia de aumento en su población, sin embargo, las tasas de crecimiento exponencial muestran un comportamiento descendente, evidenciándose que la velocidad en que ocurre es cada vez menor, es decir, la población Casanareña ha venido creciendo a un ritmo lento, similar al panorama nacional, producto de la transición demográfica del territorio, situación similar se visualiza en la tasa de mortalidad, a diferencia del indicador de natalidad el cual presenta un tendencia al aumento. La tasa neta de migración se comporta de manera decreciente a partir del año 2020, sin embargo, registró un pico migratorio de la población extranjera en los años 2018 y 2019 dada la situación coyuntural sobre la llegada de venezolanos al país, lo cual coincide con el fenómeno migratorio del país. (Figura 12).

Figura 12. Comparación entre la tasa de crecimiento y las tasas brutas de natalidad, mortalidad y Tasa neta de migración. Casanare 2018 – 2028



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Tasa bruta de mortalidad	4,32	4,33	4,35	4,39	4,44	4,49	4,55	4,62	5,37	5,79	5,86
Tasa bruta de natalidad	19,26	18,81	18,32	18,83	17,34	16,86	16,39	16,00	18,52	18,22	17,94
Tasa neta de migracion	-12,33	-11,51	-15,35	-14,39	-13,24	-12,23	-11,17	-9,92	-8,59	-7,24	-5,83
Crecimiento exponencial	0,00	0,16	-0,04	-0,37	-0,56	-0,65	-0,58	-0,51	-0,42	-0,32	-0,22



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Crecimiento exponencial	0	2,33	1,96	1,34	1,09	1,05	1,02	0,99	0,96	0,94	0,91
Tasa neta de migracion	11,61	11,24	1,19	0,58	0,3	0,21	0,17	0,17	1,11	1,18	1,24
Tasa bruta de natalidad	19,26	18,81	18,32	18,83	17,34	16,86	16,39	16	13,59	13,32	13,06
Tasa bruta de mortalidad	4,32	4,33	4,35	4,39	4,44	4,49	4,55	4,62	6,62	6,72	6,83

Fuente: Elaborado a partir de DANE. Estimaciones principales indicadores demográficos por sexo 2018 a 2050. Elaborado a partir de DANE. Estimaciones principales indicadores cambios demográficos 2020 a 2050. Actualización Post Covid 19.

Capacidad reproductiva de la población - Otros indicadores de la dinámica demográfica de la población - Tasas de fecundidad

Las tasas de fecundidad son un indicador demográfico que mide la capacidad reproductiva de la población y se define como el número medio de hijos por mujer, es decir, el número de hijos en promedio que se pronostica tendrá una mujer durante su edad reproductiva.

Tasa general y tasa global de fecundidad

En el departamento de Casanare se determinó la Tasa General de Fecundidad (mujeres 15 a 49 años), la cual presenta una tendencia al decrecimiento pasando de 69,89 en el año 2018 a 62,21 en 2023 y una proyección al descenso para el 2028 con 44%, la Tasa Global de fecundidad (por mujer) presenta tendencia a la disminución, Tasa Global de fecundidad por grupos quinquenales de mujeres presenta la misma tendencia que la anterior. (Tabla 27) y (Tabla 28).

Tabla 27. Indicadores de Reproducción estimada, Casanare, 2028

Indicador	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Tasa Bruta de Natalidad	19,26	18,81	18,32	17,83	17,34	16,86	16,39	16,00	14,91	14,55	14,19
Tasa Global de Fecundidad por grupos quinquenales	2,25	2,20	2,16	2,12	2,07	2,03	1,99	1,96	1,66	1,64	1,62
Tasa Global de Fecundidad por edad simple	2,2459	2,2004	2,1557	2,11	2,07	2,0287	1,9872	1,9538	1,821	1,791	1,760
Tasa General de Fecundidad (15 a 49 años)	69,89	68,33	63,33	65,01	63,59	62,21	60,72	59,57	45,50	44,80	44,00
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	3,02	1,8	2,69	3,70	3,60	3,5	SD	SD	SD	SD	SD
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	66,66	55,46	51,34	64,90	62,80	60,9	SD	SD	SD	SD	SD
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	34,64	28,86	27,62	34,30	33,20	32,2	SD	SD	SD	SD	SD
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	1,40	1,34	4,00	3,70	3,70	3,50	3,40	3,30	3,20	3,10	3,00
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	75,90	73,60	72,10	64,90	62,80	60,90	58,90	57,00	55,30	53,70	52,10
Tasa Especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	45,00	43,50	38,10	34,30	33,20	32,20	31,10	30,10	29,30	28,40	27,60

Fuente: Elaborado a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2022 y Cubo Estadísticas Vitales nacimientos DANE – preliminar 2023 corte 20 noviembre. Proyecciones del cambio demográfico fecundidad Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Tasas específicas de fecundidad (TEF) departamental (periodo 2020 - 2050), actualización post Covid 19.

Para el año 2021, el 50% de los municipios de Casanare presentan una Tasa General de fecundidad mayor a la del departamento y superior a la del País. (Tabla 28).

Tabla 28. Indicadores de Reproducción Estimadas, por municipio, departamento y nación para el año 2021

Municipio	Tasa de bruta de Natalidad	Tasa general de fecundidad (15 a 49 años)	Tasa especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	Tasa especifica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	Tasa especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años
Colombia	12,07	36,10	3,30	57,10	30,20
Casanare	13,70	49,41	3,70	64,90	34,30
Yopal	13,91	46,81	0,81	45,14	23,56
Aguazul	12,36	43,82	2,48	48,77	25,95
Chámeza	9,44	36,98	0,00	0,00	0,00
Hato Corozal	17,58	74,04	5,81	74,01	37,81
La Salina	7,26	31,45	0,00	45,45	21,58
Maní	16,82	65,83	1,43	82,85	41,85
Monterrey	9,55	35,44	0,00	34,97	17,54
Nunchía	12,59	52,82	8,09	79,67	43,54
Orocué	14,53	59,54	4,35	87,03	43,14
Paz de Ariporo	16,55	64,76	3,99	82,13	42,08
Pore	14,26	54,93	7,02	51,19	28,65

Municipio	Tasa de bruta de Natalidad	Tasa general de fecundidad (15 a 49 años)	Tasa especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	Tasa especifica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	Tasa especifica de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años
Recetor	4,54	19,61	0,00	0,00	0,00
Sabanalarga	8,30	32,06	7,30	67,57	38,60
Sácama	9,32	32,53	19,80	37,74	28,99
San luis de Palenque	12,23	49,38	2,62	45,45	23,16
Támara	16,25	74,32	0,00	75,71	36,09
Tauramena	10,99	39,50	0,00	30,83	15,17
Trinidad	13,63	52,42	6,29	61,00	33,36
Villanueva	13,53	48,40	1,83	47,48	25,11

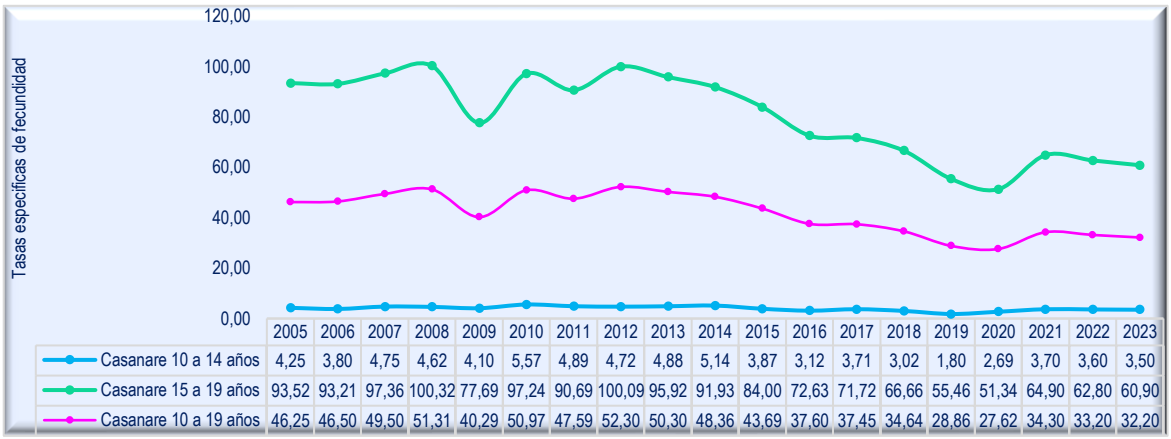
Fuente: Elaborado a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2022 y Cubo Estadísticas Vitales nacimientos DANE – preliminar 2023 corte 20 noviembre. Proyecciones del cambio demográfico fecundidad Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Tasas específicas de fecundidad (TEF) departamental (periodo 2020 - 2050), actualización post Covid 19.

5.3.2 Tasas específicas de Fecundidad

De manera general, en el departamento de Casanare las Tasas específicas de fecundidad presentan una tendencia al aumento en el periodo 2005 a 2010, sin embargo, en los últimos 14 años presentan un comportamiento decreciente, sin embargo, para el año 2021 se observa un incremento de los embarazos en adolescentes y con una tendencia superior a la del País. (Figura 13) (Figura 14).

Aunque en los últimos catorce años se haya dado una disminución de las TEF en Casanare favoreciendo el desarrollo del territorio, con la contribución de reducción de la pobreza, mejor salud de las mujeres, los niños y aumentar la participación de las mujeres en la fuerza laboral, es de anotar que el incremento de 2021 aunque es considerado es un fenómeno multicausal que responde a situaciones del ámbito individual relacionadas con aspectos como bajo nivel de escolaridad, deserción escolar, desconocimiento de servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción también podría atribuirse a la condición de aislamiento de la pandemia, por lo que se recomienda verificar diversas causas que favorecen la fecundidad adolescente como las el inicio relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, convivencia en pareja que incluye la carencia de educación sexual adecuada y condiciones de pobreza entre otros e incluirlas en la política pública y diferentes programas para la certera intervención articulando acciones de manera intersectorial e interinstitucional con los diferentes actores de interés.

Figura 13. Tasas Especificas de Fecundidad, Casanare, 2005 – 2023 p.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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	2,69	3,70	3,60	3,50
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	64,90	62,80	60,90
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	34,30	33,20	32,20

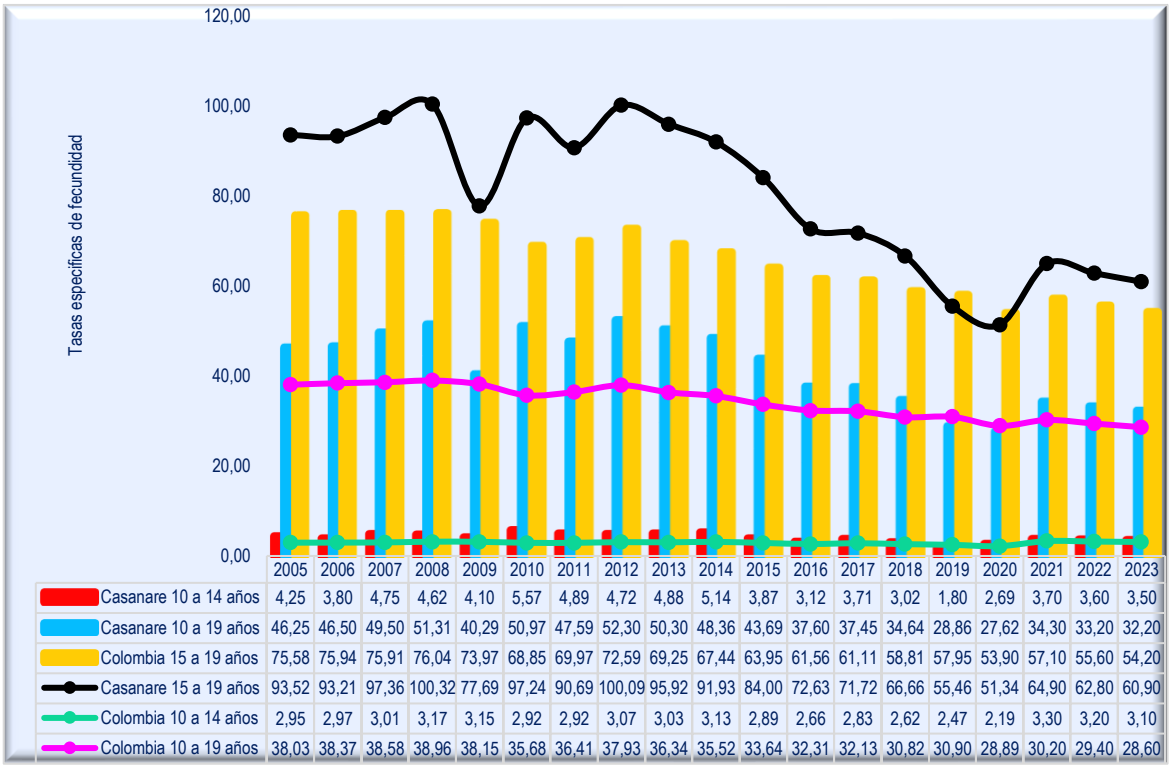
Fuente: Elaborado a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2022 y Cubo Estadísticas Vitales nacimientos DANE – preliminar 2023 corte 20 noviembre. Proyecciones del cambio demográfico fecundidad Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Tasas específicas de fecundidad (TEF) departamental (periodo 2020 - 2050), actualización post Covid 19.

Por su parte la **Tasa Específica de Fecundidad de 10 a 14 años**, en el periodo 2005 a 2010 la tasa específica muestra una tendencia al aumento, pasando de 4,3 a 5,6. A partir de 2010 la tasa específica de fecundidad en este grupo de edad, muestra una tendencia al descenso, siendo el 2019, el año con la menor tasa (1,8) y 2021 con 3,7 nacimientos por cada mil niñas menores de 14 años, presentando un incrementó de 1,01 puntos porcentuales, denotando un ligero aumento de embarazos en adolescentes. Con excepción de 2019, durante el periodo 2005 a 2019 y 2021 las tasas específicas de fecundidad para el grupo poblacional de mujeres de 10 a 14 años fueron superior al promedio Nacional. (Figura 12).

Respecto a las **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años**, en el periodo 2005 a 2021 presenta una tasa promedio de 82,6, es decir que por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años nacieron 83 niños. con excepción de 2019 y 2020, la tasa de fecundidad del departamento fue superior al promedio nacional, pero con una tendencia decreciente a partir del 2014, y para el 2021 la tasa es de 64,9 con un aumento significativo de 13,5 puntos porcentuales con respecto al año anterior y superando la tasa nacional. (Figura 12).

En lo referido a las **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años,** manifiestan una tendencia al descenso en el periodo 2005 a 2019, pasando de 46,25 nacimientos por cada mil mujeres con edad entre 10 y 19 años en al 2005 a 34,3 en el 2021, cifras que, durante todos los años del periodo analizado, con excepción de 2019, 2020 y 2021, fueron superiores al promedio nacional, y con un aumento significativo de 6,8 puntos porcentuales con respecto al año anterior. (Figura 14).

Figura 14. Comparación Tasas Especificas de Fecundidad, Casanare y Colombia, 2005 a 2023p



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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	2,69	3,70	3,60	3,50
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	34,30	33,20	32,20
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	57,10	55,60	54,20
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	64,90	62,80	60,90
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	3,30	3,20	3,10
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	30,20	29,40	28,60

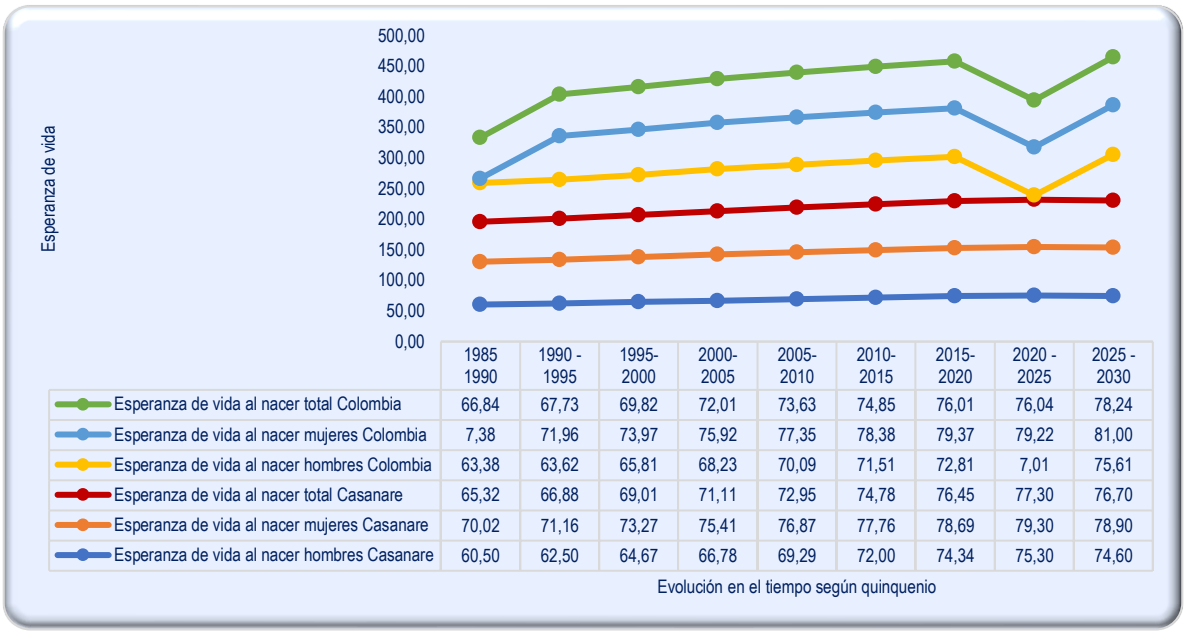
Fuente: Elaborado a partir de datos Cubo Indicadores Ministerio de Salud y Protección Social para actualización de ASIS 2022 y Cubo Estadísticas Vitales nacimientos DANE – preliminar 2023 corte 20 noviembre. Proyecciones del cambio demográfico fecundidad Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Tasas específicas de fecundidad (TEF) departamental (periodo 2020 - 2050), actualización post Covid 19.

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

5.3.3 Esperanza de vida al Nacer por sexo y evolución en el tiempo

En el entendido de que la Esperanza de vida es un indicador de desarrollo sostenible, por estar relacionado con la salud, la educación y la economía, se observa que para Colombia, ha aumentado de forma constante en las últimas décadas, mostrando en el año 2023 una esperanza de vida al nacer es de 77,7 años, aumento que se puede atribuir a una serie de factores, incluyendo el acceso a servicios de salud de calidad, la vacunación, la prevención de enfermedades, el control de las enfermedades transmisibles, factores biológicos, factores sociales y los factores relacionados con el estilo de vida. Así mismo, la esperanza de vida es mayor para las mujeres que para los hombres, encontrándose en 2023, la esperanza de vida al nacer para las mujeres es de 80,6 años, mientras que la esperanza de vida al nacer para los hombres es de 74,8 años, siendo estos datos mayores frente al Departamento de Casanare, la cual se ha mantenido al incremento en el tiempo en donde se observa que para el 2028 sigue en incremento. (Figura 15 y Figura 16).

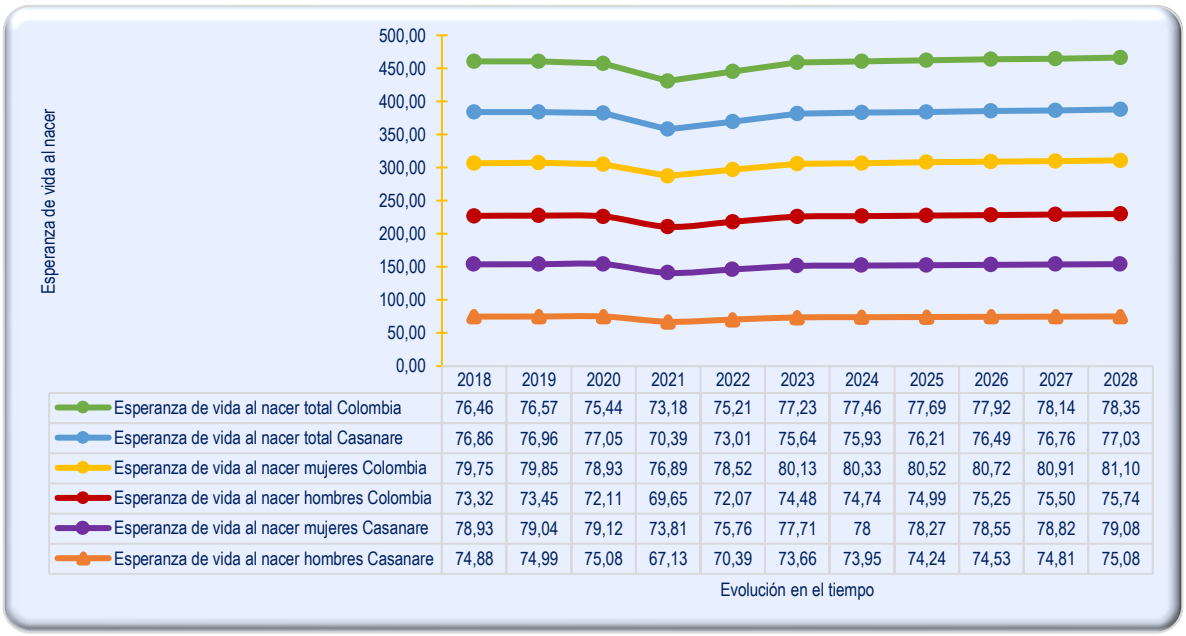
Figura 15. Comparativo Esperanza de vida al nacer por sexo y evolución en el tiempo según quinquenio, Casanare y Colombia 1985 a 2030



	1985 1990	1990 - 1995	1995- 2000	2000- 2005	2005- 2010	2010- 2015	2015- 2020	2020 - 2025	2025 - 2030
Esperanza de vida al nacer total Colombia	66,84	67,73	69,82	72,01	73,63	74,85	76,01	76,04	78,24
Esperanza de vida al nacer mujeres Colombia	7,38	71,96	73,97	75,92	77,35	78,38	79,37	79,22	81,00
Esperanza de vida al nacer hombres Colombia	63,38	63,62	65,81	68,23	70,09	71,51	72,81	7,01	75,61
Esperanza de vida al nacer total Casanare	65,32	66,88	69,01	71,11	72,95	74,78	76,45	77,30	76,70
Esperanza de vida al nacer mujeres Casanare	70,02	71,16	73,27	75,41	76,87	77,76	78,69	79,30	78,90
Esperanza de vida al nacer hombres Casanare	60,50	62,50	64,67	66,78	69,29	72,00	74,34	75,30	74,60

Elaborado a partir de DANE. Estimaciones principales indicadores cambios demográficos 2020 a 2050. Actualización Post Covid 19.

Figura 16. Comparativo Esperanza de vida al nacer por sexo y evolución en el tiempo según año, Casanare y Colombia 2018 a 2028



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Esperanza de vida al nacer total Colombia	76,46	76,57	75,44	73,18	75,21	77,23	77,46	77,69	77,92	78,14	78,35
Esperanza de vida al nacer total Casanare	76,86	76,96	77,05	70,39	73,01	75,64	75,93	76,21	76,49	76,76	77,03
Esperanza de vida al nacer mujeres Colombia	79,75	79,85	78,93	76,89	78,52	80,13	80,33	80,52	80,72	80,91	81,10
Esperanza de vida al nacer hombres Colombia	73,32	73,45	72,11	69,65	72,07	74,48	74,74	74,99	75,25	75,50	75,74
Esperanza de vida al nacer mujeres Casanare	78,93	79,04	79,12	73,81	75,76	77,71	78	78,27	78,55	78,82	79,08
Esperanza de vida al nacer hombres Casanare	74,88	74,99	75,08	67,13	70,39	73,66	73,95	74,24	74,53	74,81	75,08

Elaborado a partir de DANE. Estimaciones principales indicadores cambios demográficos 2020 a 2050. Actualización Post Covid 19.

5.4 Movilidad forzada

El desplazamiento forzoso tiene un componente de movilidad intermunicipal importante, que solo pude entenderse desde la dinámica el conflicto armado interno, cómo se desarrolló, cómo evolucionó y, por tanto, en dónde se localizó. La década de los años 80 fue importante en términos del conflicto. Las FARC y otras guerrillas vivieron un auge, principalmente debido al acaecimiento y permeabilidad en su estructura de economías sumergidas como las del narcotráfico. Así mismo, en 1980, se presenta la primera acción de grupos paramilitares, en donde Casanare representa el 1,185% de participación en masacres perpetradas por grupos paramilitares entre 1980 y 2012 (Gómez Builes et al., 2008).

Existen numerosos problemas estructurales por resolver y que pueden concurrir en una transformación de la violencia, en la medida en que los combatientes de la organización tienen varios rasgos que los hacen vulnerables de rearmarse: bajo nivel educativo, estigmatización por antecedentes de ser combatiente, revictimización, asesinatos de líderes sociales, baja capacidad de reinserción a la vida civil urbana, pocas oportunidades de capacitación y ocupación laboral, falta de estrategias para su rehabilitación social y psicológica todos ellos, problemas que ya habían sido identificados en los reinsertados del proceso de paz con los paramilitares.

El desplazamiento forzado interno genera situaciones de vulnerabilidad y puede contribuir al deterioro de la salud de las personas. Según el Registro Único Victimas con corte al 31 de octubre de 2023, en el departamento de Casanare teniendo presente el hecho victimizantes el 68,83% fue por desplazamiento forzado representando la mayor causa por la que se desplaza la población víctima, dado por el conflicto armado en el cual ha existido despojo de tierras, afectaciones a la seguridad alimentaria, como estrategia de guerra para crear dependencia a estructuras ilegales que capitalizan la ausencia del Estado para controlar, a través de las amenazas y el terror, el territorio, sumado al problema laboral en la tensión por acceder a recursos, el control sobre economías ilegales y los limitantes, así como ciertos aspectos socioeconómicos, para atender a las víctimas y a los actores del conflicto que buscan reinsertarse a la vida civil, por lo que es necesario considerar nuevos enfoques de seguridad, buscando evitar un resurgimiento de la violencia con un rearme de grupos armados o bandas criminales durante el postconflicto, tal y como ocurrió en el caso de la experiencia del proceso con las autodefensas y su posterior reagrupamiento y que facilite un mecanismo para provocar un cambio institucional, con una estrategia de desarrollo agrario pertinente y adecuada para la sostenibilidad de la paz.

Es así como en el departamento de Casanare se observa que de la Población victima por desplazamiento forzado, para el 2023 corte 31/10/2023 según hecho victimizantes el 68,83% fue por desplazamiento forzado.
Sin embargo, para el año 2022, se encontraban en el departamento 87.011 de los cuales el 49,1 % corresponde a mujeres y el 50,7 % a hombres. Según el tipo de desplazamiento, el individual predomina con el 70,3% (61.138) y el masivo aporta el 3,9% (3.425) (
Tabla 29).

Tabla 29. Población victima por desplazamiento forzado, Casanare 2022

Desplazamiento	Femenino	%	Masculino	%	No definido	%	NR- No reportado	%	Total	%
Individual	30975	70,2	30030	70,2	102	87,9	31	83,8	61138	70,3
Masivo	1626	3,7	1792	4,2	5	4,3	2	5,4	3425	3,9
No aplica	11130	25,2	10529	24,6	4	3,4	4	10,8	21667	24,9
No reportado	376	0,9	400	0,9	5	4,3	0	0	781	0,9
Casanare	44107	100	42751	100	116	100	37	100	87011	100

Fuente: Registro Único de Victimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social. Datos para actualización ASIS 2022, corte 08 septiembre de 2022.

Población Migrante extranjera - Dinámica Demográfica Migratoria: El fenómeno de migración, consistente en el desplazamiento de una persona o un grupo de personas desde el lugar de su residencia hacia otro; está ligado a la historia de la propia humanidad, generada por la esperanza de un cambio en el destino cuando éste se ve truncado por guerras, miseria, pobreza extrema o, simplemente, falta de oportunidades, motivado por la percepción de un cambio de vida con mejores perspectivas económicas, políticas o sociales.

Estos fenómenos migratorios plantean nuevos retos y obligan al fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los entes territoriales frente a las estrategias, políticas de salud pública y prestación en la atención en salud, especialmente en lo relacionado con los eventos de salud mental, derechos sexuales y reproductivos, identificación de enfermedades infecciosas, eventos relacionados con la salud materno infantil, el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública para la detección oportuna de brotes – epidemias y acceso al programa ampliado de inmunizaciones (Rodríguez Vignoli, 2004).
El flujo migratorio se refiere a emigrantes colombianos que retornan (en muchos casos con sus familias) y a nacionales de otros países que residen o se consideran en tránsito por cualquier lugar del territorio colombiano, ya sea porque se dirigen hacia otros países o bien, porque traspasan la frontera para adquirir bienes y servicios de primera necesidad, incluyendo medicamentos y atención en salud. Este flujo, especialmente proveniente de República Bolivariana de Venezuela.
Casanare, geográficamente se encuentra en un corredor de tránsito de la población migrante venezolana bien sea porque eligen el departamento como destino o porque temporalmente se albergan en su travesía hacia otros lugares del País. Esta población es altamente vulnerable y se convierte en una población potencialmente demandante de servicios de salud, especialmente en el área de urgencias, aumentando el riesgo de brotes, epidemias y de presencia de eventos de interés en salud pública, así como la carga de morbimortalidad.
Un aspecto importante en la migración, es conocer si el territorio tiene un comportamiento expulsor o receptor de población, para esto es necesario conocer el saldo migratorio, que corresponde a la diferencia entre las tasas de inmigración y emigración. Cuando el saldo migratorio es positivo, la población aumenta y hay más inmigrantes que emigrantes; caso contrario ocurre cuando el saldo es negativo.
En 2020 hubo una disminución de la migración venezolana en todo el país que correspondió al -2,35% entre 2019 y 2020, dados los flujos de retorno de migrantes venezolanos a su país de origen por la ralentización de actividades económicas a causa del confinamiento por el Covid-19 y el cierre de la

frontera con Venezuela decretado por Colombia en marzo de 2020 por la pandemia que redujo sustancialmente el registro de los pasos migratorios por parte de Migración Colombia. La situación de la Pandemia hizo que los migrantes venezolanos a nivel nacional estén afiliados al sistema de salud colombiano.

Dada la situación coyuntural sobre la llegada de venezolanos al país, las cifras de migración del censo 2018, hacen un énfasis especial en la inmigración de dicha población. En Casanare, desde el año 2018, han llegado al territorio un total de 83.176 extranjeros venezolanos, los cuales representan un 3,35% (2.477.555) del total de la población migrante en Colombia, para el año 2022 existen en el departamento 22.800 refugiados y migrantes venezolanos, lo que representa el 5,2% de la población total del departamento, específicamente, en el municipio de Yopal se encontraron 11.650, lo que representa el 51 % del total de personas de nacionalidad venezolana en el departamento (Figura 17). De otra parte, la mayoría de los migrantes en Casanare provienen de Venezuela, observándose para el 2023 un 98,4% de la población migrante venezolana. La mayoría de los migrantes venezolanos en Casanare son adultos jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años.

Figura 17. Población Migrante de Venezuela en Casanare. Migración Colombia 2018 a 2022



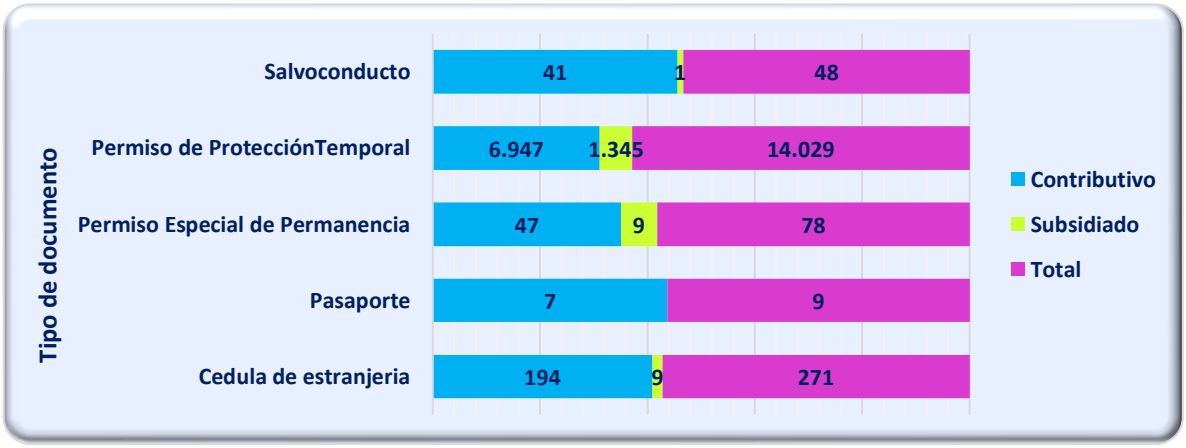
Fuente: Migración Colombia, octubre 2022.

Según la encuesta Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) - Encuesta de Vocación de Permanencia Yopal - Casanare Junio 2023 realizada por la organización OIM, el 44% de la población con vocación de permanencia en el departamento (2.397 personas caracterizadas) llega a la capital del Casanare en busca de oportunidades laborales, pero no obstante, la población refugiada y migrante que vive en Casanare, especialmente en su capital Yopal, aún enfrenta dificultades de acceso a empleo y medios de vida, debido a dificultades en los procesos de regularización con el proceso de registro de ETPV y entrega de PPT. Teniendo en cuenta que el acceso a oportunidades laborales es una de las razones por las cuales la mayoría de la población se asienta en este departamento y capital, el constante aumento de llegada de población nueva al departamento (se resalta aumento de población en Maní), supone mayores retos representando cambios en el contexto

actual, tales como el aumento en el trabajo informal, situación de prostitución y riesgo de trata con fines de explotación laboral y sexual.

Además, en Casanare la población refugiada y migrante aún enfrenta barreras de acceso a derechos básicos como salud o educación, retos en los procesos de regularización que impiden el acceso a medios de vida formales e independencia de familias; lo que genera mayores desafíos en los procesos de integración socioeconómica y cultural, se agudiza la situación de vulnerabilidad de las familias que viven en asentamientos informales, con limitado o casi nulo acceso a servicios básicos, particularmente en municipios y zonas rurales del departamento en los que las condiciones de vivienda, alimentación y prácticas de higiene son precarias, así como riesgos ambientales (desbordamiento de cuerpos hídricos e inundaciones).
Conjuntamente se describe la población refugiada y migrante, residente en Casanare con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y tipo de régimen al que están afiliados; Desde el año 2018, la Secretaría de Salud departamental, ante el fenómeno migratorio en el territorio Casanareño ha tenido la necesidad de gestionar e instaurar mecanismos, estrategias de información y políticas de acceso, que den respuesta en materia de salud al migrante, dadas las diversas situaciones en materia de política social y económica del país de Venezuela.
Con corte al 26 octubre de 2023, en el departamento de Casanare existen 14.435 migrantes, el 97,19 % tienen permiso de protección temporal, el 1,88% cedula de extranjería, el 0,54%, permiso especial de permanencia, el 88,47% está afiliado al régimen subsidiado y el 11,53% al régimen contributivo (Figura 18).

Figura 18. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, identificados con Permiso Especial de Permanencia. Casanare, corte octubre 2023.



Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Adres – Secretaría de Salud de Casanare, Corte 26 de octubre de 2023.

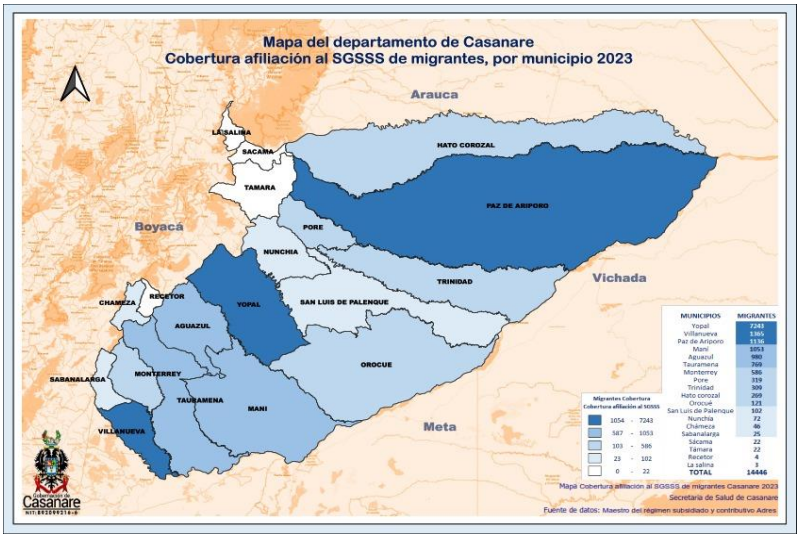
El municipio con el mayor número de migrantes es Yopal con un 48,3%, seguido por La Salina con un 9,7%, Pore con el 8,7% y Villanueva con un 8,7% (Mapa 26 y Tabla 30).

Tabla 30. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, por municipio, Casanare, corte octubre 2023

Municipio/régimen	Contributivo	%	Subsidiado	%	Total
Yopal	994	6,89	6242	86,18	7243
Aguazul	73	0,51	906	92,50	980
Chámeza	4	0,03	42	91,25	46
Hato corozal	6	0,04	263	97,75	269
La salina	1	0,01	2	66,51	3
Maní	232	1,61	819	77,81	1053
Monterrey	36	0,25	550	93,82	586
Nunchía	8	0,06	64	88,82	72
Orocué	14	0,10	107	88,36	121
Paz de Ariporo	32	0,22	1104	97,16	1136
Pore	12	0,08	307	96,21	319
Recetor	1	0,01	3	74,87	4
Sabanalarga	1	0,01	24	95,97	25
Sácama	1	0,00	22	100,00	22
San Luis de Palenque	7	0,05	95	93,09	102
Támara	1	0,01	21	95,42	22
Tauramena	39	0,27	730	94,90	769
Trinidad	10	0,07	299	96,74	309
Villanueva	193	1,34	1171	85,77	1365
Total	**1664**	**11,53**	**12771**	**88,47**	**14435**

Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Adres – Secretaría de Salud de Casanare, Corte 26 de octubre de 2023.

Mapa 26. Mapa Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, por municipio, Casanare 2023.

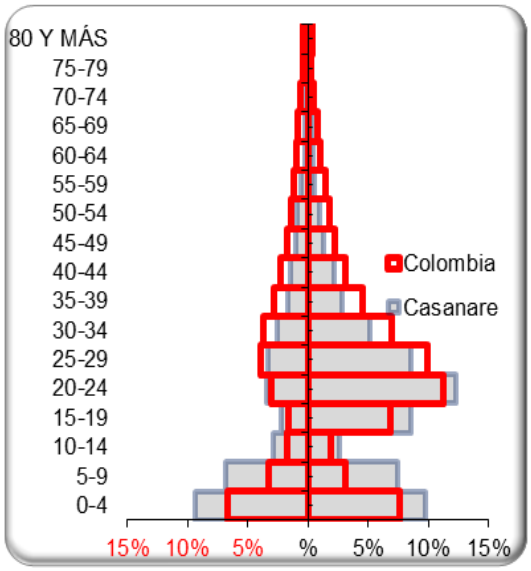


Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Adres – Secretaría de Salud de Casanare, Corte 26 de octubre de 2023.

Así mismo a corte 2021, Casanare se ha realizado 8.491 atenciones en salud brindadas a extranjeros, de los cuales, el 90,4% corresponden a migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela (7.673 personas) y el 9,7% de otros países, de los cuales el 63,3% corresponde a hombres y el 36,7 a mujeres, la mayoría se concentra en las edades de 0 a 44 años, con una mayor proporción en los menores de 14 años, tanto para hombres como para mujeres, la proporción de atenciones brindadas por el sistema de salud de Casanare es superior al promedio nacional, siendo superior para los grupos de 20 a 24 años y de 15 a 19 años con predominio de las atenciones a mujeres en edad fértil. En el grupo de 0 a 4 años, predominaron las atenciones de niños.

Figura 19. Pirámide de la población migrante con atenciones en salud, Casanare 2021

Tabla 31. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, según grupo de edad y municipio, Casanare, corte octubre 2023.



Índice Demográfico	Año	
	Casanare	Colombia
Población total	8.491	807.057
Población Masculina	3.115	291.808
Población femenina	5.376	515.249
Relación hombres: mujer	57,94	57
Razón niños: mujer	47	32
Índice de infancia	39	24
Índice de juventud	38	37
Índice de vejez	2	6
Índice de envejecimiento	5	26
Índice demográfico de dependencia	66,59	39,7
Índice de dependencia infantil	64,67	33,71
Índice de dependencia mayores	1,92	6
Índice de Friz	272,67	119,79

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, datos para actualización ASIS 2022.

5.5 Población LGBTIQ+

La población LGTBIQ+ en Casanare es diversa y creciente, pero aún se carece de datos precisos sobre su tamaño y distribución, sin embargo, se puede tener una estimación que corresponde entre el 5% y 10% de la población total del departamento para el año 2023, lo que equivaldría a aproximadamente a 22.878 y 45.756 personas, los cuales se encuentran distribuidos de forma desigual en todo el territorio, con un mayor predominio en las zonas urbanas, como Yopal, Aguazul y Villanueva. El Gobierno de Casanare ha tomado algunas medidas para apoyar a la población LGTBIQ+, como la creación de la Mesa Departamental Intersectorial de Diversidad Sexual en 2021, con la finalidad de trabajar para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades para las personas LGTBIQ+. A pesar de los avances realizados, la población LGTBIQ+ en Casanare sigue enfrentándose a la discriminación y la violencia, por tanto, es importante que el gobierno y la sociedad civil sigan trabajando para crear un entorno más inclusivo y seguro, que promueva la igualdad de derechos para todas las personas LGTBIQ+.

5.6 Población Migrante

La mayoría de los migrantes en Casanare provienen de Venezuela, con un 98,4% de la población. La mayoría de los migrantes venezolanos en Casanare son adultos jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años. Según el grupo de edad el 35% de los migrantes venezolanos afiliados corresponde a las edades de 28 a 44 años, seguido por el grupo de 18 a 27 años con el 25% y de 6 a 11 años con el 12%. (
Tabla 32 y

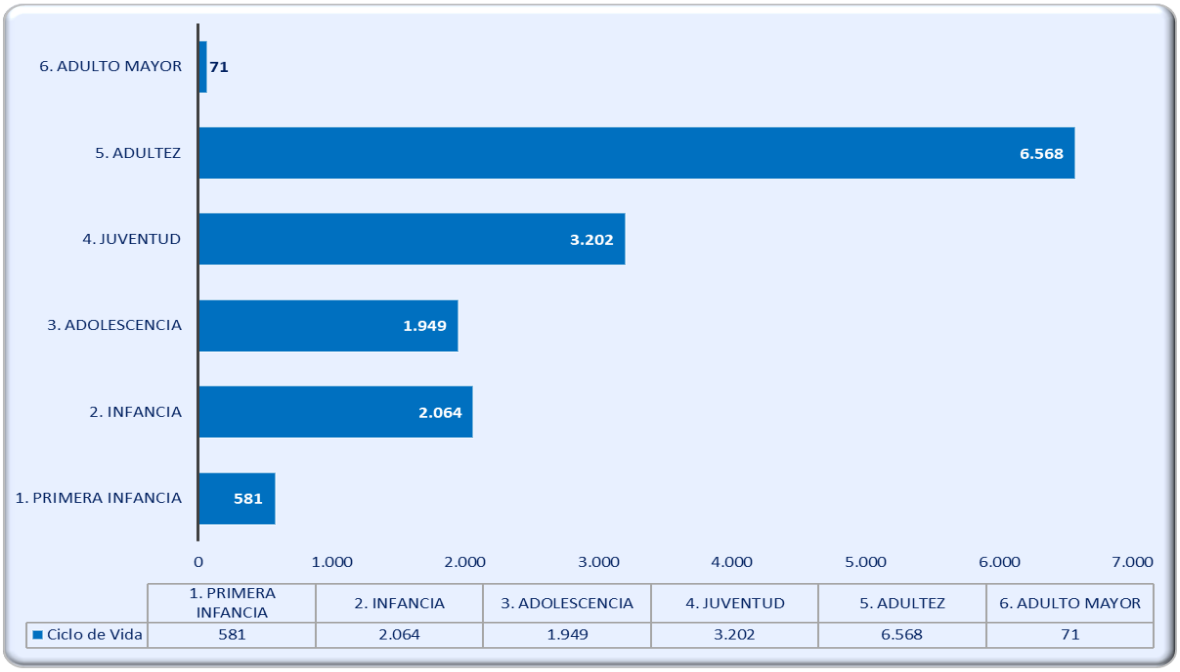
Figura 20).

Tabla 32. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, según grupo de edad y municipio, Casanare, corte octubre 2023.

Municipio/grupo de edad	Menor a 1	De 1 a 5	De 6 a 11	De 12 a 17	De 18 a 27	De 28 a 44	De 45 a 59	Mayor de 60	General
Yopal	0	279	1.027	862	1.683	2.480	738	167	7.236
Aguazul	0	32	146	114	247	331	86	23	979
Chámeza	0	1	8	6	12	12	6	1	46
Hato Corozal	0	9	40	24	60	107	22	7	269
La Salina	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Maní	0	52	144	117	304	330	89	15	1.051
Monterrey	0	22	70	78	137	210	61	8	586
Nunchía	0	5	9	6	18	22	10	2	72
Orocué	0	7	18	10	32	45	7	2	121
Paz De Ariporo	0	49	166	143	247	379	127	25	1.136
Pore	0	22	61	31	61	107	24	13	319
Recetor	0	0	0	0	0	3		1	4
Sabanalarga	0	1	3	3	7	9	1	1	25
Sácama	0	4	2	3	4	6	2	1	22
San Luis De Palenque	0	3	17	15	21	35	9	2	102
Támara	0	3	3	2	3	9	2	0	22
Tauramena	0	25	119	106	192	236	74	17	769
Trinidad	0	15	41	32	74	113	28	6	309
Villanueva	0	52	190	163	334	479	133	13	1.364
Total	**0**	**581**	**2.064**	**1.715**	**3.436**	**4.916**	**1.419**	**304**	**14.435**

Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Adres – Secretaría de Salud de Casanare, Corte 26 de octubre de 2023.

Figura 20. Cobertura afiliación al SGSSS de migrantes, según curso de vida, Casanare, corte octubre 2023.



Fuente. Maestro del régimen subsidiado y contributivo Adres – Secretaría de Salud de Casanare, Corte 26 de octubre de 2023.

Según la Matriz de seguimiento de desplazamiento (DTM) - Encuesta de Vocación de Permanencia Yopal – Casanare, OIM, Colombia 2022, en la población migrante presente en el departamento de Casanare, se perciben situaciones de recrudecimiento de conflicto armado con GANE, especialmente

en municipios como Hato Corozal y en el sur del Casanare, en municipios como Villanueva, Monterrey, Tauramena y Sabanalarga. Se identifican dinámicas de inseguridad en las que la población refugiada y migrante con vocación de permanencia, en tránsito y población de acogida se encuentra inmersa, aumentando situaciones de riesgo de reclutamiento en menores de edad, desplazamientos masivos e individuales e, incluso, aumento en manifestaciones de xenofobia (OIM, 2015).

En algunos asentamientos a los que llega también población venezolana, hay presencia de población víctima del conflicto (desplazados), que son la mayoría, y con el riesgo de aumento de desplazamientos, las necesidades y las precarias condiciones de vida en estos lugares se acrecientan. Así mismo, las condiciones de vivienda en asentamientos informales hacen que la situación de vulnerabilidad de la población refugiada y migrante con vocación de permanencia y comunidades de acogida se incremente. En dichos asentamientos, especialmente en zonas rurales de Yopal u otros municipios como Villanueva, Pore o Tauramena, las condiciones de vivienda son precarias en cuanto a los materiales de construcción, en los que predominan casas en lona y teja de zinc; condiciones de hacinamiento; dinámicas de defecación a campo abierto y una necesidad de actividades de migración de riesgos de contraer ETV, tales como entrega de kits, capacitaciones a la comunidad, entre otras. Asimismo, los socios identifican situaciones de mal nutrición y riesgo de desnutrición, ya que las familias manifiestan comer en promedio dos veces al día, añadiendo poca disponibilidad de agua potable.

Simultáneamente se identifican riesgos incidentes para población con vocación de permanencia y en tránsito, con aumento de trata de personas con fines de explotación laboral en municipios con dinámicas principalmente de agricultura y ganadería, observándose que a cambio del trabajo de las personas les dan acceso a alojamiento y alimentación como pago, esto especialmente en municipios como Yopal, Nunchía, Paz de Ariporo, Trinidad, entre otros, dinámicas de movimiento de población entre municipios que obedece a cosecha de cultivos de arroz (Aguazul, Paz de Ariporo y algunos municipios del norte de Casanare) y de palma (Villanueva, Monterrey, Maní). Se resalta un aumento de situaciones de violencias basadas en género, incluyendo violencia
Sexual; no obstante, todavía existe su notificación de casos por falta de denuncia y la necesidad de fortalecimiento de la ruta de atención y el establecimiento de una casa refugio para atención, especialmente, a mujeres sobrevivientes.

La falta de información sobre la ruta hace que la población en tránsito retrase su viaje, pues se han encontrado algunas personas perdidas geográficamente. Debido a que hubo una reducción de la respuesta por parte de la cooperación en la ruta, el acceso a información, a servicios, alimentación y paquetes nutricionales, entre otros servicios, es casi nulo a lo largo de la ruta hasta Yopal e incremento de robos que se dan entre la población en tránsito. Se percibe aumento en manifestaciones de xenofobia por parte de la población de acogida, principalmente en escuelas, a través de bullying, también en comunidades de acogida y por parte de GANE e, incluso, en algunos gobiernos locales se percibe resistencia a trabajar en pro de la comunidad refugiada y migrante, principalmente en municipios como Pore, Hato Corozal y Paz de Ariporo.

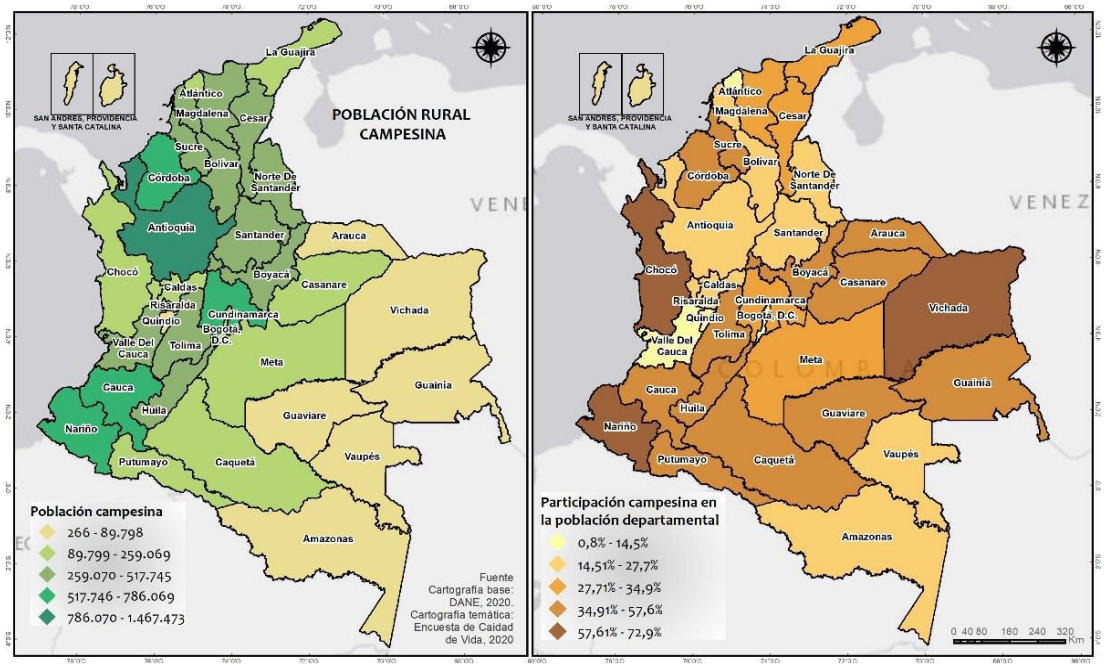
5.7 Población Campesina

Según el DANE El campesino, puede definirse como un "sujeto" intercultural, que se identifica como tal; involucrado vitalmente en el trabajo directo con la tierra y la naturaleza, inmerso en formas de organización basadas en el trabajo familiar y comunitario no remunerado o en la venta de su fuerza de trabajo ubicado en área rural y urbana del territorio (DANE, 2020b).

En 2021 se inició la recolección con los nuevos lineamientos e instrumentos definidos en su rediseño, una de las mejoras aplicadas a la GEIH (Gran Encuesta Integrada de Hogares) dentro del proceso de rediseño fue la actualización del marco muestral a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, además esta nueva metodología incluyó dentro de sus objetivos el de promover la visibilidad estadística de grupos poblacionales priorizados que han sido históricamente discriminados y no visibles en la información estadística oficial. Para la inclusión de esta nueva población de interés se realizan preguntas a la población de 15 años y más y, a partir de ellas, se identifica como campesino(a) aquella persona que subjetivamente se considera como campesino(a) y que adicionalmente vive en una comunidad campesina.

De acuerdo el Informe de Caracterización Sociodemográfica del Campesinado Colombiano, elaborado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) con información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2020, la población campesina en Casanare representa el 42,1% de la población total del departamento, lo que equivale a 223.367, la cual se concentra principalmente en los municipios de Yopal, Aguazul, Tauramena y Pore (Mapa 27).

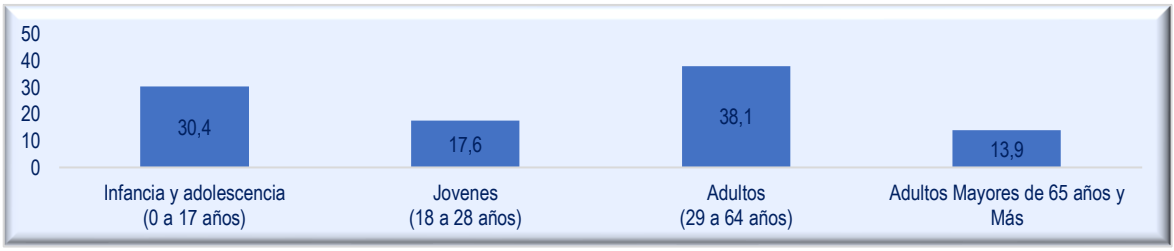
Mapa 27. Población rural campesina, Colombia y Casanare 2020



Fuente: Informe de Caracterización Sociodemográfica del Campesinado Colombiano, 2023

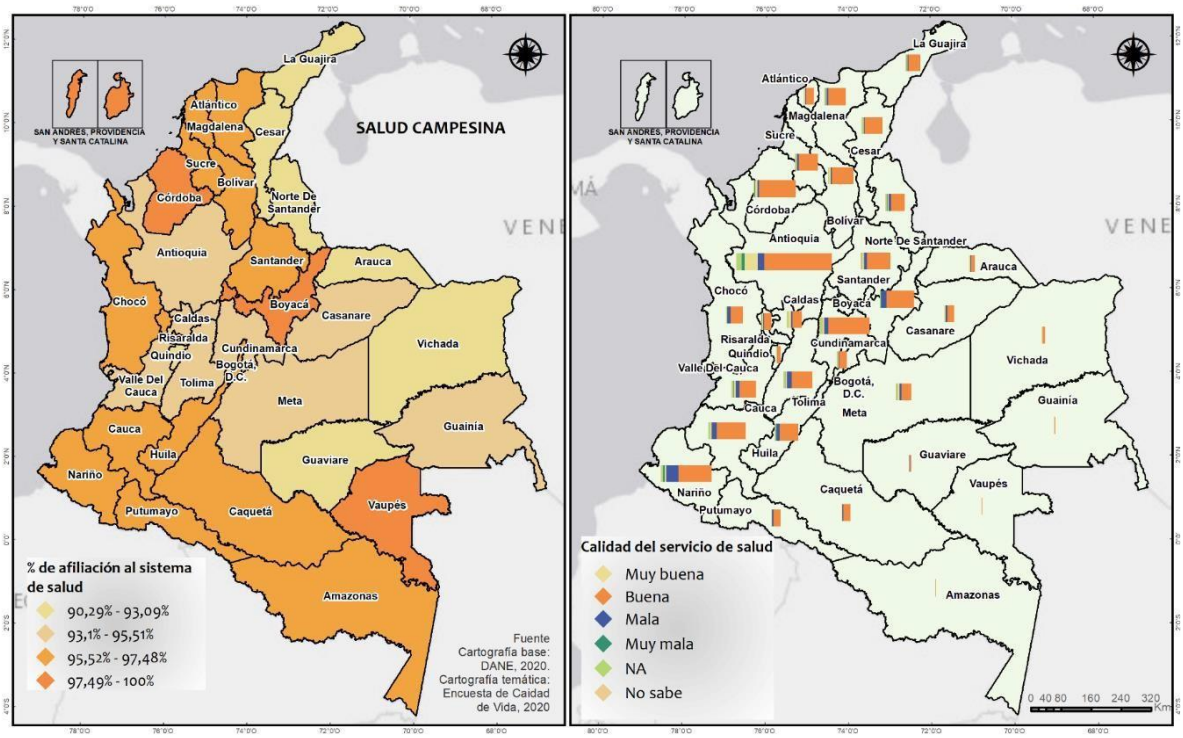
Según grupo etario la población campesina en Casanare está compuesta principalmente por adultos (38,1%), lo cual se debe a que la población campesina tiene una estructura demográfica más joven que la población urbana (Figura 21 y Mapa 28).

Figura 21. Distribución población campesina, Casanare 2020



Fuente: Informe de Caracterización Sociodemográfica del Campesinado Colombiano, 2023

Mapa 28. Acceso a salud y calidad del servicio, Colombia y Casanare, 2020



Fuente: Informe de Caracterización Sociodemográfica del Campesinado Colombiano, 2023

En Casanare la presencia de población desempeña una importante labor para la economía en el sector de agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca e industria manufacturera, y la cultura del

departamento, ya que es responsable de la producción de alimentos, fibras y otros productos agrícolas. Además, la población campesina mantiene vivas las tradiciones y costumbres de la región. Sin embargo, la población campesina en Casanare enfrenta una serie de desafíos, incluyendo la pobreza, la falta de acceso a servicios básicos y la violencia, por tanto, es importante que el gobierno y la sociedad civil trabajen juntos para apoyar a la población campesina y garantizar que tengan las oportunidades necesarias para prosperar.

5.8 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

Existen diferentes factores como el contexto político del territorio, la capacidad de liderazgo del gobierno local y el apoyo de la sociedad civil, que influyen en la transformación de las realidades sociales que afectan la salud de las poblaciones, en contexto, en el departamento de Casanare se cuenta con un gobierno que tiene la capacidad de generar acuerdos dirigidos a transformar estas realidades, además de un contexto político favorable para el desarrollo de políticas públicas de salud, sumado a la condición de liderazgo en temas de salud, y la sociedad civil está comprometida con la mejora de la salud de las poblaciones, sin embargo, es importante, que el gobierno local tenga la capacidad de negociar y llegar a consensos con los diferentes actores involucrados, incluyendo a la sociedad civil, el sector privado y las comunidades.

Además, que existan acuerdos para reducir la pobreza (factor que contribuye a la mala salud) por tanto, el gobierno local deberá formular programas y proyectos que ayuden a reducir la pobreza, programas de educación, calidad del agua, (acceso agua potable), construyendo sistemas de acueducto y alcantarillado, y capacitando a las comunidades sobre cómo tratar el agua reducir la violencia (la violencia es un factor que puede contribuir a problemas de salud mental, como la depresión y el estrés postraumático).

En el departamento de Casanare en los últimos años, los diferentes gobiernos territoriales han tenido la capacidad de accionar, gracias a la construcción de alianzas entre sectores y el desarrollo de estrategias intersectoriales que le han permitido abordar problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, como por ejemplo el Programa de Fortalecimiento de la Institucionalidad Cultural del departamento, éste programa, que es ejecutado por la Gobernación de Casanare en alianza con el Ministerio de Cultura, ha contribuido a fortalecer la capacidad de gestión de las entidades culturales del departamento y beneficien con proyectos culturales a la población, así mismo, se encuentra el Plan Integral de Seguridad Alimentaria y Nutricional del departamento, el cual es ejecutado por la Gobernación de Casanare en alianza con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, que ha contribuido a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de la población casanareña, con la implementación de programas de asistencia alimentaria, la promoción de la producción agrícola y la educación nutricional. Estas alianzas entre los diferentes sectores y el desarrollo de estrategias intersectoriales han permitido a los gobiernos territoriales de Casanare contribuir al bienestar de la población de diversas maneras y abordar problemas complejos, como la pobreza, la violencia y la falta de acceso a servicios básicos.

Respecto a que, si la Entidad Territorial cuenta con recursos y mecanismos para favorecer la participación social en salud en el territorio, podríamos concluir que sí, dado que la normatividad vigente según la Ley 1751 de 2015 establece la Participación Social en salud como un derecho de los ciudadanos; el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, como hoja de ruta de la salud pública, promueve espacios para el fortalecimiento de la participación social en salud a través de consejos

locales de salud, mesas intersectoriales de salud y espacios de participación ciudadana que establece la participación social como una estrategia fundamental para la salud pública y el plan territorial de salud l, e incluyen mecanismos para la participación social.

Además, el departamento de Casanare cuenta con una red de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas de salud, las cuales ayudan a promover la participación social en salud, sin embargo, es importante señalar que la participación social en salud requiere voluntad política y recursos, por tanto, los gobiernos locales de Casanare deben continuar trabajando para garantizar que estas condiciones estén presentes para la inclusión de todos los grupos de la población, incluidos los grupos que históricamente excluidos tengan la oportunidad de participar en los procesos de salud, financiar proyectos de participación social en salud, como campañas de educación y movilización social, contribuyendo a crear un sistema de salud más justo, equitativo y efectivo.

De otra parte, el gobierno local ha construido lazos de confianza con las comunidades lo cual ha generado una mayor probabilidad que participen en los procesos de salud, a través de los consejos locales de salud, mesas intersectoriales de salud y espacios de participación ciudadana, sin embargo, también hay algunos desafíos que deben superarse para fortalecer los lazos de confianza entre el gobierno local y las comunidades, como por ejemplo que el gobierno local sea transparente y responsable en su gestión, así como escuchar las voces de las comunidades y tome en cuenta sus necesidades.

En el territorio de Casanare, existe una institucionalidad de tipo estatal, privada y comunitaria, en donde la institucionalidad estatal está conformada por las instituciones públicas que ejercen el poder político y administrativo en el departamento (La Gobernación de Casanare, la Asamblea Departamental de Casanare y los 19 municipios del departamento). La institucionalidad privada está conformada por las instituciones privadas que ejercen actividades económicas, sociales o culturales (empresas producen bienes y servicios, organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan por el desarrollo social y cultural, asociaciones y gremios que representan los intereses de los sectores productivos y sociales). La institucionalidad comunitaria está conformada por las instituciones que representan los intereses de las comunidades locales (juntas de acción comunal – JAC, asociaciones indígenas, asociaciones campesinas. Sin embargo, la institucionalidad en Casanare es un sistema complejo que está conformado por diferentes actores con intereses y objetivos distintos, con el reto de lograr la coordinación y articulación entre estos actores para que puedan trabajar juntos por el desarrollo del departamento, así mismo, quedan desafíos por superar, como la corrupción, la falta de transparencia y la desigualdad social.

En el departamento de Casanare operan cuatro (4) Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, las cuales se encuentran distribuidas en tres (3) EAPB de carácter privado (Nueva EPS, Sanitas EPS, Coosalud EPS) y una (1) privada (Capresoca EPS), con mayor concentración de afiliados a EAPB en los municipios de Yopal, Aguazul y Paz de Ariporo.

La red pública prestadora de servicios de salud en el departamento se conforma por cinco (5) Empresas Sociales del Estado – E.S.E., dos (2) localizadas en el municipio de Yopal (E.S.E Hospital regional de la Orinoquía y ESE Salud Yopal), una (1) localizada en el municipio de Tauramena y Aguazul (ESE Tauramena y ESE Hospital Juan Hernando Urrego), y una E.S.E descentralizada en 16 municipios del departamento con su sede de operaciones en Yopal (Red Salud Casanare ESE).

Según el Sistema general de Seguridad Social en Salud – SGSSS existe la siguiente cobertura en el departamento de Casanare

5.8.1 Cobertura de Afiliación a la Seguridad Social en Salud

Según Adres, Maestro subsidiado y Maestro contributivo y reporte de Regímenes especiales a Secretaría de Salud de Casanare, a 26 de octubre de 2023, el 95,2% (445.445) de la población del departamento se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El 57,6% de la población afiliada se encuentra en el régimen Subsidiado, el 37,4% en el régimen contributivo y el 4,8% en el régimen especial. (Tabla 33).

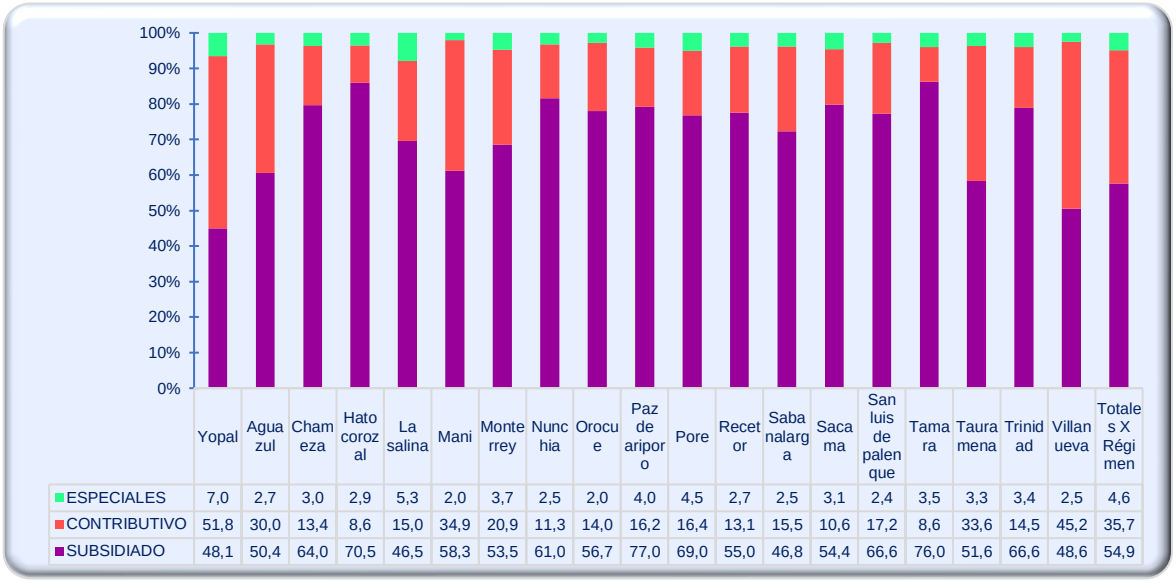
Tabla 33. Cobertura de Afiliación a la Seguridad Social en Salud, Casanare, corte 26 octubre de 2023

Municipio	Subsidiado	Contributivo	Especiales			
			Magisterio	Fuerzas militares	Policía	Ecopetrol
Yopal	91.955	98.991	4.364	5.456	2.855	640
Aguazul	20.431	12.164	527	338	223	0
Chámeza	1.603	335	46	6	22	0
Hato corozal	9.609	1.177	241	107	52	0
La salina	656	212	36	0	39	0
Maní	10.511	6.295	217	93	44	0
Monterrey	10.268	4.009	443	107	86	67
Nunchia	5.982	1.106	61	123	57	0
Orocue	7.850	1.942	187	57	32	0
Paz de Ariporo	31.089	6.544	973	535	125	0
Pore	8.748	2.075	230	290	48	0
Recetor	863	206	19	3	21	0
Sabanalarga	1.870	618	58	12	29	0
Sácama	1.270	247	50	1	22	0
San Luis de palenque	5.909	1.531	120	71	23	0
Tamara	5.316	604	125	84	38	0
Tauramena	13.606	8.853	421	360	88	0
Trinidad	9.936	2.160	267	177	58	0
Villanueva	19.250	17.907	640	192	141	0
Casanare	**256.722**	**166.976**	**9.025**	**8.012**	**4.003**	**707**

Fuente: Adres Base Maestro subsidiado, Maestro contributivo y Secretaría de Salud de Casanare – oficina de Aseguramiento.

En todos los municipios del Departamento, la cobertura de afiliación a la seguridad social en salud es superior al 80%, excepto, Recetor, La Salina, Sácama, Sabanalarga, Nunchía y Orocué (Figura 22).

Figura 22. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por municipio, Casanare, 2023



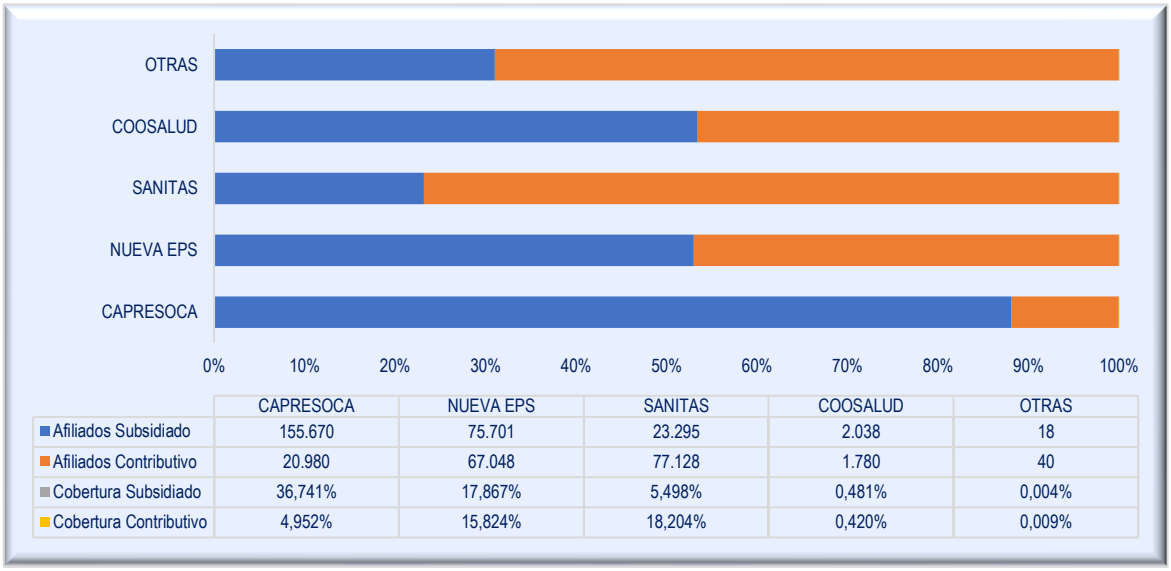
	Yopal	Aguazul	Chameza	Hatocoroza l	La salina	Mani	Monterrey	Nunchia	Orocue	Paz de aripor o	Pore	Recetor	Sabanalarga	Sacama	San luis de palenque	Tamara	Tauramena	Trinidad	Villanueva	Totales X Régimen
ESPECIALES	7,0	2,7	3,0	2,9	5,3	2,0	3,7	2,5	2,0	4,0	4,5	2,7	2,5	3,1	2,4	3,5	3,3	3,4	2,5	4,6
CONTRIBUTIVO	51,8	30,0	13,4	8,6	15,0	34,9	20,9	11,3	14,0	16,2	16,4	13,1	15,5	10,6	17,2	8,6	33,6	14,5	45,2	35,7
SUBSIDIADO	48,1	50,4	64,0	70,5	46,5	58,3	53,5	61,0	56,7	77,0	69,0	55,0	46,8	54,4	66,6	76,0	51,6	66,6	48,6	54,9

Fuente: Adres Base Maestro subsidiado, Maestro contributivo y Secretaria de Salud de Casanare – oficina de Aseguramiento. Fecha de corte 26 de octubre de 2023.

5.8.2 Afiliación por régimen y EPS.

La EPS con mayor número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud en el departamento de es Capresoca con el 41,69% (176.650), seguido de Nueva EPS con 33,69% (142.749) y Sanitas 23,70% (100.423). Para el Régimen Subsidiado la EPS con más afiliados es Capresoca con 36,7% (155.670), seguido de Nueva EPS con 17,8% (75.701) (Figura 23).

Figura No 1. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud según régimen, Casanare, 2023.



	CAPRESOCA	NUEVA EPS	SANITAS	COOSALUD	OTRAS
Afiliados Subsidiado	155.670	75.701	23.295	2.038	18
Afiliados Contributivo	20.980	67.048	77.128	1.780	40
Cobertura Subsidiado	36,741%	17,867%	5,498%	0,481%	0,004%
Cobertura Contributivo	4,952%	15,824%	18,204%	0,420%	0,009%

Fuente: Adres Base Maestro subsidiado, Maestro contributivo y Secretaría de Salud de Casanare – oficina de Aseguramiento. Fecha de corte 26 de octubre de 2023.

5.8.3 Afiliación por Rango de edad y Régimen de Afiliación

Para el régimen subsidiado, el grupo Etario con mayor afiliación fue el de 28 a 44 años 22,18% (56.946), seguido de 18 a 27 años 16,40% (42.101) y el de 46 a 59 años 15,84% (40.672) (Tabla 34).

Tabla 34. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud Subsidiado, por municipio y grupo etario, Casanare, corte 26 octubre de 2023

Municipio	Menor a 1	De 1 a 5	De 6 a 11	De 12 a 17	De 18 a 27	De 28 a 44	De 45 a 59	Mayor de 60	Total
Yopal	1.168	7.720	9.657	9.810	15.867	22.128	15.021	10.584	91.955
Aguazul	263	1.653	2.107	2.270	3.309	4.322	3.425	3.082	20.431
Chámeza	18	109	170	158	226	357	278	287	1.603
Hato corozal	126	1.018	1.183	1.220	1.546	1.982	1.385	1.149	9.609
La salina	4	45	82	97	104	114	90	120	656
Maní	164	1.037	1.136	1.108	1.774	2.276	1.645	1.371	10.511
Monterrey	127	849	1.066	1.136	1.644	2.236	1.783	1.427	10.268
Nunchía	64	524	656	757	835	1.209	948	989	5.982
Orocué	102	718	970	1.062	1.248	1.493	1.188	1.069	7.850
Paz de Ariporo	443	3.009	3.770	3.775	4.822	6.517	4.683	4.070	31.089
Pore	139	866	1.068	1.087	1.318	1.847	1.271	1.152	8.748
Recetor	6	57	85	77	119	157	152	210	863
Sabanalarga	17	118	178	212	280	386	329	350	1.870
Sácama	13	124	139	152	215	232	204	191	1.270
San Luis de palenque	81	520	653	749	856	1.261	890	899	5.909
Támara	79	523	641	673	827	1.055	744	774	5.316
Tauramena	161	1.116	1.626	1.554	2.358	2.940	2.188	1.663	13.606
Trinidad	124	925	1.203	1.324	1.520	2.089	1.528	1.223	9.936

Villanueva	306	1.819	2.048	2.168	3.233	4.345	2.920	2.411	19.250
Total	**3.405**	**22.750**	**28.438**	**29.389**	**42.101**	**56.946**	**40.672**	**33.021**	**256.722**

Fuente: Adres Maestro subsidiado y Secretaría de Salud de Casanare – oficina de Aseguramiento.

Para el régimen contributivo, el grupo etario con mayor afiliación fue el de 28 a 44 años 35,18% (57.736), seguido de 18 a 27 años 17,70% (29.553) y el de 45 a 59 años 16,87% (28.168) (Tabla 35).

Tabla 35. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud Contributivo, por municipio y grupo etario, Casanare, corte 26 octubre de 2023.

Municipio	Menor a 1	De 1 a 5	De 6 a 11	De 12 a 17	De 18 a 27	De 28 a 44	De 45 a 59	Mayor de 60	Total
Yopal	962	5.481	8.599	8.231	16.571	34.620	16.893	7.634	98.991
Aguazul	124	619	1.109	1.020	2.242	4.145	2.106	799	335
Chámeza	2	18	25	19	80	140	43	8	1.177
Hato corozal	9	68	71	82	274	423	169	81	212
La salina	1	12	12	14	46	82	36	9	6.295
Maní	48	394	441	406	1.281	2.410	1.051	264	4.009
Monterrey	38	212	326	327	690	1.434	720	262	1.106
Nunchía	4	45	64	64	280	413	188	48	1.942
Orocué	10	112	107	113	429	744	314	113	6.544
Paz de Ariporo	56	349	553	518	1.159	2.489	982	438	2.075
Pore	21	126	148	143	498	771	286	82	206
Recetor	1	9	19	12	47	72	38	8	618
Sabanalarga	3	31	30	35	130	216	124	49	247
Sácama	2	20	18	12	50	100	40	5	1.531
San Luis de palenque	11	84	114	86	260	602	297	77	604
Támara	4	27	32	43	176	200	88	34	8.853
Tauramena	77	523	770	749	1.636	3.102	1.567	429	2.160
Trinidad	16	145	144	137	379	849	357	133	17.907
Villanueva	193	1.168	1.601	1.736	3.325	5.924	2.869	1.091	98.991
Total	**1.582**	**9.443**	**14.183**	**13.747**	**29.553**	**58.736**	**28.168**	**11.564**	**166.976**

Fuente: Adres Maestro contributivo y Secretaría de Salud de Casanare – oficina de Aseguramiento.

5.9 En Casanare existe la siguiente oferta institucional en salud y protección social.

En Prestación de Servicios y Capacidad Instalada, se presentan los servicios habilitados en el departamento de Casanare para la prestación de servicios de salud 2022 en donde se habilitaron 59 servicios más que los habilitados en el 2021. El 42,87% de los servicios habilitados se clasifican de consulta externa mientras que 22,72% son servicios de promoción y prevención de la salud, los que acumulan el 65,69% del total de la capacidad instalada en el departamento y el 22,43% son servicios de apoyo diagnóstico. Así mismo, se detalla y especifica los servicios habilitados con base en la Resolución 3100 de 2019, lo cual permite que los Prestadores de Servicios de Salud, tanto públicos y privados de todos y cada uno de los municipios del departamento, cumplen su rol social de estructurarse en red y la obligación de mantener la salud de la población, que es a lo que se comprometen con la autorización de profesión y de acción que les entrega el Estado (Tabla 36).

Tabla 36. Servicios habilitados en las Instituciones Prestadoras de Salud, Casanare, 2015 a 2022.

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	8	12	14	15	15	15	15	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	2	2	2	2	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	8	9	8	8	7	7	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	7	8	9	12	12	12	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	1	2	2					
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	5	6	8	9	8	8	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	54	48	45	43	40	39	39	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	22	29	35	38	46	48	55	58
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	44	49	53	52	59	63	69	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	2	2	2	2	1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamía	1	2	2	3	2	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	1	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	61	63	59	59	61	61	65	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología				1	2	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	3	3	3	4	5	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	2	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	1	2	4	5	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar			4	7	7	7	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia		1	1	1	1	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	28	26	26	24	27	29	29	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	56	60	59	67	67	70	72	77
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	61	63	66	67	71	71	68	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual				1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	21	26	33	34	40	42	47	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	22	26	30	32	39	41	46	48
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	43	45	44	42	40	40	40	40
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	76	82	85	88	89	90	95	103
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	28	25	24	22	22	24	24	24

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	3	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	13	17	18	19	20	23	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	1	1	1	1	1	1	2	2
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	6	8	10	11	10	12	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	14	19	20	22	21	22	20	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	2	4	6	7	7	7	6	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	1	1	1	1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello			1	1	1	1	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano			3	4	4	4	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos					1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax			2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	1	1	1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	1	1	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	11	14	16	16	16	19	22	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	6	8	11	13	12	13	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica				1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	10	9	8	11	11	11	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	2							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	7	8	9	11	9	9	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	3	7	9	9	8	8	8	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología		1	1	1	1	1	1	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	24	27	27	34	33	33	33	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	11	13	16	20	20	21	24	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	1	3	4	5	6	8	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	4	6	9	11	11	11	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	20	16	12	12	13	13	16	16

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	62	70	74	79	82	89	102	107
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología			1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	35	34	32	32	32	32	29	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	42	41	38	37	36	36	33	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	7	7	9	11	10	10	13	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de genética		1	2	2	3	3	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	4	4	5	5	6	6	7	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	22	27	32	37	35	39	46	48
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica				1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	1	3	4	4	4	5	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica				1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	6	5	3	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	5	8	11	11	12	13	12	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología			1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	29	31	31	30	33	37	41	43
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	4	4	3	3	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	2	1	2	6	8	9	18	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte							1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	5	7	13	13	14	14	18	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	104	108	112	115	120	130	133	138
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	22	26	29	33	34	37	50	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	4	2	1	2	2	3	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china				1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	3	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	3	1		1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	4	6	8	8	8	9	11	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica		1	3	3	4	5	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología		1	3	3	3	3	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	2	5	10	10	10	10	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	1	3	5	5	6	6	5	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	4	6	8	8	8	9	10	12

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	7	13	15	15	14	15	18	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	4	5	7	8	9	9	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	26	33	44	49	49	55	65	69
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	86	82	78	79	81	79	79	81
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	8	8	6	7	7	7	7	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	8	9	9	9	9	9	12	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología oncológica							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica		1	1	1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica					1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	38	37	37	36	36	42	45	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	22	18	15	15	15	16	19	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia oncológica				1	1	1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	1	1	1	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	13	18	22	24	24	27	31	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	11	13	17	17	17	17	18	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	27	30	29	28	27	28	31	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	20	25	29	33	36	38	49	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	13	11	8	9	9	9	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	55	61	69	78	79	90	96	99
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	10	12	15	16	17	17	17	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia						1	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	9	7	6	7	7	7	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	1	3	7	7	7	8	7	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	29	28	27	26	25	25	21	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	33	32	31	31	31	31	28	28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	1	2	2	2	2	2	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	7	9	13	14	14	16	20	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica							1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	3	3	3	3	3	3	3	3
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	1	1						

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico						1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	2	2	1	1	1	1	1	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal		2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	1	2	2	2	2	3	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	2	3	3	3	3	4	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	2	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	1	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	24	26	26	27	26	26	26	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	23	23	23	24	24	24	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	1	2	3	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	2	3	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas			1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	1	2	2	2	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	23	24	24	25	25	25	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1	2	2	2	2	2	2	1
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	2							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			79					
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas			1	2	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	4	7	8	12	13	27	26	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador		3	2	3	5	7	6	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	3	6	8	11	12	14	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas				2	3	3	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	10	13	12	11	9	9	10	10

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	79	80		84	84	83	79	79
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	65	61	57	54	52	52	50	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	47	48	52	55	56	56	55	54
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	52	53	56	59	61	62	58	56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	52	53	56	59	61	61	57	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	51	53	56	57	58	57	56	54
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	51	53	55	57	60	60	56	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	51	52	55	56	59	60	57	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	40	41	42	46	48	49	48	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	54	54	52	50	48	48	48	47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	69	69	66	63	60	60	59	58
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	22	23	24	25	26	28	28	28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	19	19	20	20	20	20	20	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	56	57	58	61	64	64	60	58
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	74	72	67	71	71	70	67	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	42	42	42	42	42	42	42	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	43	42	40	39	38	38	38	37
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular		1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	1	1	3	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos			1	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	3	3	3	5	5	5	5	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	2	3	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	6	8	9	11	10	10	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	6	8	9	9	8	8	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	7	7	7	8	7	7	7	7

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	2	3	3	3	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	5	5	6	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica				1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	8	6	6	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	4	6	7	9	8	8	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	5	6	7	7	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica		3	7	8	8	8	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	5	6	6	8	7	7	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	4	6	7	8	7	7	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiológica	1	3	4	5	4	4	4	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	2	2	2	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	28	29	28	30	28	28	28	28
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	10	14	14	15	13	14	13	13
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	22	22	22	23	23	23	23	23

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, REPS y SISPRO 2022.

Existen otros Indicadores de Infraestructura - Prestación de Servicios – Capacidad Instalada: El análisis de la capacidad instalada en el departamento se realizó con la información del Registro especial de Prestadores de servicios de Salud y de SISPRO, para lo que se tuvo en cuenta las camas de hospitalización, las salas de cirugía y/o parto y las ambulancias.

Para el año 2022 por REPS, el departamento tenía por cada 1.000 habitantes 0,23 ambulancias, el 0,17 corresponde a ambulancias básicas y 0,05 ambulancias medicalizadas; 0,76 camas para adulto; 0,12 camas de cuidado intensivo; 0,07 camas de cuidado intermedio y 1,42 camas (Tabla 37).

Tabla 37. Otros Indicadores del Sistema Sanitario (oferta de prestadores capacidad instalada) por 1.000 habitantes, Casanare. 2020-2022

Indicador	2020	2020	2021	2021	2022	2022
	REPS	SISPRO	REPS	SISPRO	REPS	SISPRO
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,17	0,17	1,8	0,74	0,17	0,19
Razón de ambulancias Medicalizada por 1.000 habitantes	0,05	0,06	0,05	0,23	0,06	0,05
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,22	0,23	0,23	0,97	0,23	0,24
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,63	0,63	0,76	3,12	0,74	0,76
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,09	0,09	0,12	0	0,13	0,00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,08	0,08	0,07	0	0,07	0,00
Razón de camas por 1.000 habitantes	1,28	1,26	1,42	3,94	1,42	0,95

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – SISPRO y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaría de Salud de Casanare.

La distribución de camas por tipo de servicio, tipo de prestador y nivel de complejidad, se observa en la
Tabla 155.

Tabla 38. Distribución de camas según tipo de servicio, tipo de prestador y nivel de complejidad. Casanare, 2023 corte 30 de septiembre

Camas	II Nivel			I Nivel			Total
	Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total	
Adultos	126	74	200	120	0	120	320
Cuna Básico Neonatal	7	3	10	0	0	0	10
Cuna Intensiva Pediátrica	0	2	2	0	0	0	2
Cuna Intermedia Neonatal	0	3	3	0	0	0	3
Cuna Intermedia Pediátrica	0	2	2	0	0	0	2
Incubadora Básico Neonatal	2	0	2	0	0	0	2
Incubadora Intensiva Neonatal	0	9	9	0	0	0	9
Incubadora Intermedia Neonatal	3	0	3	0	0	0	3
Intensiva Adultos	0	43	43	0	0	0	43
Intensiva Pediátrica	0	2	2	0	0	0	2
Intermedia Adultos	10	14	24	0	0	0	24
Intermedia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0
Paciente crónico con ventilador	0	0	0	0	0	0	0
Paciente crónico sin ventilador	0	0	0	0	0	0	0
Pediátrica	16	6	22	47	0	47	69
Salud Mental Adulto	0	14	14	0	0	0	14
Salud Mental Pediátrico	0	2	2	0	0	0	2
SPA Adultos	0	12	12	0	0	0	12
SPA Pediátricas	0	2	2	0	0	0	2
TPR / Atención de Parto	20	4	24	38	0	38	62
Total de camas							**581**

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – SISPRO y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaría de Salud de Casanare.

Camas de internación: en el departamento se encontraban habilitadas 627 camas para el 2022, el 72,25% (453) se localizan en Yopal, el 4,63% (29) en Tauramena y Aguazul. La proporción de camas de internación por cada 10.000 habitantes es de 14,18. Los municipios con la mayor proporción de camas por habitante son La Salina, Sácama, Yopal, Chámeza, Pore y Tauramena. Para el caso de Yopal se observa una disminución porcentual importante en el número de camas, esto se debe a que se depuró aquellas instituciones que, en el REPS, registran camas para la modalidad Extramural Domiciliario, información que no es aplicable la capacidad instalada institucional que estamos analizando (Tabla 39).

Tabla 39. Distribución de Camas de internación hospitalaria habilitadas por municipio, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre

Año 2021				Año 2022				Año 2023			
Municipio	Cantidad	Camas por 10.000 habitantes	Porcentaje	Municipio	Cantidad	Camas por 10.000 habitantes	Porcentaje	Municipio	Cantidad	Camas por 10.000 habitantes	Porcentaje
Aguazul	29	7,56	4,66	Aguazul	29	7,51	4,63	Aguazul	29	7,16	4,99
Chámeza	4	15,04	0,64	Chámeza	4	14,95	0,64	Chámeza	4	0,99	0,69
Hato Corozal	7	5,73	1,13	Hato Corozal	7	5,69	1,12	Hato Corozal	7	1,73	1,20
La Salina	6	43,42	0,96	La Salina	6	43,17	0,96	La Salina	6	1,48	1,03
Maní	6	3,4	0,96	Maní	6	3,38	0,96	Maní	6	1,48	1,03
Monterrey	10	5,5	1,61	Monterrey	10	5,47	1,59	Monterrey	10	2,47	1,72
Nunchía	4	4,55	0,64	Nunchía	4	4,52	0,64	Nunchía	4	0,99	0,69
Orocué	7	5,48	1,13	Orocué	7	5,45	1,12	Orocué	7	1,73	1,20
Paz de Ariporo	11	2,92	1,77	Paz de Ariporo	11	2,9	1,75	Paz de Ariporo	11	2,71	1,89
Pore	11	9,04	1,77	Pore	11	8,98	1,75	Pore	11	2,71	1,89
Recetor	4	22,06	0,64	Recetor	4	21,92	0,64	Recetor	4	0,99	0,69
Sabanalarga	4	11,1	0,64	Sabanalarga	4	11,03	0,64	Sabanalarga	4	0,99	0,69
Sácama	5	24,06	0,8	Sácama	5	23,91	0,8	Sácama	5	1,23	0,86
San Luís de Palenque	8	9,5	1,29	San Luís de Palenque	8	9,44	1,28	San Luís de Palenque	8	1,97	1,38
Támara	4	6,04	0,64	Támara	4	6	0,64	Támara	4	0,99	0,69
Tauramena	29	11,41	4,66	Tauramena	29	11,34	4,63	Tauramena	29	7,16	4,99
Trinidad	10	7,37	1,61	Trinidad	10	7,32	1,59	Trinidad	10	2,47	1,72
Villanueva	15	4,11	2,41	Villanueva	15	4,08	2,39	Villanueva	15	3,70	2,58
Yopal	448	24,98	72,03	Yopal	453	25,1	72,25	Yopal	407	100,42	70,05
Total Casanare	**622**	**14,16**	**100**	**Total Casanare**	**627**	**14,18**	**100**	**Total Casanare**	**581**	**143,36**	**100,00**

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – SISPRO y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaría de Salud de Casanare.

En el departamento de Casanare para el año 2022 en primer nivel se habilitaron 92 salas, 28 públicas y 64 privadas. En segundo nivel fueron 49 salas, 40 privadas y 9 públicas. Tener en cuenta que se depuró aquellas instituciones que, en el REPS, registran camas para la modalidad Extramural Domiciliario, debido a que no es aplicable a la capacidad instatalada institucional, ya que estas varían dependiendo de los pacientes que se hospitalicen en dicha modalidad (Tabla 40).

Tabla 40. Distribución de Salas habilitadas, según tipo de prestador, servicio y nivel de atención, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre

Año 2021								Año 2022								Año 2023							
Salas	II Nivel			I Nivel			Total	Salas	II Nivel			I Nivel			Total	Salas	II Nivel			I Nivel			Total
	Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total			Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total			Públicas	Privadas	Sub Total	Públicas	Privadas	Sub Total	
Sala de Cirugía y/o	6	8	14	0	1	1	15	Sala de Cirugía y/o	6	9	15	0	0	0	15	Sala de Cirugía y/o	6	10	16	0	0	0	16

Quirófanos								Quirófanos								Quirófanos							
Salas de Partos	2	1	3	20	0	20	23	Salas de Partos	2	1	3	20	0	20	23	Salas de Partos	2	0	2	20	0	20	22
Sala de Procedimientos	1	28	29	8	60	68	97	Sala de Procedimientos	1	30	31	8	64	72	103	Sala de Procedimientos	1	29	30	9	61	70	100
Total	9	37	46	28	61	89	135	Total	9	40	49	28	64	92	141	Total	9	39	48	29	61	90	138

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – SISPRO y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaria de Salud de Casanare.

El municipio con el mayor porcentaje de salas habilitadas para el año 2022 fue Yopal con 50,35% (71), seguido de Aguazul con 24,82% (35) y Villanueva con 4,26% (6) (Tabla 41).

Tabla 41. Distribución de Salas habilitadas por municipio, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre

Año 2021				Año 2022				Año 2023			
Municipio	Numero salas	Salas por 10.000 habitantes	Porcentaje	Municipio	Numero salas	Salas por 10.000 habitantes	Porcentaje	Municipio	Numero salas	Salas por 10.000 habitantes	Porcentaje
Aguazul	35	9,12	25,93	Aguazul	35	9,07	24,82	Aguazul	28	6,91	0,07
Chámeza	1	3,76	0,74	Chámeza	1	3,74	0,71	Chámeza	1	3,99	0,04
Hato Corozal	1	0,82	0,74	Hato Corozal	1	0,81	0,71	Hato Corozal	1	0,73	0,01
La Salina	1	7,24	0,74	La Salina	1	7,19	0,71	La Salina	1	7,09	0,07
Maní	1	0,57	0,74	Maní	1	0,56	0,71	Maní	1	0,55	0,01
Monterrey	4	2,2	2,96	Monterrey	4	2,19	2,84	Monterrey	4	2,09	0,02
Nunchía	1	1,14	0,74	Nunchía	1	1,13	0,71	Nunchía	1	1,02	0,01
Orocué	1	0,78	0,74	Orocué	1	0,78	0,71	Orocué	1	0,72	0,01
Paz de Ariporo	4	1,06	2,96	Paz de Ariporo	3	0,79	2,13	Paz de Ariporo	6	1,49	0,01
Pore	2	1,64	1,48	Pore	2	1,63	1,42	Pore	2	1,58	0,02
Recetor	1	5,52	0,74	Recetor	1	5,48	0,71	Recetor	1	6,37	0,06
Sabanalarga	1	2,78	0,74	Sabanalarga	1	2,76	0,71	Sabanalarga	1	2,50	0,03
Sácama	1	4,81	0,74	Sácama	1	4,78	0,71	Sácama	1	4,29	0,04
San Luís de Palenque	1	1,19	0,74	San Luís de Palenque	1	1,18	0,71	San Luís de Palenque	1	1,13	0,01
Támara	1	1,51	0,74	Támara	1	1,5	0,71	Támara	1	1,43	0,01
Tauramena	5	1,97	3,7	Tauramena	5	1,96	3,55	Tauramena	7	2,65	0,03
Trinidad	4	2,95	2,96	Trinidad	4	2,93	2,84	Trinidad	4	2,68	0,03
Villanueva	5	1,37	3,7	Villanueva	6	1,63	4,26	Villanueva	6	1,51	0,02
Yopal	65	3,62	48,15	Yopal	71	3,93	50,35	Yopal	70	3,66	0,04
Total Casanare	**135**	**3,07**	**100**	**Total Casanare**	**141**	**3,19**	**100**	**Total Casanare**	**138**	**2,95**	**0,03**

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – Sispro y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaría de Salud de Casanare.

En Casanare para el año 2022 se habilitaron 102 ambulancias, el municipio con el mayor número de ambulancias fue Yopal con 51,96% (53), seguido de Villanueva con 14,71 (15), la distribución es similar para el año 2023 corte septiembre, pero con dos ambulancias menos (Tabla 42).

Tabla 42. Distribución de Ambulancia habilitadas por municipio, Casanare 2021, 2022 y 2023 corte 30 septiembre

Año 2021				Año 2022				Año 2023			
Municipio	Ambulancias	Ambulancias por 10.000 habitantes	Porcentaje	Municipio	Ambulancias	Ambulancias por 10.000 habitantes	Porcentaje	Municipio	Ambulancias	Ambulancias por 10.000 habitantes	Porcentaje
Aguazul	6	1,56	5,83	Aguazul	6	1,55	5,88	Aguazul	6	3,99	0,04
Chámeza	1	3,76	0,97	Chámeza	1	3,74	0,98	Chámeza	1	0,73	0,01
Hato Corozal	1	0,82	0,97	Hato Corozal	1	0,81	0,98	Hato Corozal	1	7,09	0,07
La Salina	1	7,24	0,97	La Salina	1	7,19	0,98	La Salina	1	0,55	0,01
Maní	1	0,57	0,97	Maní	1	0,56	0,98	Maní	1	0,52	0,01
Monterrey	2	1,1	1,94	Monterrey	1	0,55	0,98	Monterrey	1	1,02	0,01
Nunchía	1	1,14	0,97	Nunchía	1	1,13	0,98	Nunchía	1	2,17	0,02
Orocué	2	1,57	1,94	Orocué	3	2,33	2,94	Orocué	3	0,99	0,01
Paz de Ariporo	4	1,06	3,88	Paz de Ariporo	5	1,32	4,9	Paz de Ariporo	4	0,79	0,01
Pore	1	0,82	0,97	Pore	1	0,82	0,98	Pore	1	6,37	0,06
Recetor	1	5,52	0,97	Recetor	1	5,48	0,98	Recetor	1	2,50	0,03
Sabanalarga	1	2,78	0,97	Sabanalarga	1	2,76	0,98	Sabanalarga	1	4,29	0,04
Sácama	1	4,81	0,97	Sácama	1	4,78	0,98	Sácama	1	1,13	0,01
San Luís de Palenque	1	1,19	0,97	San Luís de Palenque	1	1,18	0,98	San Luís de Palenque	1	1,43	0,01
Támara	2	3,02	1,94	Támara	2	3	1,96	Támara	1	1,52	0,02
Tauramena	6	2,36	5,83	Tauramena	6	2,35	5,88	Tauramena	4	0,67	0,01
Trinidad	3	2,21	2,91	Trinidad	1	0,73	0,98	Trinidad	1	4,54	0,05
Villanueva	14	3,83	13,59	Villanueva	15	4,08	14,71	Villanueva	18	2,72	0,03
Yopal	54	3,01	52,43	Yopal	53	2,94	51,96	Yopal	52	2,14	0,02
Total, Casanare	**103**	**2,34**	**100**	**Total Casanare**	**102**	**2,31**	**100**	**Total Casanare**	**100**	**2,14**	**0,02**

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – SISPRO y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaría de Salud de Casanare.

Para el año 2023, en el departamento 28 ambulancia fueron públicas, 72 privadas y 0 mixtas (Tabla 43).

Tabla 43. Distribución de Ambulancia habilitadas, según servicio y tipo de prestador, Casanare 2021 y 2023.

Año 2021														Año 2022												Año 2023											
Ambulancias	Públicas			Privadas					Mixtas					Ambulancias	Públicas			Privadas					Mixtas					Ambulancias	Públicas			Privadas					Mixtas				
	IPS	OSD	Subtotal	IPS	TEP	OSD	Subtotal	IPS	TEP	OSD	Subtotal	Total		IPS	OSD	Subtotal	IPS	TEP	OSD	Subtotal	IPS	TEP	OSD	Subtotal	Total		IPS	OSD	Subtotal	IPS	TEP	OSD	Subtotal	IPS	TEP	OSD	Subtotal	Total
Medicalizada	7	0	7	4	11	0	15	0	0	0	0	22		Medicalizada	8	0	8	4	12	0	16	0	0	0	0	24		Básicas	23	0	23	17	30	6	53	0	0	0	0	76
Básicas	24	0	24	20	23	5	48	0	2	0	2	74		Básicas	26	0	26	16	29	6	51	0	2	0	2	79		Medicalizada	5	0	5	7	0	12	19	0	0	0	0	24
Total	31	0	31	24	34	5	63	0	0	0	2	96		Total	34	0	34	20	41	6	67	0	0	0	2	103		Total	28	0	28	24	30	18	72	0	0	0	0	100

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social – SISPRO y REPS – Oficina garantía de la calidad – Secretaría de Salud de Casanare.

Barreras de acceso en los servicios de salud: en el departamento de Casanare, se presentan diferentes barreras de acceso a los servicios de salud, las cuales algunas están ligadas a condiciones socioeconómicas que crean insuficiencia de recursos físicos, insuficiente capacidad administrativa, insuficiente dotación y capacitación del personal, accesibilidad geográfica, elementos organizacionales como trámites administrativos, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios, falta de servicios complementarios en las zonas alejadas del departamento. Además existen barreras culturales, ya que la población es diversa, con personas de diferentes orígenes culturales y étnicos como los indígenas, entre otros, así mismo, la capacidad y oferta institucional que hace que la población deba desplazarse a otros departamentos e incluso entre municipios, sumado a la deficiencia en los procesos de referencia y contra referencia, así también la falta de cuidadores para acompañar a las personas a los servicios de salud, lo cual impacta negativamente en la salud de las comunidades ya que tienen menos probabilidades de recibir atención oportuna y adecuada, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades e incluso morir.

El gobierno territorial departamental, según el documento de Red “programa territorial de reorganización rediseño y modernización de la red” del Departamento de Casanare para el año 2021, cuenta con la siguiente propuesta de organización de la prestación pública de los servicios de salud (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2022).

Una vez realizados los diferentes análisis en el presente documento se identifican varias necesidades con el fin de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de todos los habitantes del Departamento de Casanare, brindando así el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, razón por la cual se presenta la siguiente red:

La Red departamental para la prestación de Servicios de Salud está constituida por Cinco (05) ESEs de las cuales dos (02) son Departamentales: HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E. y RED SALUD CASANARE E.S.E, adicionalmente se cuenta con tres (03) ESEs Municipales: E.S.E. SALUD YOPAL, E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA y HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E. cada una con su red prestadora (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2022).

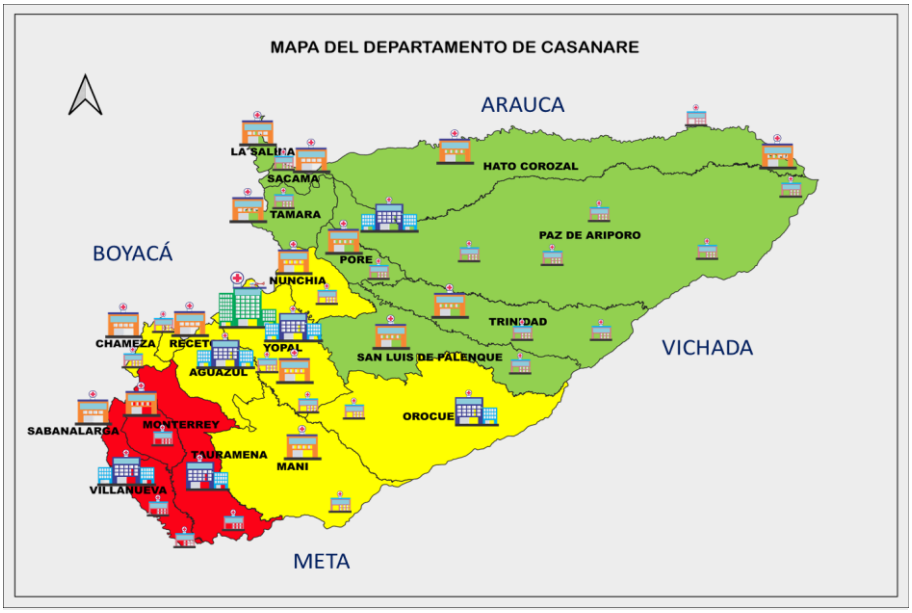
La propuesta de intervención para la prestación de servicios de Salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud de la población casanareña es a través de una red departamental que integra toda la oferta para la prestación de servicios constituida por un conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud de diferentes niveles de atención y clasificadas de acuerdo a la tipología definida para el departamento organizadas por SUBRED con cobertura sobre los diecinueve municipios del departamento de Casanare. Se plantean en la presente propuesta la organización de tres Subredes: Centro, norte y sur (Mapa 5). Cada red estará conformada por Empresas Sociales del Estado tipificadas de la siguiente manera:

- Tipología tipo IA: Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. Prestan servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de baja complejidad, en modalidad intramural.
- Tipología tipo IB: Centro de Salud. Presta todos los servicios de baja complejidad ambulatorios y hospitalarios.
- Tipología IC: Hospital de baja complejidad. Presta todos los servicios de baja complejidad y especialidades básicas en consulta externa.
- Tipología tipo II: Hospital Local. Presta servicios de mediana complejidad. Rol de cabeza de subred.
- Tipología tipo III. Hospital Regional. Presta servicios de Alta complejidad. Rol de cabeza de red

Adicionalmente, se contará con puestos de atención primaria que serán operados por alguno de los Hospitales, independientemente de la tipología.

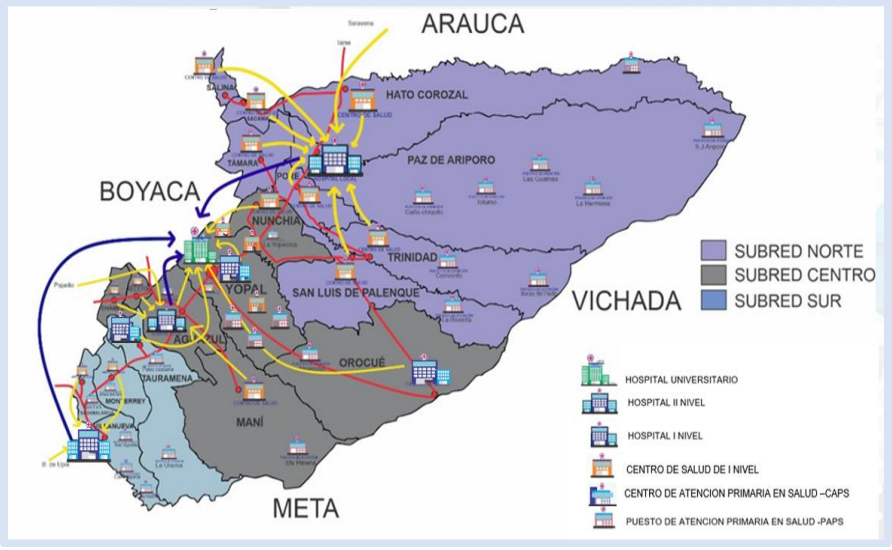
- P.A.P.S. Puesto de Atención Primaria en Salud. Presta servicios de Consulta externa, de baja complejidad, en modalidad extramural.

Mapa 29. Red de prestadores de servicios de salud pública de Casanare, 2023



Fuente: Elaboración propia basada en Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

Mapa 30. Subredes de las ESE del departamento de Casanare, 2023



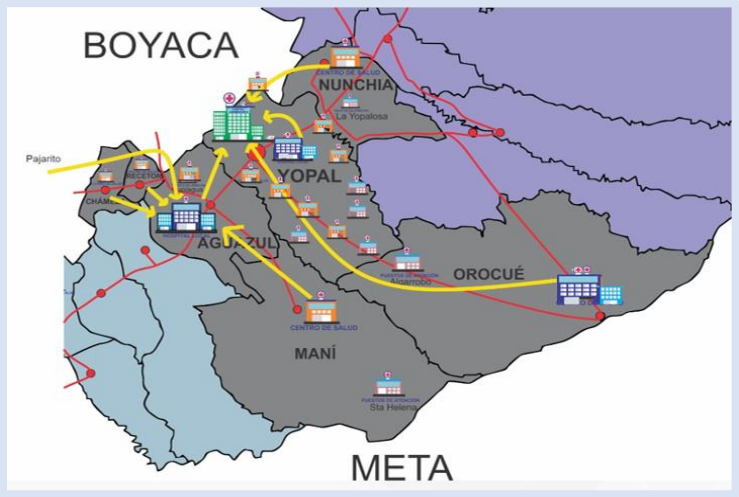
Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

Con base en lo anterior se realiza descripción de cada una de las subredes

5.9.1 Subred Centro

Conformada por los municipios más cercanos a la ciudad capital Yopal y los ubicados en la región Centro, dentro de los que se incluyen Yopal, Aguazul, Nunchía, Maní, Orocué, Chámeza y Recetor. Es la subred más compleja, caracterizada por el número de población en dichos municipios, la explotación agrícola, ganadera y minera.

Mapa 31. Mapa Subred Centro. Departamento de Casanare, 2023



Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

La subred Centro se caracteriza por tener la mayor concentración de Población con 258.956 Personas; sin embargo, es importante aclarar que esta condición corresponde principalmente a la inclusión del Municipio de Yopal capital del Departamento, el cual para la vigencia 2021 registra un total de 177.688 personas (DANE 2021) equivalentes al 68,6% de la población de la ZIS (Zona Integral de salud); el 31.4% restante 82.017 personas completan la población.

Para la subred centro se encuentra la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA, institución de carácter Departamental que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, siendo el centro de referencia y complementariedad para todo el departamento de Casanare.

De igual manera operan tres (3) Empresas Sociales del Estado: el HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO, RED SALUD CASANARE y la ESE SALUD YOPAL.

La ESE Juan Hernando Urrego de Aguazul, tipificada como Hospital local de mediana complejidad, siendo una de las IPS cabeza de la Subred, teniendo en cuenta que la ubicación geográfica estratégica favorece su proyección como centro de referencia para los municipios de Chámeza, Recetor, y Maní, y ante situaciones sobrevinientes o de afectación en la prestación de servicios de Salud podría brindar soporte a la capital del Departamento.

En cuanto a la oferta de servicios de salud, en el municipio de Yopal se cuenta con la ESE Salud Yopal, entidad que oferta servicios de Baja Complejidad y algunos de consulta externa de mediana, con sedes adscritas que van desde centro de atención primaria en salud hasta una sede tipificada como Hospital local de Yopal, el cual garantizaría el portafolio de un Hospital Local de baja complejidad con servicios de consulta externa de mediana complejidad.

La oferta de servicios de salud, en los municipios Chámeza, Maní, Recetor, Nunchía y Orocué corresponde a Red Salud Casanare ESE, con cinco (5) centros de atención con servicios completos de baja complejidad, ambulatorios y hospitalarios. Las remisiones a la mediana complejidad se harán al Hospital Juan Hernando Urrego de Aguazul (Chámeza, Maní y Recetor) y posteriormente al Hospital Regional de la Orinoquia E.S.E, si se requiere atención en alta complejidad; los municipio de Nunchía y Orocué por accesibilidad geográfica llegarán directamente al Hospital Regional de la Orinoquia E.S.E. Adicionalmente se requiere fortalecer la prestación de servicios por las dificultades presentadas en la vía hacia Bogotá y Boyacá, lo que dificulta el traslado de pacientes a niveles superiores a estos departamentos de referencia.

Inicialmente se debe considerar la oferta de servicios de salud, a nivel público organizada en condiciones para determinar el componente primario y complementario, razón por la cual, se plantean los lineamientos para constituir los prestadores bajo estas condiciones.

Mapa 32. Subred Centro. Departamento de Casanare, 2023

Municipio	Población DANE	ESE	SEDE	TIPOLOGÍA	PORTAFOLIO	Puntos De Atención Habilitados En REPS
Yopal	177.688	**HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA**	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA	Tipo III	Hospital de tercer nivel (media y alta)	**Existe (Nuevo portafolio)**
		ESE SALUD YOPAL	HOSPITAL LOCAL DE YOPAL	Tipo IC	Hospital de atención de I nivel (Baja –consulta externa de Mediana)	**Existe**
			Centro de Atención Primaria en Salud Juan Luis Londoño.	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Centro de Atención Primaria en Salud Cre-Ser Con Amor- La Campiña	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Centro de Atención Primaria en Salud La Chaparrera	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Centro de Atención Primaria en Salud El Morro	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Centro de atención primaria en salud Tilodiran	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Centro de atención primaria en salud Morichal	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Centro de Atención Primaria Comuna VI	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Nuevo**
Yopal	177.688		Centro de atención y rehabilitación integral CARI – Hipoterapia.	Tipo IA	Centro de Terapias (Baja)	**Nuevo**
			El Taladro		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
			Quebrada Seca		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
			Punto Nuevo		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
			Tacarimena		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Aguazul	38.010	**HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN**	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO	Tipo II	Hospital Local de atención Complementaria de II nivel (Mediana complejidad)	**Existe (Nuevo Portafolio)**

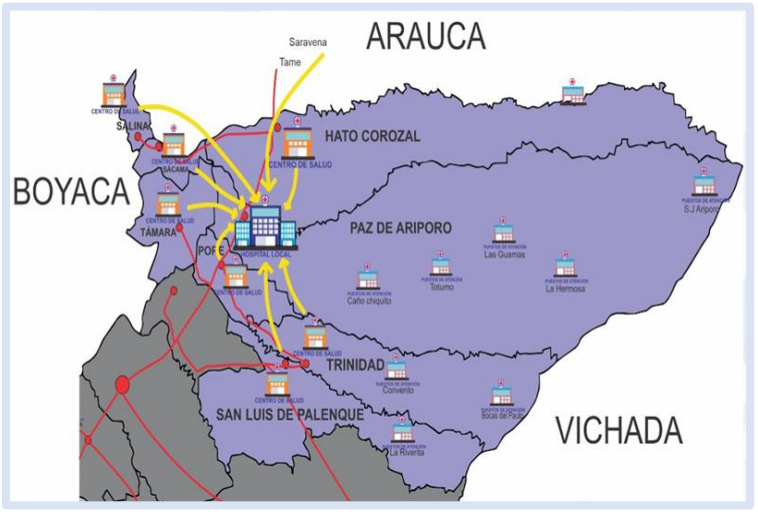
Municipio	Población DANE	ESE	SEDE	TIPOLOGÍA	PORTAFOLIO	Puntos De Atención Habilitados En REPS
		HERNANDO URREGO	Puesto de Atención Primaria Cupiagua		P.A.P.S (Baja)	**Existe**
Chámeza	2.634	**RED SALUD CASANARE E.S.E**	Centro de Salud Chámeza	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
Maní	17.463		Centro de Salud de Maní	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Puesto de atención primaria Santa Helena de Cúsiva		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Nunchía	8.713		Centro de Salud de Nunchía	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Puesto de Atención Primaria en Salud La Yopalosa		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Orocué	12.652		Hospital Local de Orocué	Tipo IB	Hospital de atención de I nivel (Baja –consulta externa de Mediana)	**Existe (Nuevo portafolio)**
			Puesto de Atención Primaria en Salud El Algarrobo		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Recetor	1.796		Centro de Salud Recetor	Tipo IA	Centro de Atención (Baja)	**Existe**

Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

5.9.2 Subred Norte

Conformada por los municipios de Hato corozal, La Salina, Paz de Ariporo, Pore, Sácama, San Luis de Palenque, Támara y Trinidad; cuenta con una población de 93.304 personas. La ESE Red Salud Casanare Red, opera en condiciones de monopolio, la prestación de servicios de salud en cada uno de los municipios.

Mapa 33. Mapa Subred Norte. Departamento de Casanare, 2023



Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

En resumen, esta subred se compone de la siguiente manera:

Tabla 44. Subred Norte. Departamento de Casanare, 2023

Municipio	Población DANE	ESE	SEDE	TIPOLOGÍA	PORTAFOLIO	Puntos De Atención Habilitados En REPS
Hatocorozal	12.219	**RED SALUD CASANARE**	Centro de Salud Hatocorozal		Centro de Atención (Baja)	Existe
			Puesto de Atención Primaria en Salud de Puerto Colombia		P.A.P.S (Baja)	Nuevo
La Salina	1.382		Centro de Salud La Salina		Centro de Atención (Baja)	Existe
Paz de Ariporo	37.690		HOSPITAL LOCAL PAZ DE ARIPORO	TIPO II	Hospital Local de atención Complementaria (Mediana complejidad)	Existe (Nuevo portafolio)
			Puesto de Atención Primaria en Salud La Hermosa		P.A.P.S (Baja)	Nuevo
			Puesto de Atención Primaria en Salud Montañas del Totumo		P.A.P.S (Baja)	Nuevo
			Puesto de Atención Primaria en Salud de San José del Ariporo		P.A.P.S (Baja)	Nuevo
			Puesto de Atención Primaria en Salud de Las Guamas		P.A.P.S (Baja)	Nuevo
			Puesto de Atención Primaria en Salud de Caño Chiquito		P.A.P.S (Baja)	Nuevo
Pore	12.170		Centro de Salud Pore		Centro de Atención (Baja)	Existe
Sácama	2.059		Centro de Salud Sácama		Centro de Atención (Baja)	Existe
San Luis de Palenque	8.346		Centro de Salud San Luis de Palenque		Centro de Atención (Baja)	Existe
			Puesto de Atención Primaria en Salud La Riverita		P.A.P.S (Baja)	Nuevo

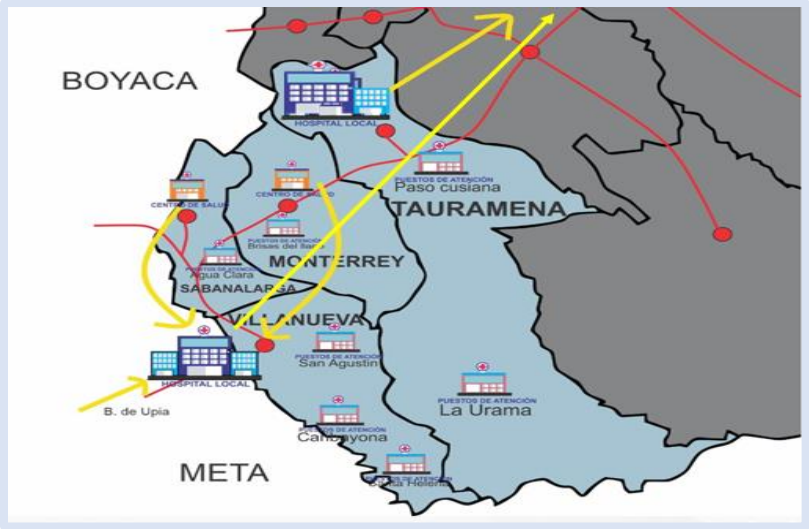
Municipio	Población DANE	ESE	SEDE	TIPOLOGÍA	PORTAFOLIO	Puntos De Atención Habilitados En REPS
Támara	6.567		Centro de Salud Tamara		Centro de Atención (Baja)	Existe
Trinidad	13.573		Centro de Salud Trinidad		Centro de Atención (Baja)	Existe
			Puesto de Atención Primaria en Salud Bocas del Pauto		P.A.P.S (Baja)	Existe
			Puesto de atención primaria en Salud El convento		P.A.P.S (Baja)	Nuevo

Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

5.9.3 Subred Sur

La propuesta de intervención de la red pública del Departamento de Casanare es la siguiente, con relación al desarrollo de servicios, operatividad y reorganización de cada una de las Empresas Sociales del Estado de esta subred, está conformada por los municipios de Villanueva, Monterrey, Tauramena y Sabanalarga, para lo cual se realiza el siguiente mapa:

Mapa 34. Mapa Subred Sur. Departamento de Casanare, 2023



Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

Para lo anterior se realiza la siguiente distribución:

Tabla 45. Subred Sur. Departamento de Casanare, 2023

Municipio	Población DANE	ESE	SEDE	TIPOLOGÍA	PORTAFOLIO	PUNTOS DE ATENCION HABILITADOS EN REPS
Villanueva	36.184	**RED SALUD CASANARE**	HOSPITAL LOCAL DE VILLANUEVA	TIPO II	Hospital Local de atención Complementaria de II nivel	**Existe (Nuevo portafolio)**
			Puesto de Atención Primaria en Salud SAN AGUSTIN		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
			Puesto de Atención Primaria en Salud SANTA HELENA DEL UPIA		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
			Puesto de Atención Primaria en Salud CARIBAYONA		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Monterrey	18.009		Centro de Salud de Monterrey	TIPO IB	Centro de Atención (Baja)	**Existe (Nuevo portafolio)**
			Puesto de Atención Primaria en Salud Brisas del Llano		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Sabanalarga	3.569		Centro de Salud de Sabanalarga	TIPO IB	Centro de Atención (Baja)	**Existe**
			Puesto de Atención Primaria en Salud AGUACLARA P.A.P.S (Baja)		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
Tauramena	25.173	**HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA**	HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	TIPO IC	Hospital Local de atención Complementaria (Baja -Mediana)	**Existe (Ampliación)**
			Puesto de Atención Primaria en Salud PASO CUSIANA		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**
			Puesto de Atención Primaria en Salud LA URAMA		P.A.P.S (Baja)	**Nuevo**

Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare

5.10 Modelo de atención en salud

En el Programa Territorial del Departamento se asume un modelo integral de atención en salud presentado con base en los lineamientos, procesos, acciones y herramientas aplicados en la organización de la prestación del servicio para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutividad y eficiencia de la atención en salud, con visión centrada en la persona y en los resultados en salud, considerando su curso de vida y su entorno, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que legitimen el derecho fundamental a la salud.

Lo anterior implica contar con una organización de la oferta pública donde se distingan y determinen las necesidades del territorio y las consecuentes necesidades de oferta de servicios de salud bajo los principios de la Garantía del derecho fundamental a la salud, con el acceso efectivo a los servicios de

salud durante todo el curso de vida y el proceso integral de atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación cuando se requiera) y cerrando brechas de equidad y mejorando resultados de salud de la población en especial en zonas rurales y dispersas, la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria y énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud (cuidado de la salud); adaptación de la prestación de servicios a las particularidades poblacionales demográficas, epidemiológicas, aspectos sociales, económicas y culturales, así como las características territoriales, en un contexto de promoción de procesos sociales participativos para el cuidado y gestión de la salud.

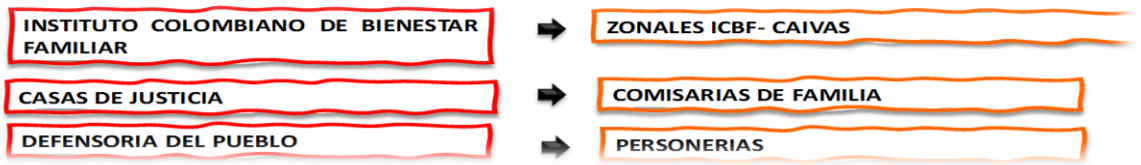
Igualmente, comprende la organización y gestión de redes integrales e integradas de prestadores de servicios de salud (organizadas en un componente primario y uno complementario), fortalecer la oferta pública de servicios de salud, partiendo de las características y necesidades de la población y su atención integral en salud, con la identificación de brechas o déficits de servicios en el contexto de los análisis de demanda y oferta (pública, privada y mixta) en el contexto de las redes de servicios de salud y la estrategia de atención primaria en salud, de tal manera que lo anterior oriente las iniciativas de inversión para el desarrollo de capacidad instalada a nivel territorial (infraestructura y dotación).

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de atención en salud de la población del Departamento de Casanare, los actores del SGSSS en el Departamento deben asumir el modelo de Atención Primaria en Salud que unifica los conceptos, métodos y mecanismos que garanticen el acceso real a los servicios de salud en sus componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social de las personas, en cada ciclo vital, desde antes de la gestación hasta la ancianidad, teniendo como puerta de entrada los puestos y centros de atención primaria de salud.

El modelo de atención del Departamento de Casanare estará centrado en la persona, la familia y la comunidad en el territorio y contará con los siguientes componentes de atención:

- Componente primario de atención
- Componente complementario de atención

Oferta Institucional Protección Social: En Casanare se cuenta con seis (06) sectores de protección como lo son ICBF, Casas de Justicia, Defensoría del pueblo, Zonales ICBF Caivas, Comisarias de Familia y Personerías, gran parte de los mismos, tienen sus sedes principales en Yopal la capital.



5.11 Gobierno y gobernanza en el sector salud

Según el informe de la OCDE sobre Gobernanza pública, el 30 de mayo de 2018 la República de Colombia firmó un acuerdo de adhesión a la OCDE. Se incorporará a la Organización como país miembro en el momento en que deposite su instrumento de adhesión al Convenio de la OCDE. En el marco de su proceso de adhesión, el país ha adoptado importantes medidas para reducir la pobreza y mejorar la prestación de los servicios públicos a sus ciudadanos. La realización de este trabajo ha llevado a Colombia a comprometerse con la continuación de las reformas tras la adhesión en las áreas

de gobernanza pública que los delegados del Comité de Gobernanza Pública de la OCDE estiman prioritarias.

Entre sus compromisos posteriores a la adhesión, Colombia ha aceptado seguir con las reformas en cuatro áreas fundamentales de gobernanza pública:
1. Efectividad y eficiencia de las instituciones de justicia.
2. Transparencia y rendición de cuentas.
3. Marcos e instituciones de integridad y contra la corrupción.
4. Capacidad administrativa subnacional.

Una buena gobernanza pública y una sólida capacidad administrativa son imprescindibles para una acertada aplicación de políticas públicas en cualquier área. En su Marco de políticas para una buena gobernanza pública (OCDE, próximamente), la OCDE define este concepto como "la formulación, la ejecución y la evaluación de reglas, procesos e interacciones formales e informales entre las instituciones y los agentes que componen el Estado, y entre el Estado y los ciudadanos, sea individualmente, sea en forma de organizaciones de la sociedad civil, de empresas y de otros agentes no estatales, que enmarquen el ejercicio de la autoridad pública en aras del interés público y una toma de decisiones que permita una adecuada anticipación y detección de problemas y que, en respuesta, sustente el incremento de la prosperidad y del bienestar generales."

La buena gobernanza pública es por consiguiente la combinación de tres elementos interconectados:

- Valores: rasgos principales de comportamiento que orientan la gobernanza pública en todas sus dimensiones de manera que fomente y proteja el interés público.
- Factores propiciadores: una trama integrada de prácticas para detectar correctamente problemas y dificultades, y para formular, aplicar y evaluar las reformas encaminadas a mejorar los resultados.
- Instrumentos y herramientas: una serie de instrumentos políticos y de herramientas de gestión para una formulación efectiva de políticas públicas.

Sin embargo, una de las mayores dificultades a las que se enfrenta Colombia en la ejecución de su estrategia de desarrollo nacional es la gran disparidad de la capacidad fiscal, institucional y de gestión en el nivel subnacional. Si bien se ha producido una reducción de la pobreza absoluta, la desigualdad espacial y la pobreza relativa no han disminuido de manera significativa. Ambos indicadores son elevados comparados con los niveles de la OCDE. Las disparidades territoriales son especialmente elevadas, sobre todo entre zonas urbanas y rurales (más aún en las regiones que carecen de recursos naturales), dentro de las propias áreas urbanas, en las que está aumentando el número y el tamaño de barrios en tensión por el flujo masivo de grupos desplazados, y entre las regiones limítrofes más afectadas por el conflicto y el resto del territorio nacional.

Colombia se enfrente a profundas disparidades de la capacidad fiscal, institucional, administrativa y de gestión en el nivel subnacional. Asimismo, muchas regiones afectadas por el conflicto armado interno o que carecen de recursos extractivos presentan deficiencias a nivel subnacional en términos de autonomía fiscal, coordinación, personal, y capacidad normativa, de auditoría y de control, entre otros (Ávila & Cañas, 2020). Las disparidades persistentes de la capacidad administrativa y fiscal

merman el poder del estado para mantener con efectividad sus funciones administrativas en todo el territorio nacional y para prestar a todos los ciudadanos unos servicios ejecutivos y judiciales básicos de manera.

El Gobierno de Colombia (GDC) reconoce la necesidad de fortalecer la capacidad administrativa en el nivel subnacional y en los últimos años ha adoptado importantes medidas al respecto, entre las que figuran:

- Ha trabajado por aumentar la capacidad institucional y técnica subnacional para elaborar proyectos de inversión.
- Ha desarrollado un marco institucional más inclusivo en los últimos años para implicar más a los agentes económicos y sociales en la formulación de políticas públicas, en todos los niveles. El país se acerca cada vez más a algunas de las buenas prácticas de la OCDE en este sentido. Ciertas iniciativas que buscan el diálogo y la participación de los agentes locales, como las Comisiones Regionales de Competitividad, órgano de control ciudadano, o las asociaciones de consejos territoriales de planeación, han contribuido a ello.

En este sentido, son los gobiernos departamentales los protagonistas de la planificación estratégica en Colombia, por tanto, para cumplir los objetivos de desarrollo regional y nacional, hay que fortalecer los centros de gobierno subnacionales y su capacidad administrativa, en el cual se involucre un alto grado de coordinación y liderazgo entre todos los núcleos administrativos, con otros niveles del gobierno y con un amplio conjunto de agentes externos para dar una forma específica a dicha visión, garantizar su coherencia, hacer que sea operativa y evaluar su funcionamiento respecto a los resultados estratégicos que se supone tiene que alcanzar.

Dentro de las herramientas de planificación subnacional el departamento de Casanare cuenta con el Plan de Desarrollo Departamental, en el cual se materializa el proyecto de gobierno del Gobernador y se formula para el periodo de su mandato, y en los 19 municipios se tienen los planes de desarrollo municipales, así mismo, se tiene Plan de Ordenamiento Departamental y Plan de Ordenamiento Territorial que abordan el desarrollo físico y geográfico de los municipios e incluyen los efectos medioambientales del uso de la tierra y su impacto en la comunidad. Además, existe un centro de gobierno nacional y departamental, así como una coordinación vertical con los municipios, en donde hay una estrategia de desarrollo con enfoque integral de gobierno, que incluye la evaluación de políticas públicas, para la garantía de una buena gobernanza pública y alimentan la rendición de cuentas cuando los resultados se comparten con los ciudadanos, las partes interesadas y otras ramas del poder

En el marco de la Salud y Gobernanza, el gobierno departamental y los diferentes gobiernos municipales han tenido una capacidad de accionar importante en los últimos años, gracias a la construcción de alianzas entre sectores y el desarrollo de estrategias intersectoriales, permitiendo formular políticas públicas ya abordar las problemáticas en Salud. Así mismo permiten su gobernanza a través del Plan de Desarrollo, el cual se basa en los principios de la equidad, la inclusión y la sostenibilidad, avanzando en temas como la educación, la salud, la infraestructura, el desarrollo económico y la protección del medio ambiente. Además, existen las diferentes políticas públicas como

el Plan Territorial en Salud, Políticas publica en salud mental, política pública de participación social en salud, entre otras. En este contexto, los gobiernos territoriales de Casanare han trabajado para garantizar el acceso a la atención en salud para toda la población, ha mejorado la cobertura de afiliación al SGSSS de su población, así como la construcción y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria tanto de los centros de salud como de los hospitales, además del fortalecimiento de los programas de atención primaria en salud – APS con la ampliación de coberturas de los servicios de salud.

Desde los otros sectores se ha mejorado la conectividad y la movilidad con la construcción de nuevas vías, ampliación y mejora del aeropuerto, ampliación de la oferta de servicios de transporte público, en educación hay un mejoramiento en las coberturas, mientras que en el ámbito del desarrollo económico se promueve la inversión y el empleo en el departamento, se han creado nuevas zonas francas, se han implementado programas para apoyar a las empresas y se han fortalecido los sectores productivos y para el ámbito de la protección del medio ambiente, se ha trabajado para conservar los recursos naturales del departamento. y se han creado nuevas áreas protegidas, se han implementado programas para reducir la deforestación y se ha fortalecido la educación ambiental.

De igual forma, las alianzas construidas entre sectores han sido fundamentales para el éxito de las políticas públicas implementadas por los gobiernos territoriales de Casanare, entre las que se encuentra Plan Departamental de Ordenamiento Territorial (PDOT), Plan de Salvaguarda de los Pueblos Indígenas del Departamento de Casanare, Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (PAPI), y el desarrollo de estrategias intersectoriales que han permitido abordar los problemas sociales desde una perspectiva integral, involucrando a diferentes sectores y actores.

Conclusiones configuración del territorio

Según el contexto territorial el departamento de Casanare está ubicado en la región de la Orinoquía, a 350 kilómetros por vía carreteable de la capital de Colombia, con una amplia diversidad geográfica e hidrológica, y economía sólida basada en la producción agrícola, ganadería e industria petrolera, facilitando construir progreso regional y bienestar de sus pobladores; a nivel administrativo está dividido en 19 municipios, a nivel de área urbana se divide en barrios y, en el caso de Yopal, se divide en comunas, mientras su área rural se divide en veredas y corregimientos o centros poblados, con un total de 639 veredas, 21 corregimientos, 31 centros poblados y 11 resguardos Indígenas.

Casanare cuenta con vías de comunicación terrestre importantes como la vía troncal del llano (Marginal de la Selva - doble calzada), que facilita el dinamismo económico – social integrando las principales zonas de producción y consumo, que recorre el piedemonte llanero (Meta, Arauca y Boyacá), facilitando una reducción de costos y distancias para el transporte de bienes y personas a nivel departamental, nacional e internacional, así como vías secundarias que fomentan las visitas a centros turísticos que ofrece el Departamento en los diferentes municipios, sin embargo, la red secundaria y terciaria presenta un atraso siendo un obstáculos para el desarrollo económico, dado que complica la integración regional y frena la competitividad, especialmente del campo, aumentando el costo del transporte de los productos a los principales centros de consumo, y afecta la prestación de servicios básicos, como, educación, salud, seguridad y el desarrollo de algunos sectores económicos como el turismo, especialmente a municipios de difícil acceso en épocas de invierno, por lo que es importante para el gobierno, avanzar en la construcción y mejoramiento de vías y rutas intermunicipales y veredales, hacia los centros poblados para disminuir tiempo y perdida de bienes y productos como arroz, palma, reforestación, pecuario, ganadero, construcción y petroquímica, los cuales son importantes para consolidar la economía del País.

Casanare cuenta con un aeropuerto de carácter internacional con tres aerolíneas Avianca, LATAM y Clic que prestan servicios con destinos nacionales, mientras que el transporte fluvial se hace a través de los ríos Casanare, Ariporo, Pauto, Cravo Sur, Cusiana y Upía de manera informal para la movilización de ganado, bienes de consumo y personas en menor proporción.

Respecto a las relaciones de la sociedad y el ambiente, en el departamento se encuentran actividades de economías legales como la ganadería, la agricultura (arroz, palma africana, plátano, maíz tradicional, café, cacao y yuca) y la explotación petrolera (explotación de los pozos de Cusiana, Cupiagua, Pauto, Floreña y campos operados por Perenco) caracterizadas principales actividades económicas de la población en materia de generación de empleo y de ingresos, en las que se destacan las agroindustrias molineras, palmeras y de alimentos, las cuales se ubican principalmente en Yopal, Maní, Pore y Villanueva, que impacten de manera negativa el ambiente y la naturaleza específicamente ríos, suelos, subsuelos, biodiversidad, ecosistemas propios, el uso del agua de riego en los monocultivos de arroz, cultivos de palma y ganadería extensiva en la región (y sus gases de invernadero), perforación de pozos de agua y alteración del régimen de lluvias paralela al aumento de temperatura (debido al cambio climático) que conllevan a problemas y crisis ambientales.

En Casanare se presentan tres tipos de zonas de riesgo alto por deslizamientos y socavación en época de invierno, riesgo por inundaciones sobre los sectores cercanos a los ríos o caños, así como riesgo por incendios forestales sobre el sector donde se desarrolla actividad agrícola y ocurrencia alta de las inundaciones tanto en el área de sabana como las cercanas a los ríos, caños, esteros, lagunas y humedales.

En Casanare, el cambio esperado de la temperatura para los periodos 2011 - 2040 varía de bajo medio (0,9 °C) a medio alto (1,7 °C) en 2041 – 2070 y se ubicará en cambio alto (2,4 °C) para el 2071 – 2100, lo que indica que para fin de siglo el Departamento en promedio podrá presentar aumentos de temperatura de hasta 2,4°C.

Según el SIVICAP el departamento de Casanare presenta un IRCA Riesgo bajo determinándose como no apta para el consumo humano, con un riesgo bajo en el área urbana y un riesgo alto en La zona rural, problemática se debe a que los sistemas de tratamiento de agua del área rural por no tener o estar en funcionamiento las plantas de tratamiento de aguas, laboratorios inexistentes, por tanto, la población está en riesgo de enfermar a causa del consumo de agua no tratada ni potable, por los que es importante crear estrategias que garanticen la calidad y continuidad del servicio de agua potable en la comunidad de las zonas rurales, así como la operabilidad a largo plazo y la concientización a la comunidad de la importancia de la calidad del agua y los riesgos de la salud humana a los que está expuestos al consumir agua con características no aceptables.
Según lo reportado en el tablero VIGIFRA y el boletín de clima y salud, Casanare presenta un nivel del riesgo moderado, similar con el nivel de riesgo del País para el comportamiento del evento de Dengue, mientras que para los eventos colectivos IRA y EDA concordancia en la notificación que ha tenido el departamento, observándose para EDA un nivel de riesgo bajo y un nivel de riesgo bajo para accidente ofídico.

La población del departamento de Casanare para el año 2023 es de 467.775 habitantes, representada en un 49.8% por mujeres (232.999) y en un 50,2% por los hombres (234.776), el 72,2% (337.972) se encuentra ubicada en las cabeceras municipales y el 27,7% (129.803) en el área rural, concentrando un grupo en edad económicamente activa importante, por lo que deberá seguir fortaleciendo e impulsando programas educativos a nivel técnico, tecnológico y superior que suplan las necesidades del talento que se requiere según la oferta laboral, así como promover proyectos de generación de empleo, apuntando a solucionar problemas reales de competitividad, productividad y disminución de la pobreza en el territorio. Así mismo, se proyecta que para 2028 la pirámide poblacional se estreche en su base y aumente la población de edades más avanzadas, con una tendencia al envejecimiento, un aumento del índice de friz y de dependencia de mayores, lo que implica para los dirigentes, incluir desde ya, proyectos orientados al desarrollo de acciones en población adulta y envejecida, garantizando condiciones dignas de salud, seguridad social, entre otros.

Casanare, experimenta una transición demográfica con tasas de natalidad y fecundidad en descenso, tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas, tasas netas de migración decrecientes a partir del 2020, con un aumento en la esperanza de vida, por lo que deberán planearse estrategias que garanticen y soporten una adecuada calidad de vida de las personas adultas.

En Casanare para desde 1985 a 2023, se registran 74.091 personas en condición de víctimas, con una mayor proporción de desplazados en el grupo de 25 a 29 años y comportamiento similar entre hombres y mujeres, concurriendo, predominio de los grupos laboralmente activos, con predominio del desplazamiento forzado 68,83% (67.650 personas) y homicidio con un 14,8% (11.881) como hecho victimizante.

A partir del 2018 la población migrante ha ido en aumento dada la situación coyuntural sobre la llegada de venezolanos al país, mostrando 22.478 migrantes venezolanos para el año 2022, teniendo en cuenta que el departamento se ubica en el corredor de tránsito de la población migrante venezolana, bien sea porque eligen el departamento como destino o porque temporalmente se albergan en su travesía hacia otros lugares del País, lo cual, trasciende en la prestación de los servicios de salud y aseguramiento en salud, dado su estado de vulnerabilidad y potencial demanda de servicios de salud, especialmente en el área de urgencias, aumentando el riesgo de brotes, epidemias y de presencia de eventos de interés en salud pública, así como la carga de morbimortalidad.

Según la encuesta Matriz de Seguimiento de Desplazamiento (DTM) - Encuesta de Vocación de Permanencia Yopal - Casanare Junio 2023 realizada por la organización OIM, el 44% de la población con vocación de permanencia en el departamento (2.397 personas caracterizadas) llega a la capital del Casanare en busca de oportunidades laborales, pero no obstante, la población refugiada y migrante que vive en Casanare, especialmente en su capital Yopal, aún enfrenta dificultades de acceso a empleo y medios de vida, debido a dificultades en los procesos de regularización con el proceso de registro de ETPV y entrega de PPT. Teniendo en cuenta que el acceso a oportunidades laborales es una de las razones por las cuales la mayoría de la población se asienta en este departamento y capital, el constante aumento de llegada de población nueva al departamento (se resalta aumento de población en Maní), supone mayores retos representando cambios en el contexto actual, tales como el aumento en el trabajo informal, situación de prostitución y riesgo de trata con fines de explotación laboral y sexual.

Según el DANE y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2020, la población campesina en Casanare representa el 42,1% de la población total del departamento, lo que equivale a 223.367, compuesta principalmente por adultos (38,1%) y se concentra principalmente en los municipios de Yopal, Aguazul, Tauramena y Pore (DANE, 2020a, 2021).

Según reconocimiento étnico, en Casanare se cuenta con minorías étnicas indígenas conformada por los pueblos Saliva, Uwa (Tunebo) y Cuiva y localizados en los municipios de Paz de Ariporo, Orocue, Támara, Sácama y Hato Corozal, con un área de ocupación del 38,47 % respecto del total del área de los municipios con el, 15,98% en Sácama, 6,14% en Paz de Ariporo, 8,04 Orocué, 5,03% en Hato corozal y 3,28% Támara, los cuales tienen determinantes diferenciales y sus expectativas de calidad de vida, sus recursos y sus opciones de acceso al bienestar y la salud son limitados convirtiéndolos en una población vulnerable para las diferentes formas de violencia y de otros hechos victimizantes, por lo que se debe continuar aunando esfuerzos para mitigar estos factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de estas comunidades.

Según la capacidad reproductiva de la población, el departamento presenta una tasa general de fecundidad (mujeres 15 a 49 años) y tasa global de fecundidad decrecientes, así mismo, las tasas

específicas de fecundidad han venido mostrando una disminución en el tiempo, pero con una tendencia superior a la del País y un aumento para el 2021, con un aumento de embarazos en adolescentes con 3,7 nacimientos por cada mil niñas menores de 14 años, comportamiento similar para las edades de 15 a 19 y de 10 a 19 años.

La esperanza de vida al nacer para Casanare ha ido aumentando en el tiempo, para el año 2023 es de 77,7 años, siendo mayor para mujeres (80,6 años) que para los hombres (74,8 años).

Según el contexto institucional de protección social y sectorial en salud en el departamento de Casanare existe una institucionalidad de tipo estatal, privada y comunitaria, en donde la institucionalidad estatal está conformada por las instituciones públicas que ejercen el poder político y administrativo; desde el sector salud operan 5 ESE – Empresas Sociales del Estado, las cuales se encuentran distribuidas en los diecinueve municipios del departamento (E.S.E Hospital regional de la Orinoquía, ESE Hospital Juan Hernando Urrego, ESE Salud Yopal y Red Salud Casanare ESE), 3 EAPB de carácter privado y público (Nueva EPS, Sanitas EPS y Capresoca EPS), con mayor concentración de afiliados al sistema de salud en los municipios de Yopal, Aguazul y Paz de Ariporo.

De acuerdo al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, Casanare para el año 2023 corte octubre presenta una Cobertura de Afiliación a la Seguridad Social en Salud del 95,2% (445.445 personas), con el 57,6% de la población afiliada en el régimen Subsidiado, el 37,4% en el régimen contributivo y el 4,8% en el régimen especial. La EPS con mayor número de afiliados es Capresoca con el 41,69% (176.650), seguido de Nueva EPS con 33,69% (142.749) y Sanitas 23,70% (100.423), mientras que para el Régimen Subsidiado la EPS con más afiliados es Capresoca con 36,7% (155.670), seguido de Nueva EPS con 17,8% (75.701).

De acuerdo a la Prestación de Servicios y Capacidad Instalada, en Casanare para el año 2022, se habilitaron 3.438 servicios de salud, encontrándose que el 42,87% de los servicios habilitados se clasifican de consulta externa mientras que 22,72% son servicios de promoción y prevención de la salud, los que acumulan el 65,69% del total de la capacidad instalada en el departamento y el 22,43% son servicios de apoyo diagnóstico. Según la capacidad instalada de Camas de internación hospitalaria el departamento habilitó 627 camas, el 72,25% (453) se localizan en Yopal, el 4,63% (29) en Tauramena y Aguazul, para primer nivel se habilitaron 92 salas, 28 públicas y 64 privadas y en segundo nivel fueron 49 salas, 40 privadas y 9 públicas, y se habilitaron 102 ambulancias, el municipio con el mayor número de ambulancias fue Yopal con 51,96% (53), seguido de Villanueva con 14,71 (15).

Según el documento de Red “programa territorial de reorganización rediseño y modernización de la red” Casanare está organizado en tres Subredes: Centro, norte y sur, cada red estará conformada por Empresas Sociales del Estado tipificadas tipo IA, tipo IB, tipo IC, tipo II Hospital de baja complejidad, Tipo II Hospital Local, tipo III. Hospital Regional y puestos de atención primaria APS.

6 CAPÍTULO II. PROCESOS ECONOMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

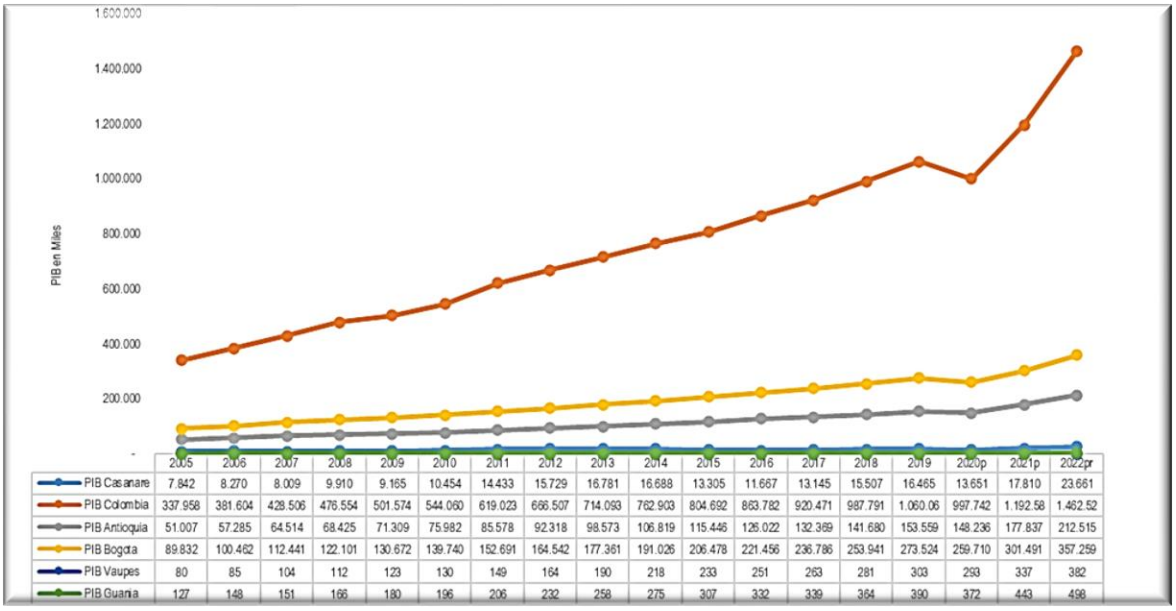
El segundo capítulo caracteriza el territorio en términos económicos y las condiciones de vida de la población, permitiendo conocer la relación entre los procesos económicos del territorio, las condiciones de vida de la población y otros determinantes sociales de la salud que explican el proceso de salud-enfermedad-atención de la población, para la que se toma como insumo fuentes oficiales como el DANE y otras generadores de información estadística del territorio y reporte local como son los diagnósticos del plan de desarrollo, reporte de cámara de comercio, terridata, entre otros.

6.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

Se describe las actividades económicas que se desarrollas en el Departamento de Casanare en cada una de sus fases: producción, intermediación y consumo.

A nivel país, para 2022pr 30 de mayo de 2023, el PIB nacional es 1.462.522 miles de millones de pesos, a precios corrientes, encontrando departamentos con mayor PIB Bogotá D. C. y Antioquia con 357.259 y 212.515 miles de millones de pesos, respectivamente, pero con menor PIB Guainía y Vaupés con 498 y 382 miles de millones de pesos, respectivamente. Para Casanare el PIB es de 23.661 miles de millones de pesos y para 2021 el PIB fue 17 miles de millones de pesos (Figura 23).

Figura 23. Distribución del Producto Interno Bruto – PIB, Casanare 2005 a 2023 p



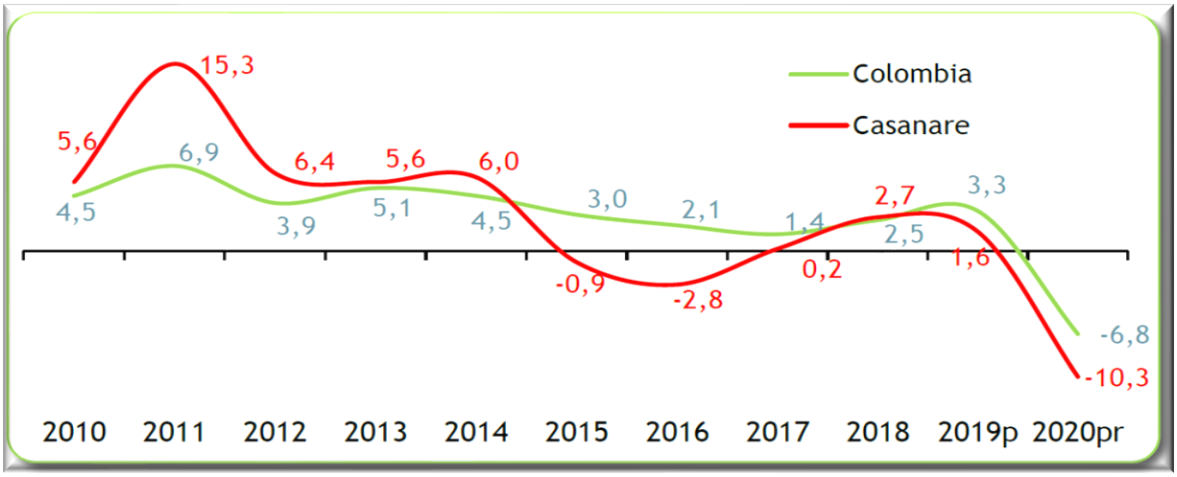
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020p	2021p	2022pr
PIB Casanare	7.842	8.270	8.009	9.910	9.165	10.454	14.433	15.729	16.781	16.688	13.305	11.667	13.145	15.507	16.465	13.651	17.810	23.661
PIB Colombia	337.958	381.604	428.506	476.554	501.574	544.060	619.023	666.507	714.093	762.903	804.692	863.782	920.471	987.791	1.060.06	997.742	1.192.58	1.462.52
PIB Antioquia	51.007	57.285	64.514	68.425	71.309	75.982	85.578	92.318	98.573	106.819	115.446	126.022	132.369	141.680	153.559	148.236	177.837	212.515
PIB Bogota	89.832	100.462	112.441	122.101	130.672	139.740	152.691	164.542	177.361	191.026	206.478	221.456	236.786	253.941	273.524	259.710	301.491	357.259
PIB Vaupes	80	85	104	112	123	130	149	164	190	218	233	251	263	281	303	293	337	382
PIB Guania	127	148	151	166	180	196	206	232	258	275	307	332	339	364	390	372	443	498

Fuente: Cuentas nacionales DANE preliminar 30 de mayo de 2023.

Según el Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio, en el departamento de Casanare la producción creció un 1,6% en 2019 y decreció un 10,3% en 2020, producto de los efectos de la Pandemia de Covid-19, mientras que el país creció un 3,3% anual en 2019 y decreció un 6,9% anual en 2020. Además de los efectos de la pandemia, el departamento presentó resultados más bajos

debido a la contracción de los precios internacionales del crudo, su principal producto de exportación en promedio anual; se evidencia un cambio importante en la tendencia, dado que en el bienio inmediatamente anterior (2015-2017) Casanare decreció en promedio anual 1,3% y Colombia tuvo un crecimiento promedio anual de 1,7% (Cámara de Comercio de Casanare, 2020, 2021; DANE, 2021) (Figura 24).

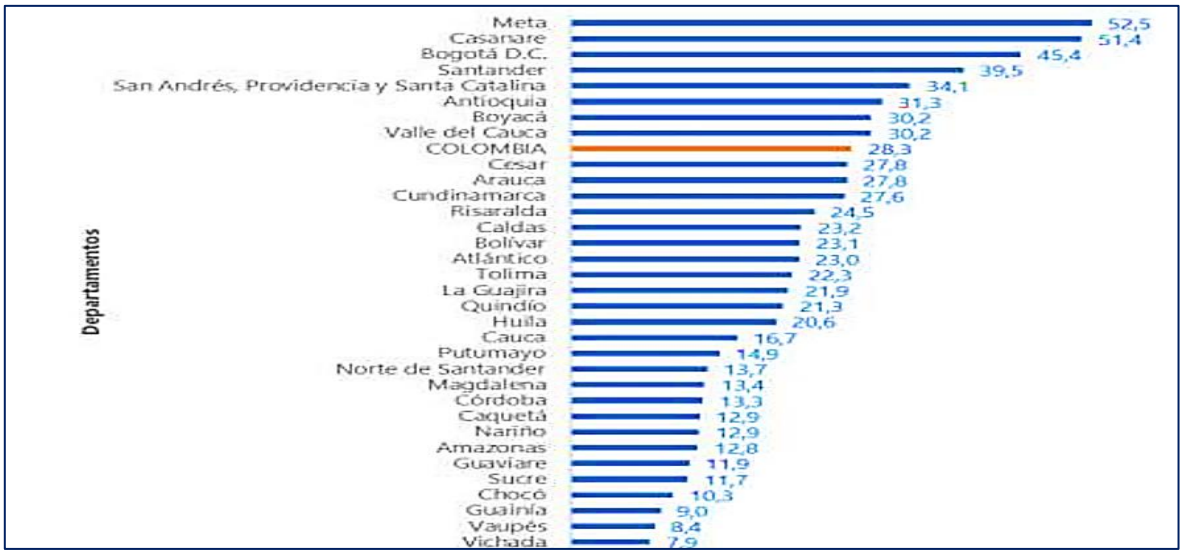
Figura 24. HIS Variación del PIB Colombia y Casanare, 2010 a 2020 preliminar.



Fuente: Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio de Casanare, 2021

Según cuentas Nacionales del DANE, para 2022pr, el PIB nacional por habitante es 28.3 millones de pesos. Los departamentos que registraran un PIB por habitante mayor al nacional son: Meta, Casanare, Bogotá D.C., Santander, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Antioquia, Boyacá y Valle del Cauca (Figura 25).

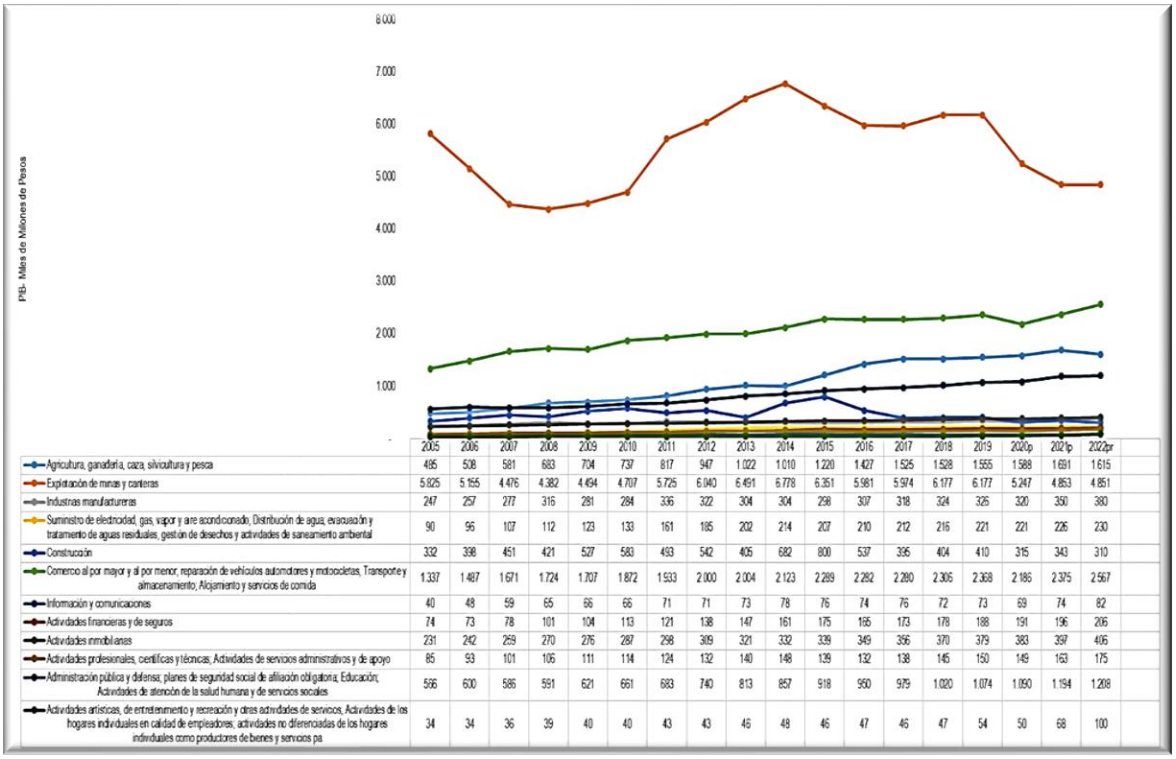
Figura 25. Producto Interno Bruto departamental por habitante* Millones de pesos a precios corrientes 2022



Fuente: Cuentas nacionales DANE preliminar 30 de mayo de 2023.

De acuerdo al boletín técnico que presenta los resultados del 2022 en versión preliminar de cuentas nacionales del DANE, el valor agregado por actividad económica, en Miles de millones de pesos acorde al Producto Interno Bruto por departamento, Casanare sigue teniendo una alta dependencia del sector hidrocarburos, con crecimiento en otros sectores de la economía especialmente comercio, agricultura y ganadería, con un mayor crecimiento comparado con el 2021, como se observa en los siguientes indicadores económicos y de competitividad (Figura 26).

Figura 26. Producto Interno Bruto, Valor agregado por actividad económica, Casanare, 2005 a 2022 preliminar



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020p	2021p	2022pr
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	495	508	581	683	704	737	817	947	1.022	1.010	1.220	1.427	1.525	1.528	1.555	1.588	1.691	1.615
Explotación de minas y canteras	5.825	5.155	4.476	4.382	4.494	4.707	5.725	6.040	6.491	6.778	6.351	5.981	5.974	6.177	6.177	5.247	4.853	4.851
Industrias manufactureras	247	257	277	316	281	284	336	322	304	304	298	307	318	324	325	320	350	380
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado; Distribución de agua; evacuación y tratamiento de aguas residuales, gestión de desechos y actividades de saneamiento ambiental	90	96	107	112	123	133	161	185	202	214	207	210	212	216	221	221	226	230
Construcción	332	398	451	421	527	583	493	542	405	682	800	537	395	404	410	315	343	310
Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida	1.337	1.487	1.671	1.724	1.707	1.872	1.933	2.000	2.004	2.123	2.289	2.282	2.280	2.306	2.368	2.186	2.375	2.567
Información y comunicaciones	40	48	59	65	66	66	71	71	73	78	76	74	76	72	73	69	74	82
Actividades financieras y de seguros	74	73	78	101	104	113	121	138	147	161	175	165	173	178	188	191	196	206
Actividades inmobiliarias	231	242	259	270	276	287	298	309	321	332	339	349	356	370	379	383	397	405
Actividades profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo	85	93	101	105	111	114	124	132	140	148	139	132	138	145	150	149	163	175
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales	566	600	586	591	621	661	683	740	813	857	918	950	979	1.020	1.074	1.090	1.194	1.208
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios pa	34	34	36	39	40	40	43	43	46	48	46	47	46	47	54	50	68	100

Fuente: Cuentas nacionales DANE preliminar 30 de mayo de 2023.

Según el histórico en Territata de los indicadores económicos del departamento de Casanare se evidencia que desde el 2000 hasta 2016 la principal actividad económica del departamento fue la relacionada con explotación de minas y canteras es decir las del sector de hidrocarburos, seguido de Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, y % Comercio, reparación, restaurantes y hoteles.

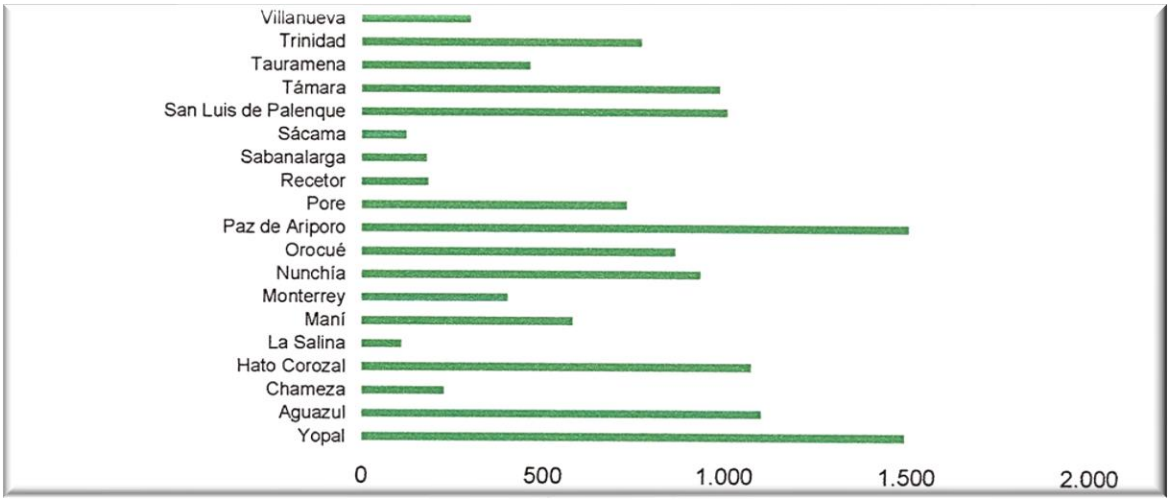
Tabla 46. Principales actividades económicas, Casanare, 2000 a 2016

Indicador Económico / Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% Actividades de servicios sociales, comunales y personales	4,2	5,1	5,6	4,7	5,6	5,6	5,9	6,4	5,4	6,3	6,1	4,6	4,8	5,3	5,9	7,5	9,5
% Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	5,9	6,5	5,1	6,0	7,8	6,5	7,0	9,3	9,2	10,0	9,0	7,2	7,7	7,6	7,0	9,2	12,6
% Comercio, reparación, restaurantes y hoteles	3,6	4,0	4,1	3,7	4,3	3,8	4,4	5,6	4,4	4,7	4,3	3,2	3,2	3,4	3,8	4,8	6,3
% Construcción	2,5	4,9	5,4	5,8	4,3	3,3	4,2	5,4	4,2	6,3	6,1	3,9	4,1	3,0	5,4	7,0	5,4
% Establecimientos financieros, inmobiliarias y servicios a empresas	1,2	1,5	1,7	1,8	2,2	2,2	2,2	2,6	2,5	2,9	2,8	2,1	2,1	2,2	2,4	3,0	3,7
% Explotación de minas y canteras	79,2	73,3	72,2	71,9	68,5	71,4	68,9	61,6	66,2	60,7	63,3	72,2	71,8	72,0	68,3	58,8	50,2
% Impuestos	0,7	0,8	1,0	1,2	1,5	1,4	1,4	1,7	1,6	1,7	1,7	1,5	1,4	1,4	1,5	1,9	2,3
% Industria manufacturera	1,2	1,6	2,0	2,1	2,3	2,2	2,2	2,7	2,7	2,7	2,3	1,9	1,7	1,6	1,7	2,4	3,2
% Suministro de electricidad, gas y agua	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9	0,9	0,9	1,1	0,9	1,1	1,1	0,9	1,0	1,1	1,2	1,7	2,3
% Transporte, almacenamiento y comunicaciones	1,2	1,9	2,3	2,2	2,5	2,8	3,0	3,6	3,0	3,6	3,5	2,5	2,2	2,4	2,8	3,6	4,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de https://territata.dnp.gov.co/

Según el Plan Departamental de Extensión Agropecuaria de Casanare -PDEA 2020 - 2023, haciendo referencia a la zonificación del departamento los productores residentes en el área rural se concentran en un 40,6% en la zona norte 32,9% en la zona centro y 26,4% en la zona Sur (Figura 27).

Figura 27. Distribución poblacional de productores en área rural dispersa, Casanare 2019



Fuente: Plan Departamental de Extensión Agropecuaria de Casanare -PDEA, 2020 - 2023

Así mismo, el PDEA respecto a la **Actividad Agropecuaria,** menciona que el departamento es reconocido a nivel nacional por ocupar el tercer lugar en la producción bovina de carne catalogándolo como el segundo hato ganadero según las cifras del DNP 2018 donde el 64,7% del suelo en el departamento es utilizado para el desarrollo de actividades ganaderas, lo que contrasta con el nivel nacional con uso de suelo para la ganadería correspondiente a un 13.3%., las actividades agrícolas y silvopastoril ocupan el 13,5% del suelo casanareño con un total de 600 2799 hectáreas sembradas por otro lado el 9,3% del suelo es utilizado para actividades forestales, mientras que en la conservación de los suelos el porcentaje de la dedicación del suelo para tal fin supera en un 50% al nivel nacional.

De otra parte, en el estudio de la universidad de la *SALLE 2022 "Casanare estructura socioeconómica y lecturas territoriales"*, respecto al uso de los suelos, en el departamento de Casanare los suelos más fértiles se ubican sobre los valles de los ríos Casanare, Ariporo, Pauto, Cravo Sur, Cusiana, Túa y Upía, regiones que concentran la actividad agrícola a través de la producción de arroz, cacao, plátano, yuca y maíz, cultivados en forma tradicional. Sin embargo, tiene un problema que es la subutilización, es decir, 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, porque superan el 40 %. Por otro lado, los municipios con mayor sobreutilización del suelo son Recetor, Sabanalarga, Monterrey, Tauramena y Aguazul, la cual se da gracias a la alta demanda agropecuaria y a la desmesurada transformación antrópica (intervención humana) (Garavito et al., 2021).

En este sentido, se resalta que Casanare es un departamento con más capacidad ganadera que agrícola y con un elevado porcentaje de áreas de conservación ambiental, sin embargo, se han

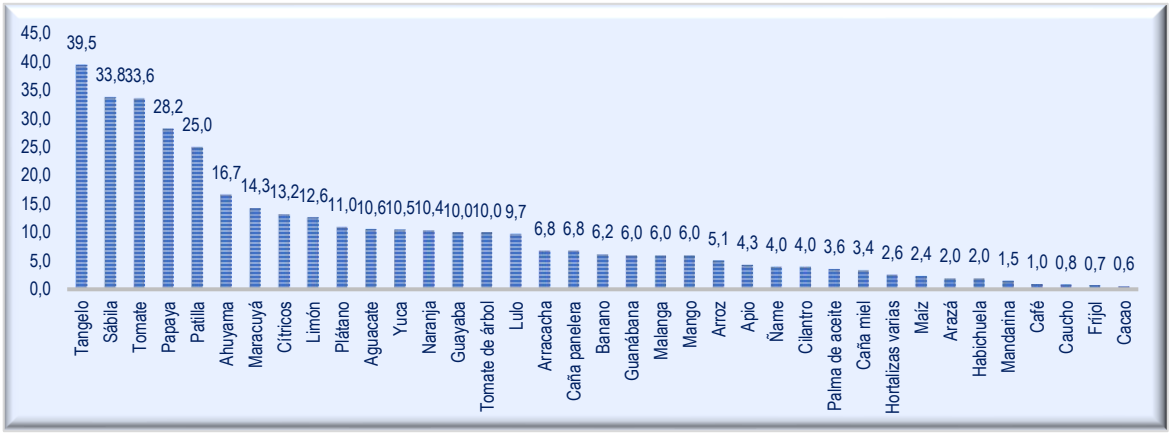
identificado cultivos y ganado en zonas de reserva y con ecosistemas estratégicos donde no debería existir incursión de actividades productivas. De otra parte, es preciso señalar que, en Casanare, la agricultura incrementa con velocidad, a partir de los cultivos de arroz, palma de aceite, cítricos, soya y maíz, seguidamente se presenta extracción de combustibles fósiles (gas, petróleo) que marca un hito en el desarrollo industrial de la región, gracias a la llegada de múltiples compañías internacionales (Garavito et al., 2021).

En este orden, el IGAC (2014) precisó que el departamento tiene 4 425 771 ha (aproximadas), donde el 54,27 % (2 401 901 ha) equivale a tierras con vocación ganadera, de estas tierras, el 49,4 % corresponde a terrenos aptos para establecer sistemas productivos pecuarios, con pastoreo intensivo de clima cálido, mientras que en el 4,8 % se permite el pastoreo semintensivo. Con relación a la agricultura, tan solo el 8,79 % (388 945 ha) de Casanare posee terrenos aptos al desarrollo agrícola, de los cuales el 5,53 % (244 907 ha) concierne a cultivos transitorios semintensivos, como arroz secano, maíz, frijol, pimentón, tomate, melón, sandía, maracuyá, ahuyama, ají, cilantro y yuca. En el área restante, se podrían realizar cultivos permanentes intensivos de naranja, limón, aguacate, plátano, mango, mamoncillo, papaya, palma de aceite, tabaco y piña. El estudio determinó que los suelos más fértiles se localizan sobre los valles de los ríos Casanare, Ariporo, Pauto, Cravo Sur, Cusiana, Túa y Upía. Además, el 4,74 % (209 716 ha) de los suelos de Casanare presenta vocación para realizar actividades agrosilvopastoriles y forestales, de esta manera, las características de los suelos presentan un potencial enorme para desarrollar áreas de producción agrícola, ganadera y forestal, debido a que el 67,8 % del departamento presenta aptitud para llevar a cabo cultivos, ganados y desarrollos forestales Aparte de las zonas de ganadería y agricultura, el IGAC (2014) identificó espacios denominados áreas de conservación y protección ambiental (Garavito et al., 2021).

En Casanare, las áreas de protección representan el 28,84 % (1 276 510 ha) del departamento, conformadas por humedales, ciénagas, pantanos, lagunas, lagos, ríos, parques nacionales naturales, reservas forestales protectoras y territorios de conservación y recuperación de suelos. El 3,36 % (148 699 ha) de Casanare equivale a territorios indígenas donde se encuentran ocho (08) resguardos, distribuidos en los municipios: Hato Corozal, Paz de Ariporo, Sácama, Támara y Orocué.

Según terridata, el rendimiento de productos de evaluaciones agropecuarias para el año 2015 fue el siguiente:

Figura 28. Rendimientos productos Evaluaciones Agropecuarias, Casanare 2015.



Fuente: TerriData https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/comparaciones

De otra parte, en el Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio, en donde se presenta la caracterización económica de lo que comprende la jurisdicción de la Cámara de Comercio de Casanare integrada por los 19 municipios del departamento, el análisis de diferentes estadísticas de fuentes oficiales nacionales y locales que permiten comprender el contexto del departamento y aportar al desarrollo regional, se evidencia que el tejido empresarial ha creciendo sostenidamente en los últimos 10 años hasta llegar a las 16,255 empresas activas el primer trimestre del 2019, y al finalizar el año 2021 el tejido empresarial creció con 22.442 personas naturales, sociedades, sucursales y agencias matriculadas y renovadas, representado por 4.455 matrículas de nuevas unidades de negocios y 17.987 renovaciones de empresarios y comerciantes inscritos en el en el registro mercantil, mostrando un incremento del 5% frente al 2021 (Cámara de Comercio de Casanare, 2021).

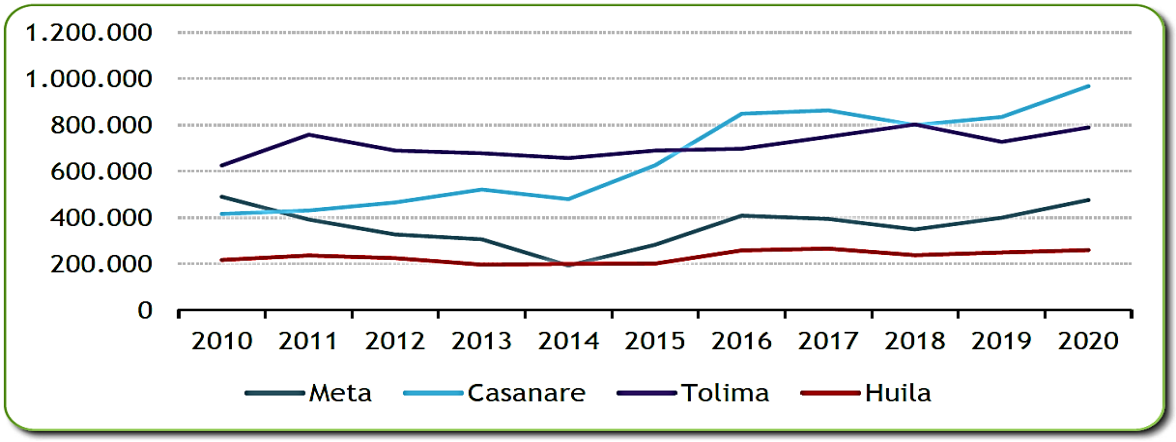
Así mismo, el Casanare de hoy es un departamento moderno, que se ha urbanizado, pero sigue conservando su vocación agroindustrial, y sus características lo han llevado a competir con economías de igual o superior desempeño, además de ser destacado por el diario estadounidense The New York Times como un destino turístico atractivo en Colombia, que debe ser visitado.

Durante 2020, los efectos por el confinamiento y las medidas restrictivas mientras avanzaba la vacunación contra el Covid-19, desencadenaron consecuencias inmediatas sobre salarios, deudas, arrendamientos e impuestos, lo que generó cierre de negocios, desempleo y, en general, una reducción de la demanda. No obstante, el proceso de recuperación ha sido exitoso gracias al rápido avance en la vacunación en Yopal, donde se han aplicado 186.631 dosis a enero de 2022, según el ministerio de Salud y Protección Social. Después del choque económico de 2015, generado por la caída sustancial de los precios internacionales del crudo, su principal producto, la economía regional mostró signos importantes de recuperación en 2018 y 2019, pero el advenimiento de la Pandemia de Covid-19 ocasionó el estancamiento de la actividad económica. Sin embargo, el departamento vive una coyuntura de recuperación muy fuerte marcada por la aceleración de su dinámica agroindustrial y comercial.

El agro departamental, en conjunto con el comercio, han sobrellevado las turbulencias de la economía y han sostenido su senda de evolución, particularmente el agro que en la última década creció un

115,5%, términos constantes. Como se había señalado anteriormente, parte de la fuerza del agro se debe a la producción de arroz, aceite de palma y al tamaño de su ganadería bovina. De hecho, durante 2020, en Casanare se sembraron 176.878 hectáreas de arroz secano mecanizado, es decir, el 29,7% del área sembrada a nivel nacional (Cámara de Comercio de Casanare, 2020). Según el Dane, para la vigencia 2020 Casanare alcanzó una producción de 968.091 toneladas de arroz, el máximo histórico general para un departamento en Colombia.

Figura 29. Producción de arroz mecanizado por departamentos, en toneladas, 2010 a 2020.

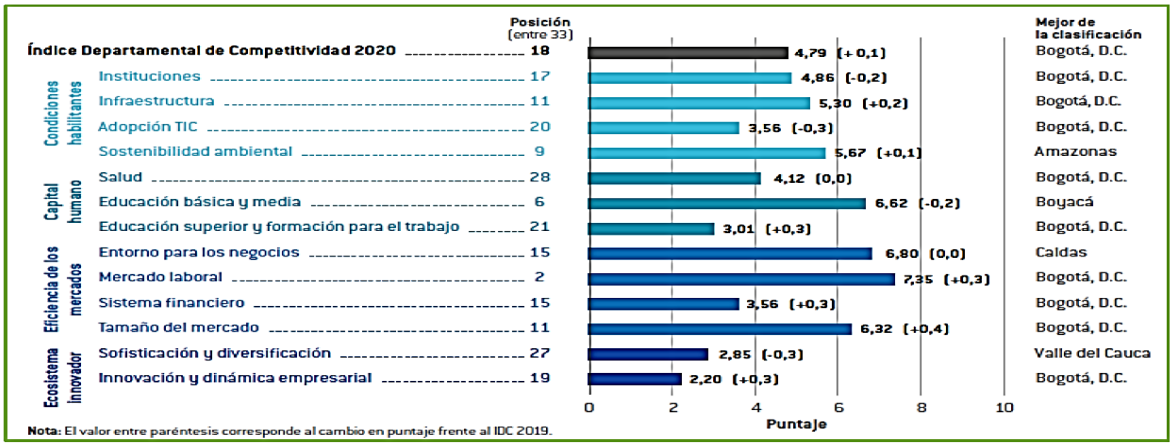


Fuente: Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio Casanare.

De otra parte, y de acuerdo con la Federación Nacional de Cultivadores de Palma (Fedepalma), en Casanare experimentó un crecimiento sustancial en la producción de aceite de palma en 2020, llegando a 197.795 toneladas, es decir, el 12,7% de la producción nacional y solo siendo superado por departamentos como el Meta (31,8%), Cesar (15,5%) y Santander (14,3%). Lo anterior, se atribuye al crecimiento significativo en el precio del aceite de palma que se ha generado desde la llegada de la pandemia. En lo referente al inventario pecuario, el hato ganadero de Casanare en 2021 totalizó con 2.101.192 cabezas de ganado bovino, consolidándose como el cuarto hato ganadero del país. El hato ganadero de Casanare representa el 7,5% del hato nacional.

En cuanto a indicadores de competitividad; aunque la incorporación de los datos demográficos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 en las estimaciones de los 102 indicadores del Índice de Competitividad Departamental (IDC) 2020-2021, generó un descenso en el ranking para Casanare, al pasar del puesto 12 al 18 en la última edición, se deben destacar avances que han permitido al departamento aumentar sus puntajes en Mercado laboral, Entorno para los negocios y Tamaño del mercado. En ediciones anteriores el departamento se ha destacado como buena práctica en los pilares de infraestructura, cobertura en educación y eficiencia de los mercados; sin embargo, persisten debilidades en pilares como sofisticación y diversificación; innovación y dinámica empresarial; y educación superior y formación para el trabajo (Figura 30).

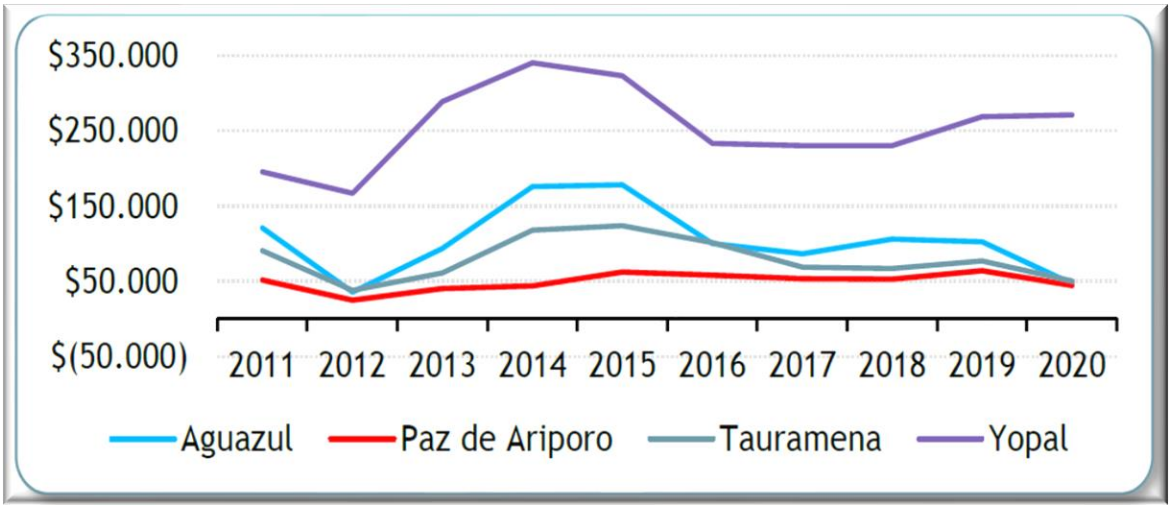
Figura 30. Desempeño de Casanare en el IDC 2020 a 2021



Fuente: Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio Casanare.

Información macroeconómica: el Presupuesto Municipal en el departamento presentó el siguiente comportamiento: Dado que aún no se encuentra disponible la información de la vigencia 2021 para todos los municipios de Casanare, en la presente subsección se toman cifras del año 2020 reportadas por las administraciones municipales mediante el Formulario Único Territorial –FUT y cargado a la plataforma del Consolidador de Hacienda e Información Pública –CHIP. Así las cosas, al cierre de la vigencia 2020 el valor total de los presupuestos municipales ascendió a $654.845 millones presentado un decrecimiento del 26,3% respecto a la vigencia inmediatamente anterior, el cual se atribuye al choque económico efecto de la Pandemia de Covid-19. Esta serie había alcanzado un máximo histórico en el año 2015 con un valor de $1,2 billones, y posteriormente se redujo por efectos de la caída de los precios internacionales del crudo; sin embargo, durante 2019 mostró signos de recuperación cuando superó los $888 mil millones.

Figura 31. Mayores presupuestos municipales de Casanare, en millones de pesos



Fuente: Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio Casanare.

Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria y se utilizan para identificar diferencias entre poblaciones, describe las condiciones de vida materiales y culturales donde habitan y transitan las poblaciones del territorio. Las condiciones de vida de la población del departamento de Casanare se analizaron desde diferentes categorías que incluyen los procesos económicos, uso y tenencia de tierras con la medida del índice de GINI, Pobreza multidimensional, NBI, Coberturas brutas de educación, servicios públicos y de comunicaciones, otros determinantes sociales de la salud; atención prenatal y Atención del parto, coberturas en vacunación, estructura material de la seguridad de entornos escolares y entornos culturales, deportivos, parques y otros escenarios donde se reproduce la vida social, Condiciones de tenencia y habitabilidad de las viviendas, Poblaciones en condiciones de vulnerabilidad económica, seguridad alimentaria y nutricional, sistema sanitario, entre otros.

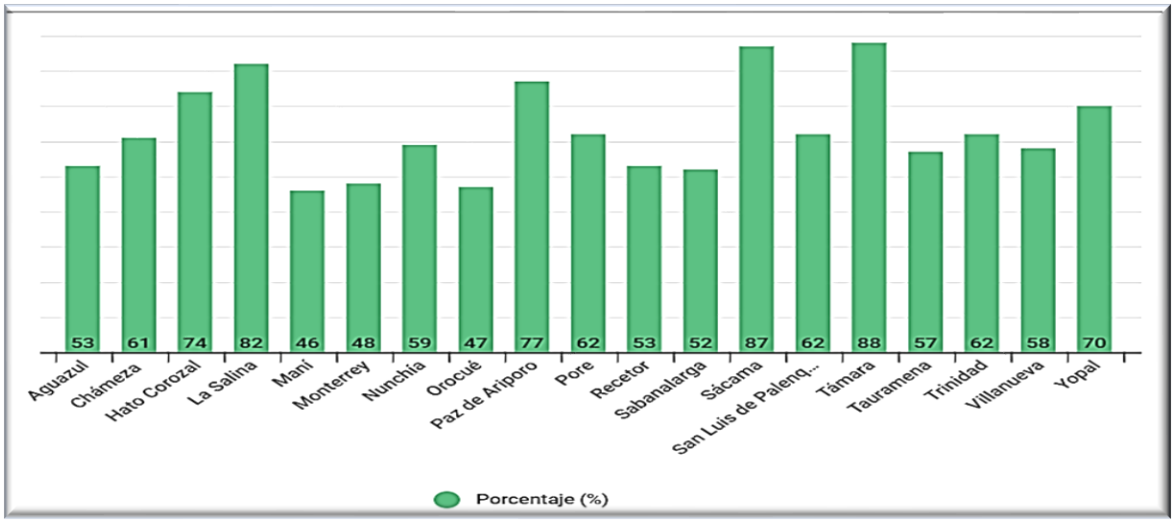
6.1.1.1.1 Apropiación, Uso y tenencia de la tierra, Índice de Gini de tierras y el índice de Gini del territorio

La distribución y el acceso a la tierra, como objetivo de la política pública, juega un papel importante en el condicionamiento que permite la promoción de la producción de determinados bienes agropecuarios, y las condiciones para que los mismos se desarrollen bajo las dinámicas territoriales particulares. En este sentido, la forma de tenencia de la tierra se vuelve un elemento central para lograr entender qué dinámicas intervienen en el desarrollo del cultivo y así identificar cómo se desarrollan las relaciones sociales entorno a ese mismo, frente a los cual el Estado tiene el deber de prestar especial protección a la producción de alimentos, bajo unos criterios de rentabilidad económica y sostenibilidad social y ambiental.

6.1.1.1.2 Apropiación de la tierra en Casanare

De acuerdo con la Unidad de Planificación Rural Agropecuaria (UPRA), la informalidad promedio del departamento es del 63 por ciento, superior a la media nacional, que llega al 54,3 por ciento. (Figura 33).

Figura 32. Índice de Informalidad de Tierras, Casanare, 2022



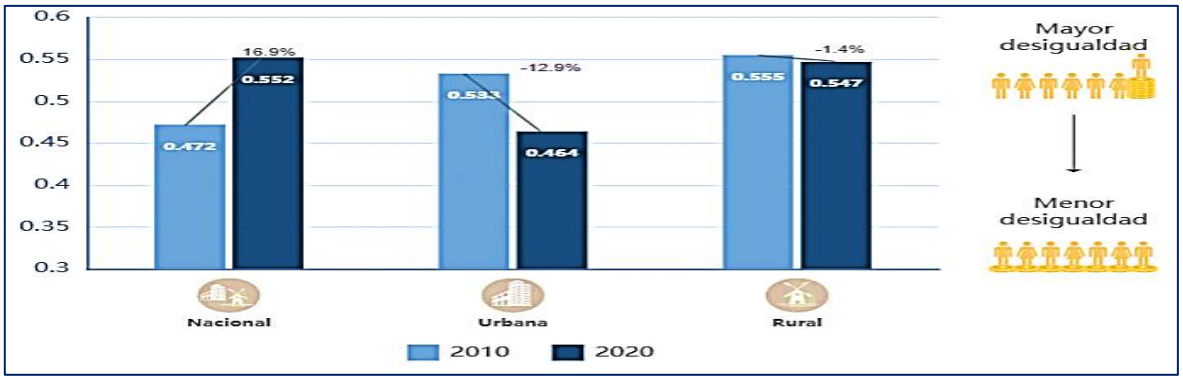
Fuente: Unidad de Planificación Rural Agropecuaria

6.1.1.1.3 Índice de Gini de tierras y el índice de Gini del territorio, Colombia – Desigualdad de ingresos en Colombia y Casanare

El índice de Gini es una medida económica que busca calcular la desigualdad de ingresos entre los ciudadanos de un territorio determinado, que sirve para saber qué tan desigual es la distribución de ingresos de un país o una región y permite compararla con la de otros países, regiones o en distintos momentos del tiempo. A su vez, puede usarse para evaluar el impacto sobre la desigualdad de algunas políticas que aplican los gobiernos, comparando los valores del índice antes y después de su implementación. El valor del índice de Gini se encuentra entre 0 y 1, siendo cero la máxima igualdad (todos los ciudadanos tienen los mismos ingresos) y 1 la máxima desigualdad (todos los ingresos los tiene un solo ciudadano).

Cuando se habla de desigualdad, comúnmente se recurre al coeficiente de Gini para argumentar que Colombia es uno de los países más desiguales del mundo, presentando para el año 2022 un coeficiente de Gini elevado (0,56) tanto para la región como para el mundo, mientras que para el 2020. El coeficiente de Gini fue de 0,55 con una mayor desigualdad en el área rural que en la urbana. En cuanto al grupo poblacional pobre el índice de Gini es de 0,32, en no pobre 0,44, pobre extremo 0,33 no pobre extremo 0,44 (Figura 34).

Figura 33. Índice de concentración de Gini según área geográfica, Colombia, 2010 – 2020



Fuente: https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/ Comisión económica para América Latina y el Caribe CEPAL, CEPALSTAT, sobre base de Banco de Datos de Encuesta de Hogares (BADEHOG), actualización noviembre de 2023.

Según el Diagnóstico Multidimensional sobre las desigualdades en Colombia 2022, en el departamento de Casanare el índice de Gini para el 2015 fue de 0,48, el coeficiente de Gini de avalúos por departamentos en zonas urbanas es de del 0,717 en el 2000 y 0,693 en el 2015. En zonas rurales el Coeficiente de Gini departamental en zonas rurales es de 0,782 en el 2015 y 0,792, lo que indica que el coeficiente de Gini de los avalúos es prueba de la alta desigualdad y de su incremento (Monroy et al., 2022). Es importante mencionar que en el tiempo el índice de Gini en Casanare ha disminuido en los últimos años, pasando de 0,48 en 2015 a 0,46 en 2023 lo cual se debe a diferentes factores como el crecimiento económico por las nuevas oportunidades de empleo que ha aumentado el ingreso de la población, la inversión social específicamente en educación salud y otros servicios sociales, la reducción de la pobreza, contribuyendo cada uno a reducir la desigualdad, con una tendencia positiva en la disminución del índice de Gini, indicando que la distribución del ingreso en Casanare se está volviendo más equitativa, sin embargo, todavía hay margen de mejora, ya que el índice de Gini sigue siendo relativamente alto, con cifras superiores a la nación.

6.1.2 Condiciones de Trabajo

Según lo establecido en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) concretamente en su artículo 4.7: “Se entenderá como «condición de trabajo» cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.

De acuerdo al boletín “Mercado Laboral por Departamentos”, expedido por el DANE, con corte a octubre de 2022 Colombia, la tasa de desempleo del total nacional fue 9,7% lo que represento una reducción de 2,3 puntos porcentuales respecto del mismo mes en el 2021 (12,0%). La tasa global de participación se ubicó en 64% lo que significó un aumento de 1,9 puntos porcentuales respecto a octubre de 2021 (62,1%). Finalmente, la tasa de ocupación fue de 57,7%, lo que presentó un aumento de 3,1 puntos porcentuales respecto del mismo mes de 2021 (54,6%). (Tabla 48).
El departamento de Casanare y su ciudad capital Yopal, no fue incluido en este reporte, por tanto, no se cuenta con dato reciente. Sin embargo, según datos Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH nuevos departamentos, serie 2012 a 2021, ciudades capitales de los departamentos de Amazonía y Orinoquía se presenta la información relacionada para la capital Yopal:

Tabla 47. Resultados encuesta Integrada Hogares–series anuales indicadores laborales, Yopal Casanare, 2012 a 2021

Concepto	Años									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
% población en edad de trabajar	71,5	71,8	72,2	72,7	73,1	73,5	74,3	74,7	74,9	75,2
TGP	67,3	76,8	76,4	76,4	76,8	76,8	76,0	77,6	70,0	75,8
TO	60,5	70,4	71,2	70,6	68,6	68,7	67,8	70,4	60,8	68,0
TD	10,1	8,3	6,8	7,6	10,7	10,6	10,8	9,3	13,1	10,2
Tasa de subempleo subjetivo	11,8	23,3	8,4	6,6	11,2	9,7	14,2	14,5	-	20,3
Tasa de subempleo objetivo	3,0	7,0	3,3	3,0	5,5	6,1	6,8	7,1	-	9,3
Población total	128	130	132	135	137	140	144	148	152	154
Población en edad de trabajar	91	93	95	98	100	103	107	111	114	116
Fuerza de trabajo	62	72	73	75	77	79	81	86	80	88
Ocupados	55	66	68	69	69	71	72	78	69	79
Desocupados	6	6	5	6	8	8	9	8	10	9
Población Fuera de la fuerza laboral (Inactivos)	30	22	23	23	23	24	26	25	34	28
Subempleados Subjetivos	7	17	6	5	9	8	11	12	-	18
Subempleados Objetivos	2	5	2	2	4	5	6	6	-	8
Ocupación – Posición Ocupacional										
Concepto / Años	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Total Capital Arauca	55	66	68	69	69	71	72	78	69	79
Obrero, empleado particular	26	32	33	31	31	29	30	33	27	30
Ocupación – Posición Ocupacional										
Obrero, empleado del gobierno	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5
Empleado doméstico	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Cuenta propia	18	21	23	25	25	29	29	29	29	33
Patrón o empleador	5	4	3	4	4	4	5	6	4	5
Trabajador familiar sin remuneración	1	2	2	2	3	3	2	3	2	3
Trabajador sin remuneración en otras empresas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jornalero o Peón	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Otro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

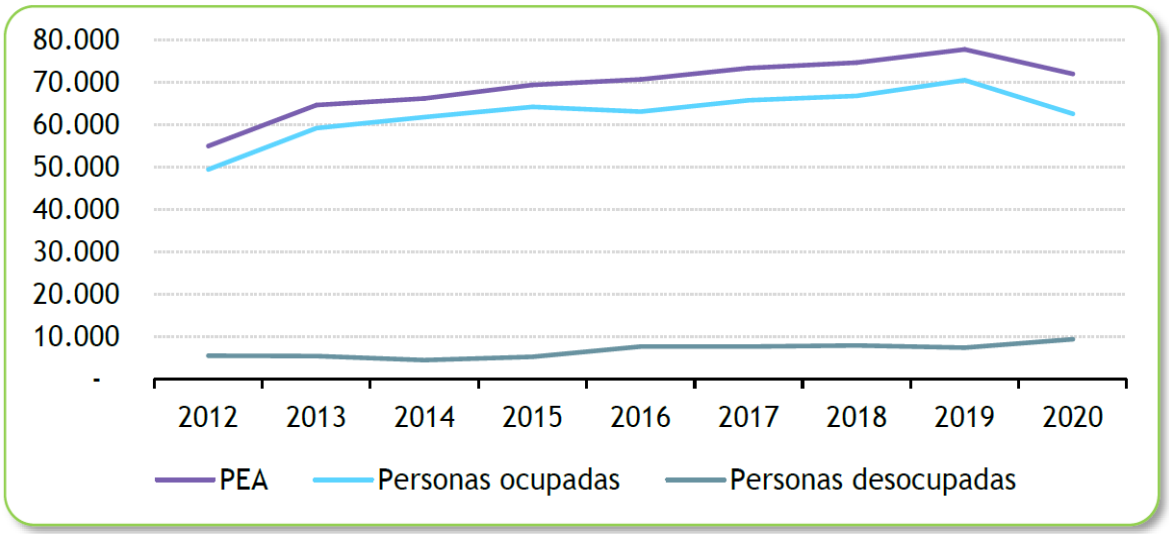
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2022. DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH – nuevos departamentos 2021.

- Las condiciones económicas y las condiciones de trabajo son dos factores determinantes de la salud de una población.
- Las condiciones económicas se refieren a los recursos económicos de una persona o grupo, incluyendo el ingreso, la educación, la vivienda y el acceso a los servicios de salud. Las personas con condiciones económicas más favorables tienen un mayor acceso a los recursos que les permiten mantener una buena salud, como una dieta adecuada, un lugar seguro para vivir y atención médica de calidad.
- Las condiciones de trabajo se refieren a las características del entorno laboral, incluyendo la seguridad, la ergonomía, el nivel de estrés y las oportunidades de desarrollo profesional. Las personas que trabajan en condiciones de trabajo adversas tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud, como enfermedades respiratorias, enfermedades musculoesqueléticas, estrés y depresión.
- La relación entre las condiciones económicas y las condiciones de trabajo es compleja y bidireccional. Las condiciones económicas pueden influir en las condiciones de trabajo, ya que las personas con condiciones económicas más favorables tienen más oportunidades de acceder a trabajos con mejores condiciones. De otro modo, las condiciones de trabajo pueden influir en las condiciones económicas, ya que las personas que trabajan en condiciones de trabajo adversas pueden tener más dificultades para encontrar empleo o ascender en su carrera profesional.

- En general, las personas con condiciones económicas y de trabajo más favorables tienen un mayor riesgo de gozar de buena salud. A continuación, se presentan algunos ejemplos específicos de la relación entre las condiciones económicas y las condiciones de trabajo y la salud:
- Las personas con un ingreso bajo tienen más probabilidades de sufrir enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Esto se debe a que las personas con un ingreso bajo tienen menos acceso a una dieta saludable, a la atención médica y a los medicamentos.
- Las personas que trabajan en empleos de baja calidad tienen más probabilidades de sufrir accidentes laborales, enfermedades musculoesqueléticas y estrés. Esto se debe a que los empleos de baja calidad suelen estar asociados a condiciones de trabajo peligrosas, repetitivas y estresantes.
- Las personas que trabajan en empleos con un alto nivel de estrés tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud mental, como ansiedad y depresión. Esto se debe a que el estrés crónico puede debilitar el sistema inmune y aumentar el riesgo de sufrir enfermedades.
- Las políticas públicas que promueven el desarrollo económico y la mejora de las condiciones de trabajo pueden contribuir a mejorar la salud de la población. Estas políticas pueden incluir la creación de empleo, la inversión en educación y formación, la promoción de la seguridad laboral y la protección de los derechos de los trabajadores.

Empelo y Desempleo en Casanare: Es importante aclarar que sólo hay estadísticas oficiales de empleo para la ciudad de Yopal y no hay disponibilidad de cifras para los restantes 18 municipios de Casanare. El Dane, a través de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), genera datos limitados de desempleo para Yopal desde el año 2012, sin desagregarlos por sexo. La Población Económicamente Activa (PEA) “también se llama fuerza laboral y son las personas en edad de trabajar, que trabajan o están buscando empleo”; es decir, esta población está conformada por los ocupados y los desocupados. (Figura 34).

Figura 34. PEA, ocupados y desocupados en Yopal, en Numero 2012 a 2020.

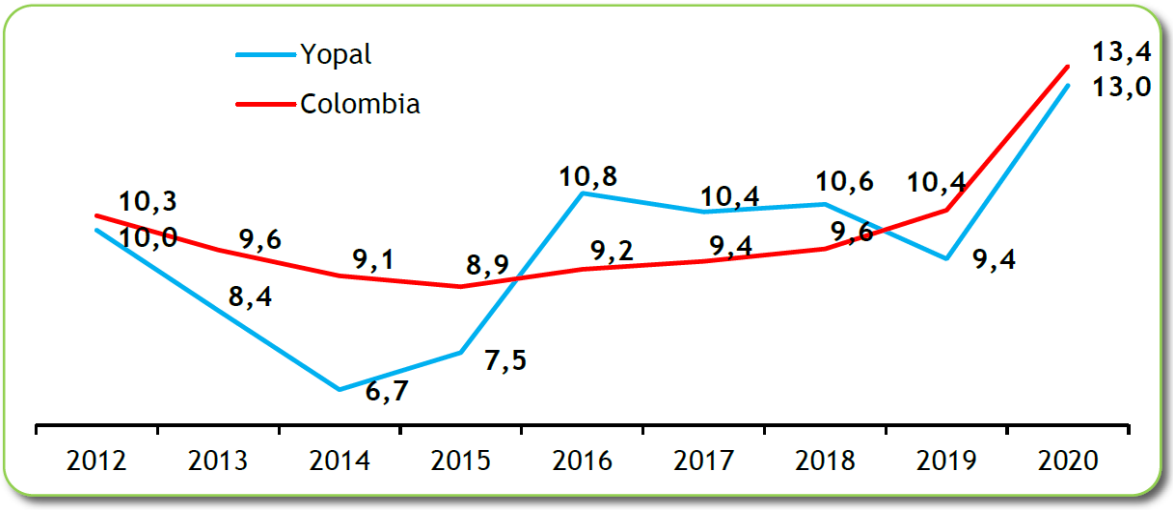


Fuente: Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio Casanare.

Para la vigencia 2020, la PEA de Yopal se redujo un 7,5% respecto a la vigencia anterior, cuando alcanzó las 77.778 personas, es decir, que 5.846 personas salieron de la PEA, es decir, ya no estaban interesadas en trabajar o buscar empleo, o salieron de la jurisdicción de Yopal, de igual manera, se produjo una reducción anual del 11,2% en el número de ocupados, su número pasó de 70.447 personas en 2019 a 62.547 personas en 2020; y en cuanto a los desocupados, estos pasaron de 7.331 en 2019 a 9.386 en 2020, presentándose un crecimiento anual del 28,0%. Lo anterior se debió al confinamiento decretado por el Gobierno Nacional a partir de marzo de 2020 y las medidas de restrictivas promulgadas por la administración municipal como respuesta al auge del número de contagios y decesos provocados por el Covid-19. Estas medidas, y en general la pandemia, provocaron que la tasa de desempleo de Yopal pasara de 9,4% en 2019 a 13,0% en 2020.

Tasa de Ocupación: Según el Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio Casanare y con datos tomados de DANE mercados laborales de las ciudades capitales de los departamentos de la Amazonia y Orinoquia, la tasa de desocupación de la capital de Casanare, Yopal, para el año 2020 alcanzó su máximo desde que se tiene datos oficiales, pues alcanzó el 13,0%, siendo menor que el promedio nacional en 0,4%, después de haber terminado 2019 con una cifra de un dígito (9,4%) (Figura 35). Para 2020, la actividad comercio, hoteles y restaurantes generó el 40,2% de los empleos para la fuerza laboral disponible en el municipio, seguida de servicios comunales, sociales y personales (24,1%) y construcción (7,8%).

Figura 35. Tasa de Desempleo de Colombia y Yopal 2012 a 2019.



Fuente: Tomado de Estudio económico 2021, de la Cámara de Comercio Casanare.

Tabla 48. Procesos económicos y condiciones de trabajo en el Departamento de Casanare, 2023

Actividad económica del territorio (enuncie las cinco actividades económicas que más vinculan a la población).	Indique las condiciones de empleabilidad y su relación con el sistema de seguridad social en particular el sistema de salud.	Resuma las condiciones de trabajo y los posibles efectos en la salud de las personas.	Identifique si hay grupos poblacionales específicos vinculados a la actividad económica.
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	Existe informalidad en gran parte del sector por tal razón se carece de Vinculación al SGSSS o la vinculación se hace de manera parcial al SGSSS	Sector no estructurado, con protección social para recibir atención sanitaria subsidiada y sin salud y seguridad ocupacionales, carencia de seguro que pudiera indemnizarlos en caso de accidentes laborales, enfermedades musculoesqueléticas y traumatismos y demás enfermedades ocupacionales.	Existe vinculación para la población general, sin embargo, en el sector de agricultura específicamente en cultivos de palma de aceite y arroz, se vinculan gran parte de la población afrodescendientes, negros y palenqueros
Comercio (Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida) y Turismo	Existe informalidad en gran parte del sector por tal razón se carece de Vinculación al SGSSS o la vinculación se hace de manera parcial al SGSSS	Sector no estructurado, con protección social para recibir atención sanitaria subsidiada y sin salud y seguridad ocupacionales, carencia de seguro que pudiera indemnizarlos en caso de accidentes laborales, enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades crónicas no transmisibles y traumatismos y demás enfermedades ocupacionales.	Existe vinculación para la población general, sin embargo, en el sector de comercio informal labora población campesina y pobre, así como la población migrante

Actividad económica del territorio (enuncie las cinco actividades económicas que más vinculan a la población).	Indique las condiciones de empleabilidad y su relación con el sistema de seguridad social en particular el sistema de salud.	Resuma las condiciones de trabajo y los posibles efectos en la salud de las personas.	Identifique si hay grupos poblacionales específicos vinculados a la actividad económica.
Explotación de minas y canteras y lo relacionado Hidrocarburos	Existe una Formalidad, por ende, hay una Vinculación al SGSSS	Sector estructurado con protección social para recibir atención sanitaria y con seguridad para indemnización en caso de accidentes laborales, traumatismos y demás enfermedades ocupacionales y por intoxicaciones.	Población general y población extranjera
Actividades de servicios profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo	Existe una Formalidad, por ende, hay una Vinculación al SGSSS	Sector estructurado con protección social para recibir atención sanitaria y con seguridad para indemnización en caso de accidentes laborales, traumatismos y demás enfermedades ocupacionales.	Población general

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes del DANE, DNP, Terridata, Cámara de Comercio.

7.2.Condiciones de vida del territorio

Las condiciones de vida son un conjunto de factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de las personas, teniendo influencia en el ingreso, la educación, la vivienda, la alimentación, el acceso a los servicios de salud, la calidad del medio ambiente y la seguridad; dichas condiciones de vida tienen un impacto significativo en la salud de las personas, lo que permite identificar que las personas con condiciones de vida desfavorables tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades, discapacidades y muerte prematura.

Basados en lo anterior, se puede inferir que la relación entre las condiciones de vida y la salud permiten a las personas disfrutar de una mejor calidad de vida, teniendo presente que en las poblaciones con un ingreso bajo tienen más probabilidades de sufrir enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, y enfermedades de alto costo y precursores, dado que tienen menos acceso a una dieta saludable, a la atención médica y a los medicamentos. Así mismo, las comunidades con acceso limitado a los servicios de salud tienen más probabilidades de sufrir enfermedades infecciosas, como tuberculosis y malaria, lo cual podría deberse a que las personas que tienen acceso limitado a los servicios de salud tienen menos probabilidades de recibir tratamiento para estas enfermedades. De igual forma, sucede con las personas que viven en viviendas insalubres tienen más probabilidades de sufrir enfermedades respiratorias, como asma y bronquitis, lo cual se debe a que las viviendas insalubres suelen estar contaminadas con moho, polvo y otras sustancias nocivas.

Pobreza e Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI

Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI

De acuerdo con la estimación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) con base en los datos censales de 2018, el 15,89% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,60% en la miseria, el 7% en viviendas inadecuadas, el 1,33% con servicios inadecuados, el 5,95% en hacinamiento crítico, el 1,60% en viviendas con niños en edad escolar que no asistían a la escuela y el 4,49% en viviendas con alta dependencia económica (Tabla 49 y Tabla 50).

En el área urbana, el 11,78% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 2,17% en la miseria, el 5,19% en viviendas inadecuadas, el 5,19% con servicios inadecuados, el 4,53% en hacinamiento crítico, el 1,13% en viviendas con niños en edad escolar que no asistían a la escuela y el 2,99% en viviendas con alta dependencia económica. Tabla 49 y Tabla 50). En el área rural, los indicadores de NBI son superiores a las encontradas para el área urbana así: el 27,11% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 7,51% en la miseria, el 11,92% en viviendas inadecuadas, el 3,62% con servicios inadecuados, el 9,85% en hacinamiento crítico, el 2,87% en viviendas con niños en edad escolar que no asistían a la escuela y el 8,57% en viviendas con alta dependencia económica. (Tabla 49 y Tabla 50).

Los municipios Támara, Nunchía, Orocué, Hato Corozal, Sácama, Recetor, Pore, La Salina, Paz de Ariporo, Trinidad, San Luís de Palenque y Chámeza presentan índices de necesidades básicas insatisfechas significativamente más altos que el promedio del departamento. (Tabla 50).

Índice de Pobreza Multidimensional

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), desarrollado por el Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), es un indicador que refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. La medida permite determinar la naturaleza de la privación (de acuerdo con las dimensiones seleccionadas) y la intensidad y profundidad de la misma.

Para 2018 el IPM fue del 19,0%, con valores para el área urbana y en el área rural de 14,5% y 29,6%, respectivamente; evidenciando una brecha importante entre áreas geográficas. Los municipios con mayor incidencia de IPM son Orocué, La Salina, Nunchía y Támara. Para el 2019 IPM fue de 18,3%, con un valor de 26,2 y 15,1 en centros poblados y Rural Disperso y cabeceras municipales, respectivamente (Tabla 49).

Tabla 49. Condiciones e indicadores de ingreso, según IMP y Privaciones por Hogar, proyección DNP, Casanare, 2018 a 2019.

Departamento	Variable	2018	2019

		Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Casanare	Índice de Pobreza Multidimensional	19,0	14,5	29,6	18,3	15,1	26,2
	Hacinamiento crítico	11,4	12,6	8,7	9,7	10,9	6,4
	Inadecuada eliminación de excretas	6,3	5,4	8,5	6,9	6,9	6,9
	Material inadecuado de paredes exteriores	4,7	3,6	7,2	4,6	4,2	5,8
	Material inadecuado de pisos	5,4	2,2	13,3	6,4	3,3	14,4
	Desempleo de larga duración	7,1	6,8	7,6	8,6	8,6	8,5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores para ASIS 2022.

Tabla 50. Otros indicadores de Ingreso, según NBI Casanare 2018

Indicadores de ingreso	Colombia	Casanare
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas	14,28	16,08
Proporción de población en miseria	3,8	3,67
Componente de población en hacinamiento	4,17	6,1
Componente vivienda	5,31	7,0
Componente servicios	3,59	1,33
Componente Inasistencia	1,94	1,62
Componente dependencia económica	4,44	4,5

Fuente: DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018. Fecha de actualización: 25 de noviembre de 2019.

Tabla 51.Pobreza de Casanare, según municipio, 2018.

Nombre Municipio	Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorias %			Indice de pobreza multidimencional %		
	Total NBI	Cabeceras NBI	Resto NBI	Total IPM	Cabeceras IPM	Resto IPM
Yopal	11,50	10,22	19,18	22,90	20,10	39,50
Aguazul	13,94	10,69	22,74	27,00	22,10	40,30
Chameza	17,37	3,79	39,52	36,00	20,00	62,00
Hato corozal	33,01	22,91	41,24	56,10	45,10	65,10
La salina	23,59	8,53	36,92	48,10	23,20	70,10
Maní	15,62	12,55	24,95	30,30	28,20	36,50
Monterrey	7,97	7,24	10,00	27,50	25,30	33,60
Nunchía	33,78	15,77	38,61	56,40	26,70	64,30
Orocué	29,29	16,78	52,31	45,80	31,10	72,80
Paz de ariporo	22,21	18,92	30,00	37,80	30,70	54,70
Pore	26,31	22,01	33,22	45,20	35,90	60,10
Recetor	28,37	20,38	30,57	39,30	21,10	44,40
Sabanalarga	11,35	8,80	14,26	34,20	27,20	42,20
Sácama	30,33	7,47	54,28	32,50	21,70	43,80
San luis de palenque	18,15	8,27	24,02	37,00	21,50	46,20
Támara	37,37	20,03	43,00	55,00	25,60	64,50
Tauramena	14,44	10,30	22,56	27,20	22,30	37,00
Trinidad	20,62	16,42	26,46	38,70	30,70	49,90
Villanueva	12,23	9,90	20,64	24,60	22,40	32,30
Casanare	15,89	11,78	27,11	19,10	14,80	31,90

Fuente: Censo nacional de población y Vivienda 2018.

A continuación, se presenta los Indicadores de Pobreza Multidimensional 2020 a 2022 de manera preliminar

Tabla 52. Indicadores de Pobreza Multidimensional, Casanare 2018 - 2022

Año		2018			2019			2020**			2021***			2022		
Departamento	Variable	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Casanare	Trabajo informal	81,4	77,8	90,3	80,9	76,6	91,8	78,0	73,0	90,8	79,9	76,2	90,3	80,0	76,3	90,6
	Bajo logro educativo	53,2	42,7	79,2	53,7	44,5	77,0	50,0	41,5	71,7	47,7	39,2	72,0	45,8	36,4	73,2
	Rezago escolar	31,0	29,9	33,6	27,1	25,7	30,6	28,5	27,3	31,8	26,6	24,3	33,2	26,8	25,2	31,7
	Hacinamiento crítico	11,4	12,6	8,7	9,7	10,9	6,4	10,0	10,9	7,7	10,5	12,1	6,1	9,1	9,3	8,5
	Sin aseguramiento en salud	10,8	10,3	12,1	11,1	11,4	10,4	12,6	13,3	10,9	10,5	10,1	11,6	8,7	8,7	8,5
	Analfabetismo	8,8	6,8	13,5	8,4	6,5	13,3	6,9	4,7	12,4	6,7	4,8	12,2	5,5	3,6	11,1
	Barreras a servicios para cuidado de la primera	8,0	8,5	6,8	8,2	8,6	7,2	8,4	8,7	7,4	8,6	9,1	7,2	9,5	9,8	8,8
	Barreras de acceso a servicios de salud	8,0	8,1	7,6	3,6	3,5	3,6	2,3	2,8	1,0	1,3	1,2	1,5	1,1	1,1	1,0
	Sin acceso a fuente de agua mejorada	7,7	1,9	21,9	8,4	1,5	25,7	10,4	2,1	31,3	8,5	0,9	30,5	7,3	1,9	23,3
	Desempleo de larga duración	7,1	6,8	7,6	8,6	8,6	8,5	12,4	11,1	15,9	11,6	11,6	11,6	11,9	12,5	10,1
	Inadecuada eliminación de excretas	6,3	5,4	8,5	6,9	6,9	6,9	8,1	8,2	8,0	7,6	7,8	7,2	7,3	8,2	4,9
	Material inadecuado de pisos	5,4	2,2	13,3	6,4	3,3	14,4	5,2	2,2	12,9	6,4	3,0	16,0	5,4	3,4	11,4
	Material inadecuado de paredes exteriores	4,7	3,6	7,2	4,6	4,2	5,8	4,7	4,1	6,3	5,4	5,5	5,4	4,6	4,7	4,5
	Inasistencia escolar	3,9	3,2	5,6	4,1	3,9	4,5	18,1	13,3	30,1	8,6	8,0	10,4	3,3	2,9	4,6
	Trabajo infantil	3,4	3,2	3,9	1,9	1,7	2,4	1,6	1,3	2,3	1,6	1,2	2,7	2,0	1,9	2,3

Fuente: Ficha técnica DANE -Índice de Pobreza Multidimensional Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Publicado 06 de junio de 2022

Educación. Coberturas de Educación Casanare

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

Para el año 2022 el departamento de Casanare presenta una tasa de cobertura bruta de educación primaria de 101,81%, se encuentra en 96,65% superando la media, la tasa de cobertura bruta de educación categoría media es de 66,27%. (Tabla 53).

Tabla 53. Tasa de Cobertura Bruta en Básica y Media (rangos de edad de 5 a 16 años), según nivel educativo, Casanare, 2020 a 2023

Matrícula					Población en Edad Escolar			Tasa de Cobertura Bruta		
Año	Nivel Educativo	Urbana	Rural	Total	PEE. Urbana	PEE. Rural	Total	TC Urbana	TC Rural	TC Total
2020	Primaria	16.166	8.928	25.094	14.803	9.639	24.442	109,21 %	92,62 %	102,67 %
	Secundaria	14.373	4.250	18.623	11.653	7.571	19.224	123,34 %	56,14 %	96,87 %
	Media	5.074	1.110	6.184	5.792	3.743	9.535	87,60 %	29,66 %	64,86 %
	Total	**35.613**	**14.288**	**49.901**	**32.248**	**20.953**	**53.201**	**110,43 %**	**68,19 %**	**93,80 %**
2021	Primaria	16.289	9.414	25.703	14.984	9.553	24.537	108,71 %	98,54 %	104,75 %
	Secundaria	14.580	4.647	19.227	11.735	7.488	19.223	124,24 %	62,06 %	100,02 %
	Media	5.231	1.183	6.414	5.817	3.688	9.505	89,93 %	32,08 %	67,48 %

Matrícula					Población en Edad Escolar			Tasa de Cobertura Bruta		
	Total	**36.100**	**15.244**	**51.344**	**32.536**	**20.729**	**53.265**	**110,95 %**	**73,54 %**	**96,39 %**
2022	Primaria	15.968	9.068	25.036	15.125	9.466	24.591	105,57 %	95,80 %	101,81 %
	Secundaria	13.958	4.590	18.548	11.794	7.396	19.190	118,35 %	62,06 %	96,65 %
	Media	5.068	1.195	6.263	5.823	3.635	9.458	87,03 %	32,87 %	66,22 %
	Total	**34.994**	**14.853**	**49.847**	**32.742**	**20.497**	**53.239**	**106,88 %**	**72,46 %**	**93,63 %**
2023	Primaria	16.013	8.816	24.829	15.503	9.706	25.209	103,29 %	90,83 %	98,49 %
	Secundaria	13.776	4.457	18.233	12.335	7.245	19.580	111,68 %	61,52 %	93,12 %
	Media	5.140	1.342	6.482	6.085	3.459	9.544	84,47 %	38,80 %	67,92 %
	Total	**34.929**	**14.615**	**49.544**	**33.923**	**20.410**	**54.333**	**102,97 %**	**71,61 %**	**91,19 %**

*Secretaria de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

En información suministrada por la Secretaría de Educación de Casanare, en el año 2022 se matricularon 54.151 estudiantes. La cobertura bruta de educación en 2022 fue de 93%. La cobertura bruta en transición fue de 85,9%, en primaria de 101,8%, en secundaria 96,7%, en educación media de 66,2%. Los municipios con las mayores coberturas brutas en educación fueron en su orden Hato Corozal, Paz de Ariporo y Trinidad, mientras que los municipios con más bajas coberturas fueron Recetor, Sácama y La Salina. (Tabla 54).

Tabla 54. Tasa de Cobertura bruta de Educación, por municipio, Casanare, 2022

Dpto/mpio	Matrícula					Población en Edad Escolar					TC Total				
	Transición	Primaria	Secundaria	Media	Total	Transición	Primaria	Secundaria	Media	Total6	Transición	Primaria	Secundaria	Media	Total
Aguazul	625	3313	2693	940	7571	669	3305	2636	1332	7942	93,4%	100,2%	102,2%	70,6%	95,3%
Chámeza	28	176	140	58	402	50	243	192	92	577	56,0%	72,4%	72,9%	63,0%	69,7%
Hato Corozal	246	1690	1240	359	3535	274	1383	1089	516	3262	89,8%	122,2%	113,9%	69,6%	108,4%
La Salina	23	100	83	40	246	26	142	138	74	380	88,5%	70,4%	60,1%	54,1%	64,7%
Maní	308	1617	1059	316	3300	339	1621	1226	599	3785	90,9%	99,8%	86,4%	52,8%	87,2%
Monterrey	266	1495	1218	462	3441	322	1564	1216	607	3709	82,6%	95,6%	100,2%	76,1%	92,8%
Nunchía	140	772	618	211	1741	169	802	610	304	1885	82,8%	96,3%	101,3%	69,4%	92,4%
Orocué	202	1215	954	318	2689	284	1432	1117	529	3362	71,1%	84,8%	85,4%	60,1%	80,0%
Paz de Ariporo	722	4205	2853	934	8714	781	3761	2824	1361	8727	92,4%	111,8%	101,0%	68,6%	99,9%
Pore	222	1061	848	298	2429	252	1235	957	462	2906	88,1%	85,9%	88,6%	64,5%	83,6%
Recetor	12	89	57	32	190	31	138	106	56	331	38,7%	64,5%	53,8%	57,1%	57,4%
Sabanalarga	54	261	234	103	652	54	283	243	125	705	100,0%	92,2%	96,3%	82,4%	92,5%
Sácama	19	121	85	45	270	39	192	148	81	460	48,7%	63,0%	57,4%	55,6%	58,7%
San Luis	127	799	533	133	1592	170	827	624	294	1915	74,7%	96,6%	85,4%	45,2%	83,1%
Támara	105	806	465	143	1519	132	699	586	286	1703	79,5%	115,3%	79,4%	50,0%	89,2%
Tauramena	417	2432	1845	666	5360	472	2363	1911	965	5711	88,3%	102,9%	96,5%	69,0%	93,9%
Trinidad	206	1434	1059	384	3083	290	1371	1021	495	3177	71,0%	104,6%	103,7%	77,6%	97,0%
Villanueva	582	3450	2564	821	7417	658	3230	2546	1280	7714	88,4%	106,8%	100,7%	64,1%	96,1%
Casanare_ETC	**4304**	**25036**	**18548**	**6263**	**54151**	**5012**	**24591**	**19190**	**9458**	**58251**	**85,9%**	**101,8%**	**96,7%**	**66,2%**	**93,0%**

*Fuente: Secretaría de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

El 70,7% de los estudiantes matriculados en el departamento de Casanare residen en área urbana y el 29,3% en área rural. Para el año 2023, según género se distribuyó en hombres y mujeres el 51,1% y 48,9%, respectivamente; el rango de edad con más estudiantes fue el de 6 a 11 años. (Tabla 55).

Tabla 55. Tasa de Cobertura bruta de Educación según zona, género y rango de edad, Casanare, 2022

Año	Rangos de edad (Años)	Zona									Género								
		Matrícula			Población en Edad Escolar			Tasa Neta por Grupos de Edad			Matrícula			Población en Edad Escolar			Tasa Neta por Grupos de Edad		
		Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	CNeta Urbar	TCNeta Rural	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	TCNeta Hombres	TCNeta Mujeres	Total
	Total	**38028**	**15039**	**53067**	**38892**	**20956**	**59848**	**97,78%**	**71,76%**	**88,67%**	**27179**	**25888**	**53067**	**30616**	**29232**	**59848**	**88,77%**	**88,56%**	**88,67%**
2020	5	2561	1098	3659	3011	1957	4968	85,05%	56,11%	73,65%	1834	1825	3659	2556	2412	4968	71,75%	75,66%	73,65%
	6 a 11	18077	8725	26802	17727	11540	29267	101,97%	75,61%	91,58%	13899	12903	26802	15068	14199	29267	92,24%	90,87%	91,58%
	12 a 15	13393	4208	17601	11630	7551	19181	115,16%	55,73%	91,76%	8808	8793	17601	9868	9313	19181	89,26%	94,42%	91,76%
	16 a 17	4746	1197	5943	5772	3716	9488	82,22%	32,21%	62,64%	3051	2892	5943	4860	4628	9488	62,78%	62,49%	62,64%
	Total	**38777**	**15228**	**54005**	**38140**	**24764**	**62904**	**101,67%**	**61,49%**	**85,85%**	**27592**	**26413**	**54005**	**32352**	**30552**	**62904**	**85,29%**	**86,45%**	**85,85%**
2021	5	2395	1215	3610	3057	1948	5005	78,34%	62,37%	72,13%	1842	1768	3610	2570	2435	5005	71,67%	72,61%	72,13%
	6 a 11	18245	9355	27600	17935	11436	29371	101,73%	81,80%	93,97%	14211	13389	27600	15104	14267	29371	94,09%	93,85%	93,97%
	12 a 15	13310	4341	17651	11701	7456	19157	113,75%	58,22%	92,14%	8898	8753	17651	9847	9310	19157	90,36%	94,02%	92,14%
	16 a 17	4831	1336	6167	5788	3654	9442	83,47%	36,56%	65,31%	3089	3078	6167	4834	4608	9442	63,90%	66,80%	65,31%
	Total	**38781**	**16247**	**55028**	**38481**	**24494**	**62975**	**100,78%**	**66,33%**	**87,38%**	**28040**	**26988**	**55028**	**32355**	**30620**	**62975**	**86,66%**	**88,14%**	**87,38%**
2022	5	2512	1161	3673	3086	1926	5012	81,40%	60,28%	73,28%	1814	1859	3673	2567	2445	5012	70,67%	76,03%	73,28%
	6 a 11	17979	8981	26960	18090	11327	29417	99,39%	79,29%	91,65%	13838	13122	26960	15114	14303	29417	91,56%	91,74%	91,65%
	12 a 15	13247	4377	17624	11747	7361	19108	112,77%	59,46%	92,23%	9066	8558	17624	9814	9294	19108	92,38%	92,08%	92,23%
	16 a 17	4542	1289	5831	5796	3601	9397	78,36%	35,80%	62,05%	2923	2908	5831	4807	4590	9397	60,81%	63,36%	62,05%
	Total	**38280**	**15808**	**54088**	**38719**	**24215**	**62934**	**98,87%**	**65,28%**	**85,94%**	**27641**	**26447**	**54088**	**32302**	**30632**	**62934**	**85,57%**	**86,34%**	**85,94%**
2023	5	2497	1225	3722	3065	2008	5073	81,47%	61,01%	73,37%	1839	1883	3722	2605	2468	5073	70,60%	76,30%	73,37%
	6 a 11	18084	8858	26942	18602	11561	30163	97,22%	76,62%	89,32%	13804	13138	26942	15507	14656	30163	89,02%	89,64%	89,32%
	12 a 15	12910	4271	17181	12289	7139	19428	105,05%	59,83%	88,43%	8818	8363	17181	9975	9453	19428	88,40%	88,47%	88,43%
	16 a 17	4584	1322	5906	6053	3405	9458	75,73%	38,83%	62,44%	3019	2887	5906	4831	4627	9458	62,49%	62,39%	62,44%
	Total	**38075**	**15676**	**53751**	**40009**	**24113**	**64122**	**95,17%**	**65,01%**	**83,83%**	**27480**	**26271**	**53751**	**32918**	**31204**	**64122**	**83,48%**	**84,19%**	**83,83%**

*Fuente: Secretaría de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

En Casanare la Tasa de reprobación según zona para el año 2022 fue del 7,59% con un mayor porcentaje en hombres que en mujeres y en los estudiantes de zonas rurales (Tabla 56).

Tabla 56. Tasa de reprobación según zona, en Casanare, 2019 - 2022

Municipios	Año	Tasa de Reprobados Urbanos	Tasa de Reprobados Rurales	Tasa de Reprobados Total _	Tasa de Reprobados Masculino	Tasa de Reprobados Femenino
Casanare	2019	7,42%	7,29%	7,38%	8,80%	5,89%
	2020	8,40%	6,64%	7,88%	8,78%	6,93%
	2021	9,23%	8,82%	9,11%	9,96%	8,22%
	2022	7,51%	7,77%	7,59%	9,24%	5,87%

*Fuente: Secretaría de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

Tabla 57. Tasa de reprobación según nivel educativo, Casanare, 2020 - 2022

Año	Nivel	Aprobados Urbana	Aprobados Rural	Total Aprobados	Tasa de Aprobados Urbana	Tasa de Aprobados Rural	Tasa de Aprobados Total	Aprobados Masculino	Aprobados Femenino	Total Aprobados_	Tasa de Aprobados Masculino	Tasa de Aprobados Femenino	Tasa de Aprobados Total_
2020	Transición	2644	1352	3996	97,93%	95,82%	97,20%	2042	1954	3996	96,82%	97,60%	97,20%
	Primaria	14411	8295	22706	93,14%	92,64%	92,95%	11897	10809	22706	92,17%	93,83%	92,95%
	Secundaria	12103	3695	15798	85,01%	85,93%	85,22%	7742	8056	15798	83,21%	87,25%	85,22%
	Media	4434	985	5419	88,75%	88,58%	88,72%	2469	2950	5419	86,51%	90,66%	88,72%
	Total	**33592**	**14327**	**47919**	**89,80%**	**90,81%**	**90,10%**	**24150**	**23769**	**47919**	**88,87%**	**91,39%**	**90,10%**
2021	Transición	2480	1419	3899	96,24%	95,11%	95,82%	1973	1926	3899	95,45%	96,20%	95,82%
	Primaria	14097	8279	22376	89,32%	87,92%	88,80%	11613	10763	22376	87,72%	89,98%	88,80%
	Secundaria	11747	3838	15585	80,05%	81,80%	80,47%	7728	7857	15585	77,92%	83,15%	80,47%
	Media	4346	1034	5380	82,99%	87,04%	83,74%	2367	3013	5380	81,01%	86,01%	83,74%
	Total	**32670**	**14570**	**47240**	**85,36%**	**86,79%**	**85,80%**	**23681**	**23559**	**47240**	**84,14%**	**87,53%**	**85,80%**
2022	Transición	2635	1301	3936	95,68%	93,53%	94,96%	1972	1964	3936	95,08%	94,83%	94,96%
	Primaria	14087	8060	22147	91,10%	88,64%	90,19%	11398	10749	22147	88,59%	91,95%	90,19%
	Secundaria	11658	3872	15530	83,29%	83,63%	83,37%	7656	7874	15530	80,05%	86,88%	83,37%
	Media	4515	1076	5591	89,19%	89,59%	89,27%	2511	3080	5591	87,49%	90,78%	89,27%
	Total	**32895**	**14309**	**47204**	**88,25%**	**87,70%**	**88,08%**	**23537**	**23667**	**47204**	**85,98%**	**90,27%**	**88,08%**

*Fuente: Secretaría de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

La Tasa de Deserción escolar en el departamento de Casanare para el año 2022 fue del 4,17%, con una mayor proporción en zona rural y los de nivel de segundaria (Tabla 58).

Tabla 58. Tasa de Deserción según nivel educativo, Casanare, 2020 - 2022

Año	Nivel	Deserción _Urbana	Deserción Rural	Deserción Zona	Total x Tasa Urbana	Deserción Tasa Rural	Deserción Tasa Total	Deserción
2020	Transición	44	27	71	1,63%	1,91%	1,73%	
	Primaria	244	169	413	1,58%	1,89%	1,69%	
	Secundaria	245	157	402	1,72%	3,65%	2,17%	
	Media	99	26	125	1,98%	2,34%	2,05%	
	Total	**632**	**379**	**1011**	**1,69%**	**2,40%**	**1,90%**	
2021	Transición	92	50	142	3,57%	3,35%	3,49%	
	Primaria	692	327	1019	4,38%	3,47%	4,04%	
	Secundaria	942	277	1219	6,42%	5,90%	6,29%	
	Media	318	63	381	6,07%	5,30%	5,93%	
	Total	**2044**	**717**	**2761**	**5,34%**	**4,27%**	**5,01%**	
2022	Transición	110	78	188	3,99%	5,61%	4,54%	
	Primaria	527	336	863	3,41%	3,70%	3,51%	
	Secundaria	706	252	958	5,04%	5,44%	5,14%	
	Media	190	35	225	3,75%	2,91%	3,59%	
	Total	**1533**	**701**	**2234**	**4,11%**	**4,30%**	**4,17%**	

*Fuente: Secretaría de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

Casanare presenta un porcentaje de hogares con analfabetismo del 6,09%, el cual se encuentra 0.9 puntos porcentuales por debajo de la media nacional. (Tabla 59).

Tabla 59. Alfabetos y Analfabetas 2018 (15 años y más), Casanare 2023

Municipios	Población	Alfabetos	Analfabetas	Alfabetismo (Saben leer y escribir)	Analfabetismo (No saben leer y ni escribir)
Aguazul	33.440	31.116	2.324	93,05	6,95
Chámeza	2.009	1.843	166	91,76	8,24
Hato Corozal	11.487	10.771	716	93,77	6,23
La Salina	1.227	1.121	106	91,36	8,64
Maní	13.291	12.523	768	94,22	5,78
Monterrey	14.828	13.981	847	94,29	5,71
Nunchía	8.469	7.609	860	89,84	10,16
Orocué	8.142	7.473	669	91,78	8,22
Paz de Ariporo	34.390	32.557	1.833	94,67	5,33
Pore	10.675	10.056	619	94,2	5,8
Recetor	1.247	1.150	97	92,24	7,76
Sabanalarga	3.046	2.819	227	92,54	7,46
Sácama	1.675	1.567	108	93,57	6,43
San Luis de Palenque	7.537	7.138	399	94,7	5,3
Támara	6.317	5.822	495	92,16	7,84
Tauramena	21.709	20.641	1.068	95,08	4,92
Trinidad	11.734	11.028	706	93,98	6,02
Villanueva	31.727	30.166	1.561	95,08	4,92
Total	**222.950**	**209.381**	**13.569**	**93,91**	**6,09**

*Fuente: Secretaría de Educación de Casanare, 2022. *Nota aclaratoria: No incluye Yopal (Propia certificación).*

Según el IMP, se presentan los indicadores de analfabetismo, inasistencia escolar y rezago escolar, logro educativo para el departamento para la vigencia 2018 y 2019.

Para lo cual se consideran las siguientes definiciones:

- El bajo logro educativo, es cuando una persona se considera en privación si al menos hay una persona de 15 años o más en su hogar con menos de 9 años de educación.
- Analfabetismo, una persona se considera en privación si al menos hay una persona de 15 años y más en su hogar que no sabe leer y escribir.
- Inasistencia escolar, son hogares con al menos un niño entre 6 y 16 años que no asiste a una institución educativa.

Regazo Escolar, son hogares con al menos un niño entre 7 y 17 años con rezago escolar (número de años aprobados es inferior a la norma nacional) (Tabla 60).

Tabla 60. Condiciones de la cobertura educativa por el IMP proyección DNP, Casanare 2019

Departamento	Variable	2018			2019		
		Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Casanare	Analfabetismo	8,8	6,8	13,5	8,4	6,5	13,3
	Bajo logro educativo	53,2	42,7	79,2	53,7	44,5	77,0
	Inasistencia escolar	3,9	3,2	5,6	4,1	3,9	4,5
	Rezago escolar	31,0	29,9	33,6	27,1	25,7	30,6

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores para ASIS 2022.

En este aparte se destaca para la vigencia 2022, el departamento de Casanare presenta un porcentaje de hogares con analfabetismo del 5,50%, el cual se encuentra 2.2 puntos porcentuales por debajo de la media nacional. Respecto a la tasa de cobertura bruta de educación primaria esta se definió en 109,05%, presentando 4.22 puntos porcentuales por encima de la cobertura Nacional; la tasa de cobertura bruta de educación secundaria para el 2022, se encuentra en 112,96% superando la media nacional en 5,6 puntos porcentuales al referente nacional; por su parte, la tasa de cobertura bruta de educación categoría media es de 86,02%, lo cual es 4.92 puntos porcentuales menor que el indicador nacional (Tabla 61).

Tabla 61. Semaforización de Coberturas de educación

Coberturas	Colombia 2022	Casanare 2022	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	7,7	5,50	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	104,83	109,05	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	107,36	112,96	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	90,94	86,02	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘

Fuente: https://portalsineb.mineducacion.gov.co/portal/secciones/Publicaciones/412172:Resumen-de-Indicadores

Cobertura de Servicios públicos

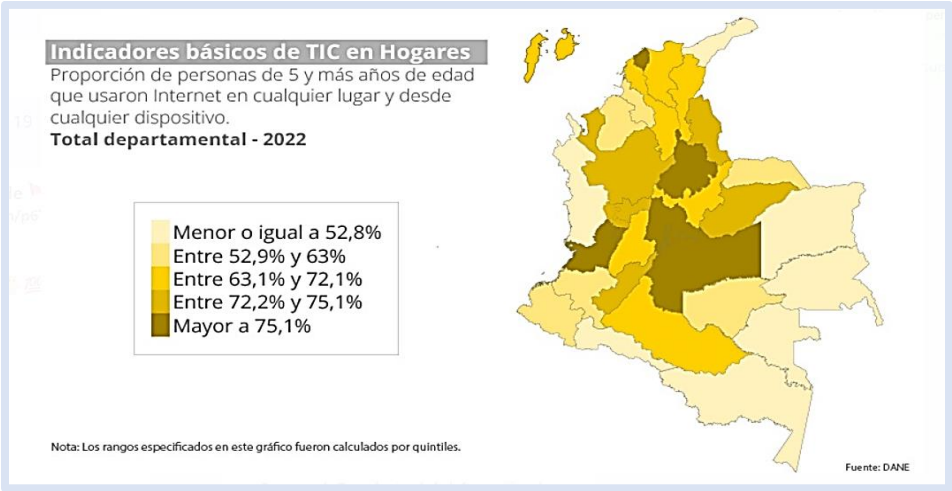
Los servicios públicos hacen parte del Análisis de los determinantes intermedios de la salud que Incluye condiciones de vida (acueducto, alcantarillado, aseo, calidad del agua, disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos, culturales y sistema sanitario).

Es importante mencionar que entre los servicios de acueducto, alcantarillado, agua potable y aseo existe una estrecha relación en pro de una adecuada salubridad; el agua potable, mejora significativamente el bienestar de las familias influyendo positivamente sobre la salud así como de otros aspectos, el agua es conducida a través del sistema de acueducto hasta las viviendas para ser utilizada por sus habitantes; luego las redes de alcantarillado tienen como función la conducción de las aguas negras hacia las plantas de tratamiento y por último, el servicio de aseo se ocupa de la recolección y adecuado manejo de los residuos sólidos generados por la población. Además, se debe tener en cuenta que el servicio de acueducto cumple con la función de transportar el agua hasta las viviendas y contar con este no implica poseer agua potable, ya que la potabilidad depende del estado y el funcionamiento de la planta de tratamiento.

En este contexto, el departamento de Casanare presenta la siguiente oferta institucional respecto de los servicios públicos y de comunicaciones:

Acceso a Internet e Indicadores básicos de TIC en hogares
Según reporte del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para el año 2023 corte julio, 37,5 millones de colombianos contaban con acceso a internet y el departamento de Casanare, registra un acceso de internet – penetración de Banda Ancha de 408 mil personas.
Según la ficha de indicadores básicos de tenencia y uso de tecnologías de la información y comunicación - TIC en hogares y personas de 5 y más años de edad para el 2022 - DANE, Casanare presenta el siguiente acceso a TICS (uso del computador, Internet, teléfono celular y señal de radio dentro del hogar) entre 72,2% y 75,1%, con un total de 408 mil personas, 205 mil hombres y 203 mil mujeres, 295 mil pertenecen a cabecera y 112 mil a centros poblados y rural disperso. (Mapa 35 y Tabla 62).

Mapa 35. Indicadores básicos de TIC en hogares, Casanare 2022



Fuente: 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

Tabla 62. Indicadores de tenencia y uso de bienes TIC en personas, Casanare, 2022

Tenencia de teléfono celular por tipo de dispositivo			Tiene teléfono celular convencional				Tiene teléfono celular inteligente (smartphone)				Tiene teléfono celular convencional e inteligente (smartphone)			
Departamento	Área	Sexo	Total	Ic+-	Cve	Proporción	Total	Ic+-	Cve	Proporción	Total	Ic+-	Cve	Proporción
Casanare	Total	Total	35	4	6,0	11,4	275	12	2,2	88,6	0	0	99,4	0,0
		Hombre	19	2	6,7	12,0	136	6	2,2	88,0	0	0	.	0,0
		Mujer	17	3	8,4	10,8	139	7	2,5	89,3	0	0	99,4	0,0
	Cabecera	Total	19	4	10,7	8,0	214	19	4,5	92,0	0	0	99,4	0,0
		Hombre	8	2	13,7	7,6	103	10	4,8	92,4	0	0	.	0,0
		Mujer	10	3	13,0	8,4	112	10	4,5	91,7	0	0	99,4	0,1
	Centros poblados y rural disperso	Total	17	3	10,1	21,6	61	12	9,9	78,4	0	0	.	0,0
		Hombre	10	2	10,2	23,6	33	6	9,8	76,4	0	0	.	0,0
		Mujer	7	2	11,8	19,2	28	6	10,7	80,8	0	0	.	0,0

Uso de computador por tipo de dispositivo			Usó computador de escritorio				Usó computador portátil				Usó tableta			
Departamento	Área	Sexo	Total	Ic+-	Cve	Proporción	Total	Ic+-	Cve	Proporción	Total	Ic+-	Cve	Proporción
Casanare	Total	Total	77	8	5,2	19,0	75	8	5,2	18,5	12	2	9,5	3,0
		Hombre	38	5	6,3	18,3	39	4	5,8	18,8	7	2	13,0	3,3
		Mujer	40	4	5,7	19,6	37	4	5,6	18,2	5	1	13,1	2,6
	Cabecera	Total	65	9	6,7	22,1	66	8	6,2	22,3	9	2	11,8	3,2
		Hombre	31	5	7,9	21,7	33	5	7,0	23,1	5	2	16,2	3,5
		Mujer	34	5	7,2	22,4	33	4	6,6	21,6	4	1	15,2	3,0
	Centros poblados y rural disperso	Total	12	3	13,1	10,8	9	3	17,6	8,4	3	1	21,4	2,3
		Hombre	6	2	14,7	10,1	5	2	18,2	8,6	2	1	26,5	3,0
		Mujer	6	2	14,2	11,5	4	2	19,8	8,2	1	0	27,3	1,6

Fuente: 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

Según el boletín técnico de la Encuesta de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en hogares ENTIC Hogares 2021, en el departamento de Casanare la Proporción de hogares con conexión a Internet para el año 2021 es del 53,1%, siendo inferior al nacional 60,5% 70,0% en cabeceras y 28,8% en centros poblados y rural disperso y en Casanare los ciudadanos dedican 4,9 horas promedio al día de uso de internet, siendo inferior al nivel nacional en donde se hace uso de internet de 5,9 horas al día, 6,0 horas en promedio en las cabeceras y 4,7 horas promedio en centros poblados y rural disperso.

Según la Encuesta nacional de calidad de vida – DANE 2022, Casanare, 153 mil hogares tienen acceso a energía, de los cuales 116 mil en cabecera y 37 mil en centros poblados y rural disperso. Para el servicio de gas natural 132 mil hogares tienen acceso, con 104 mil en cabecera y 28 mil en centros poblados y rural disperso (Tabla 64).

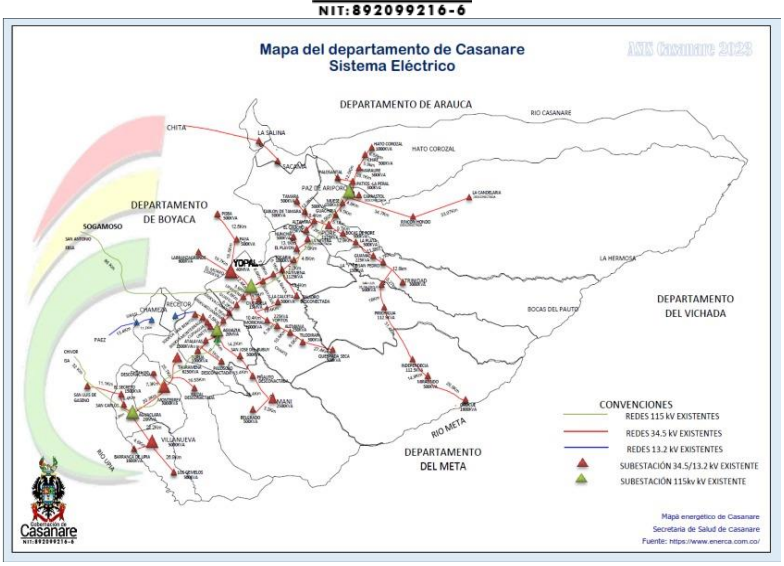
Tabla 63. Hogares según acceso a servicios públicos de energía y gas natural, Casanare, 2022

Departamento	Área	Energía						Gas natural					
		Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-8	CVe
Casanare	Total	153	4	1,5	97,2	1,1	0,6	132	8	2,9	83,8	3,5	2,1
	Cabecera	116	3	1,3	99,2	0,9	0,5	104	5	2,4	89,0	3,9	2,2
	Centros poblados y rural disperso	37	2	2,2	91,3	3,0	1,7	28	2	4,4	68,7	5,7	4,2

Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuestanacional-de-calidad-de-vida-ecv-2022

Según Boletín de estudio de migración de usuarios a niveles de tensión superiores – MUNTS 2017, el sistema eléctrico de Casanare se alimenta a nivel de tensión de 115KV desde la central de generación Termo Yopal, las líneas Sogamoso-Yopal desde la subestación San Antonio Operada por la Empresa de Energía de Boyacá, y la línea 115KV Chivor - Aguaclara que interconecta el STR con la central de Generación Chivor. En 34,5 kV se alimentan Sabanalarga, en el sur de Casanare desde la Subestación Santa María, Operada por la empresa de energía de Boyacá, los municipios de Sácama y La Salina en el Norte de Casanare desde la subestación Boavita, operada también por la Empresa de Energía de Boyacá. En 13,2 kV se alimenta el municipio de Chámeza desde la subestación de Páez operada por la empresa de energía de Boyacá (Mapa 36).

Mapa 36. Sistema eléctrico de Casanare según Enerca, 2023



Fuente: https://www.enerca.com.co/

Cobertura de acueducto

En el departamento de Casanare, las coberturas totales de acceso del servicio de acueducto registran un incremento de 2,2%, pasando en el 2021 del 50,4% al 52,6% para la vigencia 2022, registrando una cobertura inferior al promedio nacional 63,9%. En el área urbana se registra una cobertura de 88,6% y para el área rural de 18,6% durante el año 2022.
Los municipios con mayor cobertura de acueducto (urbano y rural) son Monterrey 99,9%, Villanueva 82,8%, La Sácama 75,8%, Paz de Ariporo 72,3% y Salina 72,2%, mientras que los de menor cobertura son en su orden Támara con el 10,0% y Recetor con 14,6%. Los municipios de mayor cobertura de acueducto en el área urbana son Monterrey, Sabanalarga, Sácama y Trinidad, mientras que los de menor cobertura son Hato Corozal, Yopal, Pore, Maní y Támara. En el área rural, los municipios con mayor cobertura son Monterrey, Villanueva y la Salina (Tabla 64).

Tabla 64. Coberturas de acueducto, según municipio. Casanare, 2022

MUNICIPIO	REC 2021			REC 2022		
	COBERTURA DE ACUEDUCTO			COBERTURA DE ACUEDUCTO		
	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL
Yopal	52,17	72,26	1,8	53	70,97	4,78
Aguazul	46,56	73,73	0,33	51,85	81,48	0,17
Chameza	34,47	100	0	35,38	100	0
Hato corozal	44,51	58,73	0	32,04	64,07	0
La salina	72,17	100	60,1	72,24	100	60,17
Mani	40,41	72,84	0,08	39,48	72,92	0,08
Monterrey	99,98	100	99,95	99,99	100	99,95
Nunchia	42,21	100	21,3	45,21	100	24,46
Orocue	60,46	91,04	12,42	60,46	91,04	12,42
Paz de Ariporo	72,09	99,77	2,33	72,37	96,54	36,09
Pore	42,05	74,97	0	44,22	78,84	0
Recetor	14,6	100	10,19	15,19	100	5,59
Sabanalarga	62,13	100	25,21	61,97	99,66	25,17
Sacama	46,25	86,99	0	75,88	100	0
San Luis de Palenque	28,47	61,47	7,56	41,84	90,66	10,98
Tamara	10,02	66,06	0,03	10,51	68,6	0
Tauramena	51,74	94,6	12,96	51,83	94,62	12,97
Trinidad	54,26	86,62	0	54,26	100	0
Villanueva	84,27	98,84	20,22	82,86	93,12	61,32
Casanare	50,464	86,206	14,446	52,662	89,606	18,639

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2023. https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles. DNP a partir de información de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios – 2022.

Cobertura de alcantarillado

En Casanare la cobertura total de alcantarillado para la vigencia 2022 alcanza un 47,8% mientras que para el país es de 44,8%, siendo superior para el Departamento. En el área urbana es de 89,5% y en el área rural 7,5%.

Los municipios con mayor cobertura de alcantarillado (urbano y rural) son Monterrey 77,1%, Paz de Ariporo 72,3% y Villanueva 65,01%, mientras que los de menor cobertura son en su orden Támara con el 10,4 %, Recetor con el 13,8% y Hato corozal 30,5%. Los municipios de mayor cobertura de alcantarillado en el área urbana son Chámeza, Monterrey, Nunchía, Sabanalarga, Sácama, Paz de Ariporo, Villanueva y Maní, mientras que los de menor cobertura son Hato Corozal, Támara y Pore (Tabla 65).

Tabla 65. Coberturas de alcantarillado, según municipio, Casanare, 2022

MUNICIPIO	REC 2021 COBERTURA DE ALCANTARILLADO			REC 2022 COBERTURA DE ALCANTARILLADO		
	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL
Yopal	54,3	73,33	6,58	53,25	70,98	6,31
Aguazul	46,28	73,4	0,17	50,23	79,03	0
Chameza	34,47	100	0	35,34	100	0
Hato corozal	39,51	51,75	1,21	30,58	61,15	0
La salina	39,38	100	13,08	39,4	100	13,06
Mani	52,06	93,79	0,16	50,9	93,96	0,15
Monterrey	76,37	100	18,39	77,15	100	18,28
Nunchia	33,91	100	10	36,66	100	12,67
Orocue	60,46	91,04	12,42	60,46	91,04	12,42
Paz de ariporo	72,08	99,76	2,33	72,36	96,54	36,07
Pore	41,5	74,34	0	44,05	78,53	0
Recetor	15,5	100	11,21	13,08	100	3,24
Sabanalarga	62,1	100	25,21	62,05	99,83	25,17
Sacama	45,32	85,14	0	74,22	97,81	0
San luis de palenque	28,47	61,47	7,56	37,76	88,7	5,55
Tamara	9,93	65,46	0,03	10,44	68,15	0
Tauramena	44,36	88,66	4,2	46,03	91,56	4,68
Trinidad	50,28	79,84	0	50,28	91,97	0
Villanueva	81,76	98,81	6,79	65,01	93,09	6,09
Casanare	46,739	86,147	6,281	47,855	89,597	7,563

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2023. https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles. DNP a partir de información de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios – 2022.

Cobertura de aseo

En Casanare la cobertura total de Aseo para la vigencia 2022 alcanza un 46,7% mientras que para el país es de 50,30 %, siendo inferior para el Departamento. En el área urbana es de 87,2% y en el área rural 7,8%. Los municipios de mayor cobertura de aseo (urbano y rural) son Monterrey 80%, Paz de Ariporo 72,3% y Villanueva 65% mientras que los de menor cobertura son Támara 10,48%, Recetor 13,3%, Trinidad 21,8 y Hato corozal 31,9%. En el área urbana, los municipios con mayores coberturas son Recetor, Monterrey, Nunchía, salina y Chámeza 100%. En el área rural, los municipios con mayor cobertura son Paz de Ariporo, Monterrey, Sabanalarga y Nunchía. (Tabla 66).

Tabla 66. Coberturas de aseo, según municipio. Casanare, 2022

MUNICIPIO	REC 2021			REC 2022		
	COBERTURA DE ASEO			COBERTURA DE ASEO		
	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL
Yopal	59,85	81,93	4,86	53,8	73,28	1,96
Aguazul	46,12	73,05	0,28	51,31	80,67	0,12
Chameza	34,47	100	0	35,34	100	0
Hato corozal	44,64	58,52	1,21	31,99	63,97	0
La salina	39,38	100	13,08	39,4	100	13,06
Mani	52,22	94,02	0,21	51,11	94,32	0,19
Monterrey	79,31	100	28,53	80,05	100	28,62
Nunchia	34,67	100	11,04	37,44	100	13,75
Orocue	60,46	91,04	12,42	60,46	91,04	12,42
Paz de Ariporo	72,08	99,75	2,33	72,36	96,54	36,05
Pore	41,71	74,7	0	44,22	78,84	0
Recetor	16,01	100	11,75	13,31	100	3,52
Sabanalarga	62,1	100	25,21	62,05	99,83	25,17
Sacama	52,93	98,93	0	76,26	98,49	0
San luis de Palenque	28,47	61,47	7,56	38,74	91,22	5,55
Tamara	9,97	65,76	0,03	10,48	68,45	0
Tauramena	42,07	85,86	2,51	43,11	88,15	2,86
Trinidad	21,82	34,72	0	21,82	40,04	0
Villanueva	81,79	98,84	6,79	65,01	93,09	6,09
Casanare	46,319	85,189	6,727	46,751	87,259	7,861

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2023. https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles. DNP a partir de información de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios – 2022.

Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida

En la Tabla 67 se muestra la semaforización de los indicadores de condiciones de vida del departamento de Casanare con relación a los indicadores promedio para la nación

- La cobertura de servicios de electricidad y acueducto es inferior al promedio departamental y la diferencia no es estadísticamente significativa.
- La Cobertura de alcantarillado es muy superior al promedio nacional, con un porcentaje del 55,1% y 39,6% respectivamente, las diferencias son estadísticamente significativas arrojando un indicador en rojo.
- El Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): Este se define como el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano, en este caso, el índice es superior al promedio departamental y la diferencia es estadísticamente significativa. Se considera un IRCA con riesgo medio.
- Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y con inadecuada eliminación de excretas: este indicador se refiere al porcentaje de población con acceso razonable a una cantidad adecuada de agua de una fuente mejorada, como conexión doméstica, pública, pozo protegido o recolección de lluvia. Fuentes no mejoradas incluyen camiones y pozos desprotegidos. Acceso razonable se define como la disponibilidad de al menos 20 litros por persona diario de una fuente no más lejos de un kilómetro, los indicadores son inferiores al nacional, igualmente para Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas, pero no son estadísticamente significativas (Tabla 67).

Tabla 67. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida – Tabla de Semaforización

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia 2022	Casanare 2022
Cobertura de servicios de electricidad	96,81	93,01
Cobertura de acueducto	56,36	55,9
Cobertura de alcantarillado	39,6	55,1
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	5,09	7,03
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	9,8	7,3
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	9,7	7,3

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Actualizado el 23 de mayo de 2023.

Como se observa en la Tabla 68, existe una brecha dramática con respecto a la cobertura de acueducto y alcantarillado para el área urbana y el resto del territorio (centros poblados y rural y rural disperso). Estos datos se encuentran correlacionados con los registros del Índice de Riesgo de la Calidad de Agua (IRCA) para consumo humano, reflejando un promedio de 40,12% (Riesgo alto) para la zona rural para el año 2022; lo que representa agua no apta para el consumo humano. Si bien para el año 2023 se presenta un porcentaje menor para el área rural (26,44%), todavía se mantiene en un riesgo alto (Ver Mapa 20 y Tabla 9).

Tabla 68. Cobertura de acceso a servicios públicos según desagregación urbano-rural, Casanare 2022

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	96,73	82,04
Cobertura de acueducto	89,6	18,6
Cobertura de alcantarillado	81,4	11,17

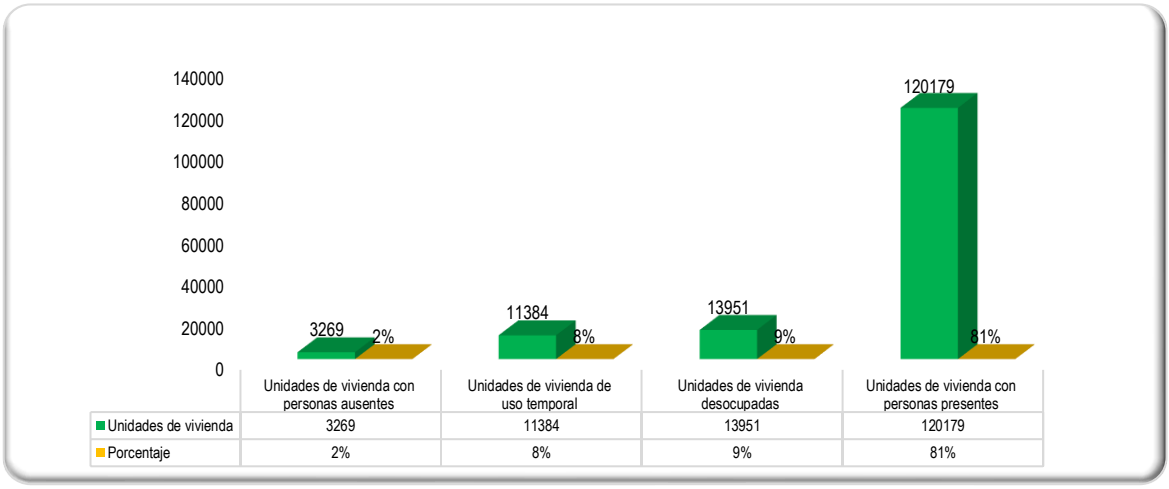
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Bases externas para actualización del ASIS 2023. https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles. DNP a partir de información de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios – 2022.

6.1.2.1 Condiciones de hogares y viviendas

De otra parte, según el número y condiciones de vivienda y hogares en Casanare de acuerdo a los datos del censo Nacional de Población y Vivienda 2018, existen 148.783 unidades de viviendas, de las cuales 72,4% (107.791) situadas en área urbana y 27,6% (40.992) en área rural, de este total, el censo indicó que el 88,8% (120.179) se encontraban ocupadas, el 9,4% estaban desocupadas (13.951), el 7,7% tenían ocupación temporal (11.384) y el 2,2% eran habitadas con personas ausentes al momento del registro (3.269). (Figura 36 y Figura 37). Sin embargo, según proyecciones DANE para el año 2023 se estimarían 181.827 viviendas en el departamento, con un 72,34% (131.539) en área urbana y 28% (50.288) en área rural y centros poblados, y (150.714) se encontraban ocupadas, en cabecera 74,6% (112.538) y en centros poblados y rural disperso 25,3% (38.176). (

Mapa 37 y Tabla 71).

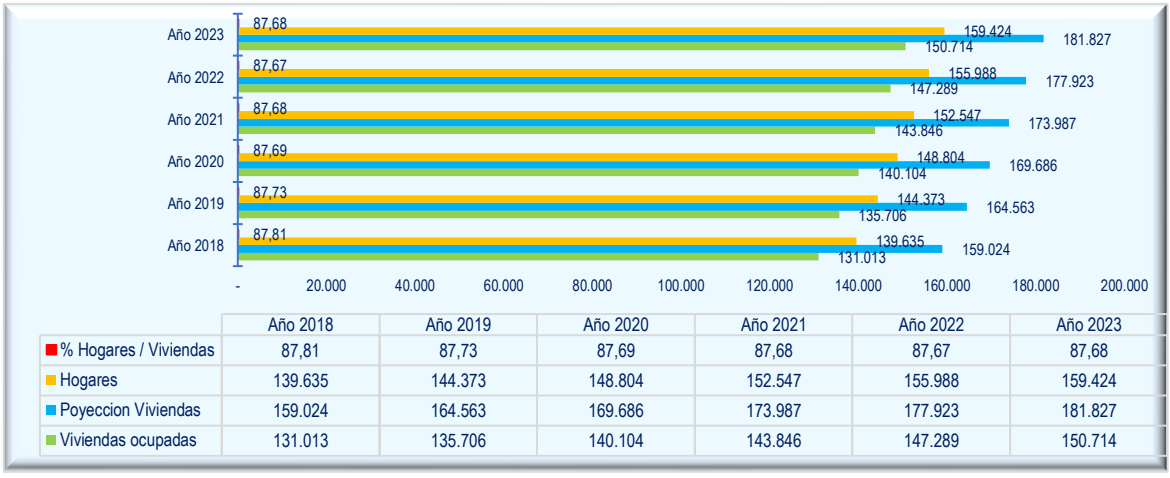
Figura 36. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica, Casanare 2018



	Unidades de vivienda con personas ausentes	Unidades de vivienda de uso temporal	Unidades de vivienda desocupadas	Unidades de vivienda con personas presentes
Unidades de vivienda	3269	11384	13951	120179
Porcentaje	2%	8%	9%	81%

Fuente: Elaboración propia, Censo nacional de población y vivienda 2018.

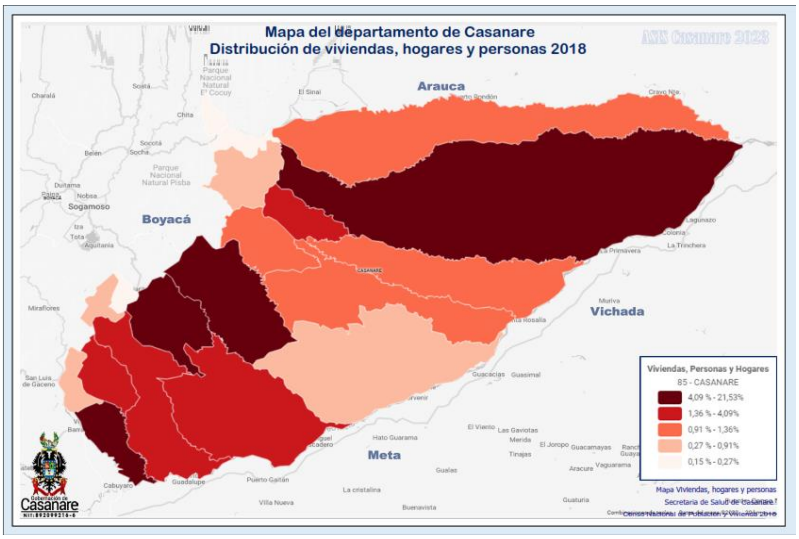
Figura 37. Condición de ocupación de la vivienda, según ubicación geográfica, Casanare 2018 a 2023.



	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023
% Hogares / Viviendas	87,81	87,73	87,69	87,68	87,67	87,68
Hogares	139.635	144.373	148.804	152.547	155.988	159.424
Poyeccion Viviendas	159.024	164.563	169.686	173.987	177.923	181.827
Viviendas ocupadas	131.013	135.706	140.104	143.846	147.289	150.714

Fuente: Elaboración propia, Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV- 2018.

Mapa 37. Distribución de viviendas, hogares y personas Casanare 2018



Fuente: Tomado de https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=e53e1178fb1f497cac9b241dbafb1690.

Las viviendas se relacionan con el número de hogares, en donde habitan los individuos, además es la manera en que las personas subvienen o solventan sus necesidades alimenticias y otras necesidades vitales. En este sentido, el censo 2018 relacionó 128.130 hogares, es decir, 86 hogares por cada 100 viviendas, y por proyecciones DANE 2018 se observan 155.988 hogares, aspecto que explica probablemente hogares conformados por una sola persona o varios hogares o grupos de individuos en una misma vivienda. (Tabla 70) y (Mapa 37). La proyección de hogares para el año 2023 es de 159.424, en cabecera 74,7% (119.181) y en Centros poblados y rural disperso 25,2 (40.243).

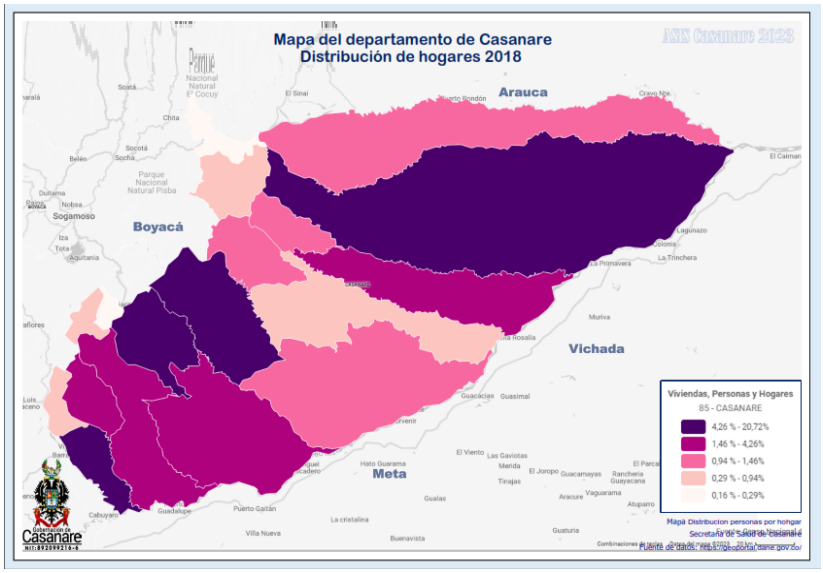
Tabla 69. Hogares y viviendas según municipio y área, Casanare 2023

Municipio	Total			Cabecera municipal			Rural		
	Unidades de vivienda	Hogares	Personas	Unidades de vivienda	Hogares	Personas	Unidades de vivienda	Hogares	Personas
Aguazul	14233	12119	33440	10170	9037	24416	4063	3082	9024
Chámeza	905	734	2009	548	477	1265	357	257	744
Hato Corozal	4298	3263	11431	1930	1519	4971	2368	1744	6460
La Salina	484	398	1227	208	197	604	276	201	623

Maní	5088	4499	13291	3549	3328	9808	1539	1171	3483
Monterrey	6875	5483	14828	4419	3971	10909	2456	1512	3919
Nunchía	2942	2651	8469	679	658	1789	2263	1993	6680
Orocué	2752	2409	8142	1965	1650	5237	787	759	2905
Paz de Ariporo	12292	10925	34446	8662	7976	24210	3630	2949	10236
Pore	3926	3739	10675	2408	2432	6578	1518	1307	4097
Recetor	603	492	1247	99	104	282	504	388	965
Sabanalarga	1514	1160	3046	674	637	1602	840	523	1444
Sácama	690	612	1675	414	350	857	276	262	818
San Luis de Palenque	2622	2266	7537	969	929	2871	1653	1337	4666
Támara	3057	2065	6317	665	485	1557	2392	1580	4760
Tauramena	7853	6838	21709	5088	4664	14101	2765	2174	7608
Trinidad	3905	3618	11734	2286	2252	6764	1619	1366	4970
Villanueva	12024	11757	31727	9042	9109	24848	2982	2648	6879
Yopal	62720	53102	156942	54016	46092	133345	8704	7010	23597
Casanare	**148783**	**128130**	**379892**	**107791**	**95867**	**276014**	**40992**	**32263**	**103878**

Fuente: Censo nacional de población y vivienda 2018.

Mapa 38. Distribución de personas por hogar, Casanare 2018



Fuente: Tomado de https://dane.maps.arcgis.com/

Hogares por tipo de tenencia de la vivienda

Según la Encuesta nacional de calidad de vida – DANE 2022, Casanare, 59 mil hogares tienen vivienda propia totalmente pagada, 41 mil en cabecera y 18 mil en centros poblados y rural disperso, 3 mil hogares acceden vivienda propia, pero la están pagando y 6 mil en arriendo y subarriendo, 22 mil hogares tienen vivienda con permiso del propietario sin pago alguno, 5 mil hogares con posesión sin título 1 mil hogares con propiedad colectiva.

Tabla 70. Hogares por tipo de tenencia según área, Casanare 2023

		Total hogares			Propia, totalmente pagada						Propia, la están pagando						En arriendo o subarriendo					
Departamento	Área	Total	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe
Casanare	Total	157	4	1,3	59	4	3,1	37,9	2,5	3,4	3	1	19,0	2,1	0,8	19,1	66	6	4,8	42,1	3,4	4,1
	Cabecera	117	3	1,2	41	3	3,9	35,2	3,0	4,3	3	1	22,4	2,2	1,0	22,5	60	5	4,3	51,5	3,7	3,7
	Centros poblados y rural disperso	40	1	1,4	18	1	3,7	45,5	3,0	3,4	1	0	28,2	1,5	0,9	28,3	6	1	10,8	14,5	3,0	10,6

		Con permiso del propietario/a, sin pago alguno						Posesión sin título (Ocupante de hecho)						Propiedad colectiva					
Departamento	Área	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe
Casanare	Total	22	3	6,2	14,3	1,8	6,5	5	3	29,2	3,1	1,8	29,8	1	1	24,1	0,7	0,3	24,4
	Cabecera	9	2	10,3	7,5	1,6	10,9	4	3	38,1	3,1	2,3	38,2	1	0	41,0	0,5	0,4	42,3
	Centros poblados y rural disperso	14	2	5,9	34,1	3,9	5,8	1	1	22,2	3,0	1,3	22,2	1	0	21,8	1,3	0,6	21,8

Fuente: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuestanacional-de-calidad-de-vida-ecv-2022

6.1.2.2 Inseguridad Alimentaria en los hogares

Disponibilidad de Alimentos

En este aspecto, a nivel municipal debe ser analizado el bajo peso al nacer, el cual es un importante indicador de las condiciones de salud fetal y neonatal e indirectamente de las condiciones de su gestación, en el contexto de los individuos y las poblaciones; está asociado con mayor riesgo de muerte fetal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia; por otra parte, las alteraciones en el crecimiento fetal pueden tener adversas consecuencias en la infancia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo. El bajo peso del recién nacido es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre.

Inseguridad Alimentaria

Los indicadores relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional se toman de la Encuesta Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición (ENSIN) 2010, 2015 y en 2021 solo se encuentra el Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (ICBF et al., 2015). Los resultados de la comparación de los indicadores del Departamento con relación al promedio Nacional (semaforización) son los siguientes:

- Duración de la lactancia materna exclusiva es de (4,6) meses en promedio, superior al promedio Nacional (1,8), encontrándose en 2.8 puntos por encima del promedio nacional y la diferencia es estadísticamente significativa.
- El porcentaje de bajo peso al nacer en 2021 fue de (6,6), inferior al promedio Nacional (9,8) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.
- La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años encontrada en Casanare fue 2,50 inferior al promedio Nacional (3,4) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.
- La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años fue de 10,10, cifra inferior al promedio Nacional (13,2) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.
- La prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años de 19,70, cifra superior al promedio Nacional (18,7) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.
- La prevalencia de obesidad en mujeres de 13 a 49 años fue de 14,7, cifra inferior al promedio Nacional (17,2), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.
- La prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas con edad entre 6 meses y 4 años: la prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas en niños y niñas de este grupo de edad fue de 19,70, cifra inferior al promedio Nacional (27,5), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. (Tabla 71).

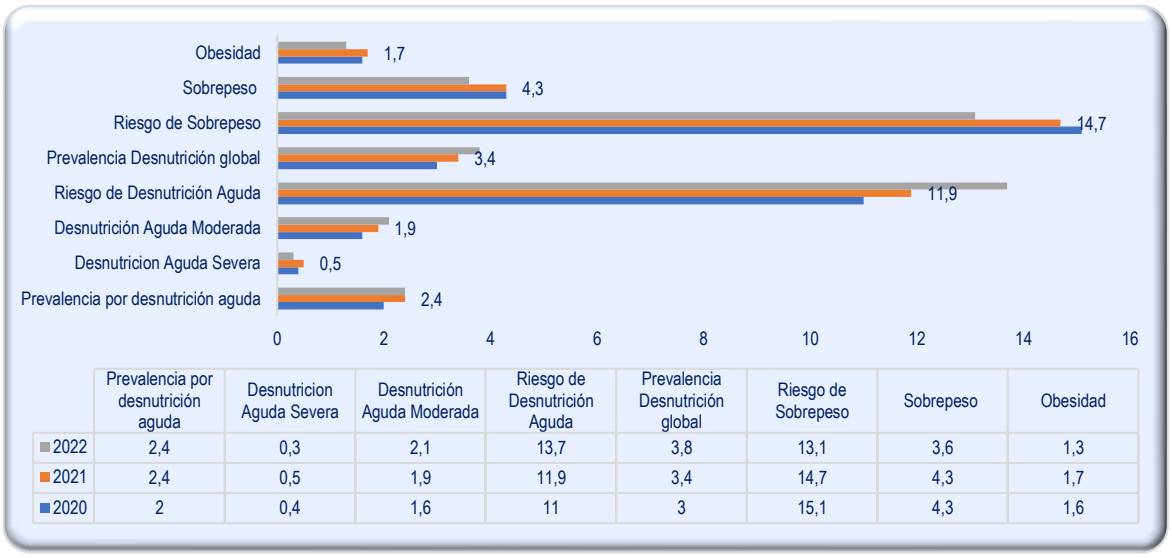
Tabla 71. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional. Casanare, 2015 y 2021.

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Casanare
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN) 2010	1,8	4,60
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	9,8	6,60
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN) 2010 **	3,4	2,50
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN)	13,2	10,10
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2015)	18,7	19,70
Prevalencia de obesidad en mujeres de 13 a 49 años (ENSIN 2015)	17,2	14,70
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	19,70

Fuente: DANE, EEVV y Encuesta Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición – ENSIN 2010 y 2015.

A continuación, se presenta la situación nutricional menores de Cinco años y Situación Nutricional menores entre 5 y 18 años para el departamento de Casanare en las vigencias 2020,2021 y 2022. (Figura 39)

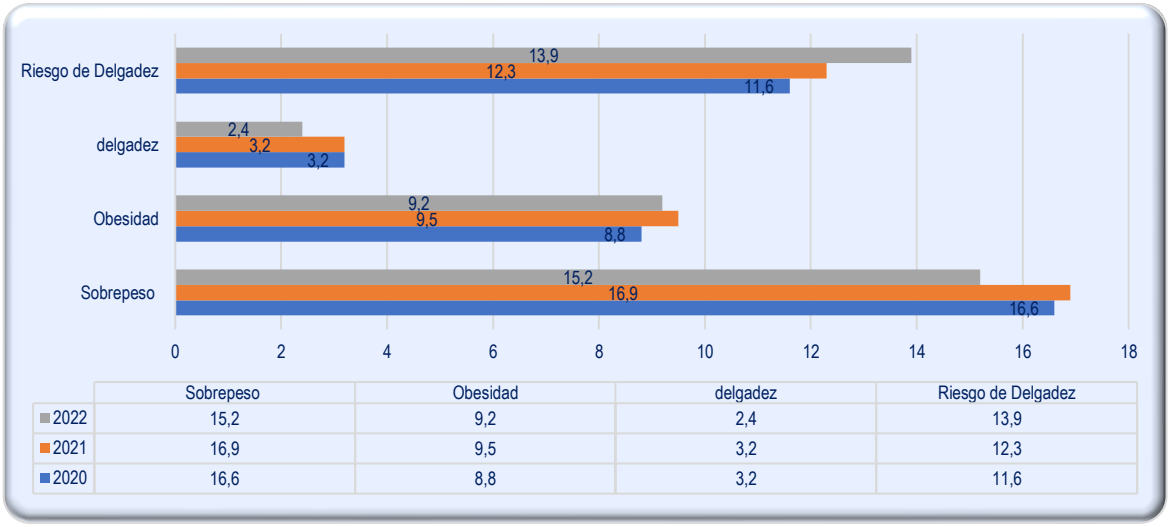
Figura 38. Situación Nutricional Menores de Cinco años, Casanare vigencias 2020,2021 y 2022



	Prevalencia por desnutrición aguda	Desnutricion Aguda Severa	Desnutrición Aguda Moderada	Riesgo de Desnutrición Aguda	Prevalencia Desnutrición global	Riesgo de Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad
2022	2,4	0,3	2,1	13,7	3,8	13,1	3,6	1,3
2021	2,4	0,5	1,9	11,9	3,4	14,7	4,3	1,7
2020	2	0,4	1,6	11	3	15,1	4,3	1,6

Fuente: Informe de Situación Nutricional - Sisvan, Secretaria de Salud de Casanare, 2020 a 2022

Figura 39. Situación Nutricional menores entre 5 y 18 años Casanare vigencias 2020,2021 y 2022.



	Sobrepeso	Obesidad	delgadez	Riesgo de Delgadez
2022	15,2	9,2	2,4	13,9
2021	16,9	9,5	3,2	12,3
2020	16,6	8,8	3,2	11,6

Fuente: Informe de Situación Nutricional - Sisvan, Secretaria de Salud de Casanare, 2020 a 2022

Tabla 72. Personas de 2 años y más que consumen bebidas azucaradas, por frecuencia de consumo y rango de edad (miles /%), Casanare 2022

Departamento	Rangos de edad	Total personas de 2 años y más			Total de personas de 2 años y más que consumen bebidas						Todos los días de la semana (dos o más veces al día)						Todos los días de la semana (una vez al día)						Cuatro a seis veces a la semana						Dos o tres veces a la semana						Una vez a la semana						Menos de una vez por semana					
		Total	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe
Casanare	Total	429	2	0,2	302	7	1,2	70,4	1,6	1,1	13	3	13,0	4,3	1,1	12,9	28	5	9,0	9,3	1,6	8,9	24	3	6,9	7,9	1,1	7,1	98	6	3,3	32,4	2,1	3,3	85	6	3,7	28,2	2,0	3,6	54	6	5,8	17,9	2,0	5,6
	2 a 5 años	30	3	4,3	18	2	5,9	61,1	5,1	4,3	0	0	46,3	2,4	2,1	44,6	2	1	21,2	12,3	4,8	19,7	1	1	25,4	7,9	3,9	25,2	5	1	11,7	28,7	6,4	11,4	6	1	12,9	31,3	6,6	10,7	3	1	17,2	17,3	5,7	16,7
	6 a 11 años	51	3	3,3	40	3	4,4	78,7	3,9	2,5	2	1	25,2	4,9	2,5	26,0	4	1	14,8	10,5	2,8	13,6	3	1	15,7	8,5	2,6	15,6	13	2	8,8	33,1	5,1	7,9	11	2	8,9	26,3	4,2	8,1	7	2	13,9	16,5	4,0	12,2
	12 a 17 años	50	3	3,4	44	3	3,9	87,5	2,8	1,6	2	1	24,9	4,9	2,4	25,5	5	2	15,8	11,5	3,5	15,4	4	1	14,7	9,6	2,7	14,6	18	2	7,2	40,4	4,8	6,0	10	2	10,9	22,7	4,4	9,9	5	1	14,0	10,9	3,0	14,2
	18 a 28 años	80	5	3,3	65	5	4,1	81,3	3,0	1,9	4	1	17,2	5,6	1,8	16,7	5	2	17,6	8,0	2,7	17,1	5	1	14,6	7,5	2,2	14,7	25	3	6,7	37,7	3,7	5,0	17	3	8,3	25,4	3,5	7,0	10	2	11,7	15,8	3,6	11,7
	29 años y más	218	3	0,8	135	5	1,9	61,9	2,1	1,7	5	1	14,1	3,4	0,9	14,0	11	2	9,8	8,5	1,6	9,9	10	2	9,0	7,3	1,3	9,0	37	3	4,3	27,6	2,3	4,2	42	4	4,9	31,5	2,7	4,3	29	3	5,8	21,6	2,3	5,3

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de vida. 2022

Tabla 73. Personas de 2 años y más que consumen alimentos de paquete, por frecuencia de consumo y rango de edad (miles /%). Casanare 2022

Departamento	Rango de edad	Total personas de 2			Total personas de 2 años y más que consumen						Todos los días de la semana (dos o más veces al día)						Todos los días de la semana (una vez al día)						Cuatro a seis veces a la semana						Dos o tres veces a la semana						Una vez a la semana						Menos de una vez por semana					
		Total	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe
Casanare	Total	429	2	0,2	196	9	2,2	45,7	1,9	2,1	6	2	17,7	3,0	1,1	17,8	17	4	11,5	8,6	2,0	11,6	10	2	11,9	5,3	1,2	11,8	61	5	4,4	30,9	2,5	4,1	56	5	4,3	28,6	2,2	3,9	46	6	6,6	23,5	2,7	5,9
	2 a 5 años	30	3	4,3	18	2	6,3	58,7	5,7	5,0	0	0	45,3	2,4	2,2	47,0	2	1	22,9	12,4	5,2	21,4	1	1	49,8	3,1	3,1	50,7	5	1	12,8	26,9	6,4	12,2	6	1	12,3	31,3	6,9	11,2	4	1	14,3	23,9	5,7	12,2
	6 a 11 años	51	3	3,3	37	3	4,7	72,1	4,1	2,9	1	1	28,5	3,2	1,9	29,4	4	1	15,5	9,8	3,0	15,6	2	1	19,8	6,7	2,5	19,1	12	2	8,9	33,9	5,1	7,7	11	2	10,3	28,7	5,3	9,4	7	2	15,2	17,8	4,7	13,6
	12 a 17 años	50	3	3,4	36	3	4,4	72,0	4,4	3,1	1	1	27,8	3,9	2,3	29,7	4	1	16,8	11,9	3,9	16,5	3	1	19,2	8,0	3,1	19,5	14	2	8,3	39,9	5,0	6,4	8	2	10,5	23,4	4,4	9,5	5	1	15,6	12,7	3,9	15,6
	18 a 28 años	80	5	3,3	47	5	5,1	58,3	4,2	3,6	2	1	26,1	3,4	1,8	26,2	4	1	19,3	7,6	2,9	19,4	2	1	22,5	4,2	1,9	23,0	16	3	9,4	34,4	4,8	7,2	13	2	9,2	27,3	4,0	7,5	11	2	11,2	23,1	4,7	10,5
	29 años y más	218	3	0,8	59	4	3,9	27,1	2,0	3,7	1	1	26,9	2,3	1,2	26,3	3	1	18,1	5,5	2,0	18,3	3	1	21,6	4,3	1,8	21,3	13	2	8,7	22,0	3,5	8,1	19	2	6,7	32,0	3,4	5,5	20	3	7,4	33,8	3,9	5,9

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de vida. 2022

Tabla 74. Personas de 2 años y más que consumen alimentos de paquete, por frecuencia de consumo y rango de edad (miles /%). Casanare 2022

Departamento	Área	Rango de edad	Total personas en rango de edad			Personas de 10 años y más que fuman actualmente						Personas de 10 años y más que fuman actualmente cigarrillo tradicional o tabaco						Diariamente						Algunos días de la semana						Menos de una vez por semana						Personas de 10 años y más que fuman actualmente vapeador o cigarrillo electrónico					
			Total	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe	Total	IC+-	CVe	%	IC+-	CVe
Casanare	Total	Total	364	1	0,2	15	2	8,1	4,2	0,7	8,1	15	2	8,2	4,2	0,7	8,2	7	2	12,8	45,2	8,3	9,3	6	2	13,9	37,4	8,0	10,9	3	1	17,4	17,4	5,7	16,9	0	0	58,9	0,1	0,1	60,2
		10 a 17 años	67	4	3,1	0	0	101,4	0,1	0,1	101,7	0	0	101,4	0,1	0,1	101,7	0	0	.	0,0	.	.	0	0	.	0,0	.	.	0	0	100,5	100,0	.	.	0	0	.	0,0	0,0	.
		18 años y más	298	3	0,6	15	2	8,2	5,2	0,8	8,0	15	2	8,2	5,1	0,8	8,1	7	2	12,8	45,4	8,3	9,4	6	2	13,9	37,5	8,0	10,8	3	1	17,7	17,1	5,8	17,1	0	0	58,9	0,1	0,1	60,3
	Cabecera	Total	265	1	0,3	13	2	9,3	4,8	0,9	9,3	13	2	9,4	4,7	0,9	9,4	6	2	13,8	49,5	9,7	10,0	4	1	17,1	35,2	9,2	13,3	2	1	21,7	15,3	6,3	21,1	0	0	69,7	0,1	0,1	70,7
		10 a 17 años	47	4	4,0	0	0	.	0,0	0,0	.	0	0	.	0,0	0,0	.	0	0	.	0,0	.	.	0	0	.	0,0	.	.	0	0	.	0,0	.	.	0	0	.	0,0	0,0	.
		18 años y más	218	3	0,7	13	2	9,3	5,8	1,0	9,2	13	2	9,4	5,8	1,0	9,3	6	2	13,8	49,5	9,7	10,0	4	1	17,1	35,2	9,2	13,3	2	1	21,7	15,3	6,3	21,1	0	0	69,7	0,1	0,1	71,0
	Centros poblados y rural disperso	Total	100	0	0,0	3	1	12,5	2,7	0,7	12,2	3	1	12,5	2,7	0,7	12,2	1	0	22,9	25,7	9,5	18,9	1	0	18,5	47,5	13,5	14,5	1	0	27,5	26,8	12,2	23,1	0	0	99,9	0,1	0,1	99,8
		10 a 17 años	20	1	3,7	0	0	100,4	0,2	0,3	100,3	0	0	100,4	0,2	0,3	100,3	0	0	.	0,0	0,1	.	0	0	.	0,0	0,2	.	0	0	100,4	100,0	0,3	0,3	0	0	.	0,0	0,0	.
		18 años y más	80	1	0,9	3	1	12,6	3,4	0,8	12,4	3	1	12,6	3,4	0,8	12,4	1	0	22,9	26,1	9,9	19,3	1	0	18,5	48,3	13,6	14,3	1	0	29,4	25,6	12,5	25,0	0	0	99,9	0,1	0,1	99,8

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de vida. 2022

Síntesis

- El departamento ha presentado casos de desnutrición en menores de 5 años lo cual puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud, ocasionado por causas estructurales y subyacentes como servicios de salud y nutrición pobremente dotados, sin capacidad de respuesta y culturalmente inapropiados, además de inseguridad alimentaria, prácticas inadecuadas de alimentación, higiene deficiente y falta de acceso a agua potable o a instalaciones adecuadas de saneamiento, analfabetismo en los cuidadores de los menores, embarazo de adolescentes, discriminación y exclusión de las madres, los niños y niñas al acceso a servicios y productos esenciales de salud y nutrición debido a la pobreza y a la marginación, condiciones frecuentes en el departamento de Casanare tal y como lo reflejan los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas y los de Pobreza Multidimensional.
- Los adultos mayores presentan condiciones socioeconómicas preocupantes, dado un bajo nivel educativo y la dependencia económica de algún miembro de la familia que también registra altos niveles de pobreza, por lo cual las personas de la tercera edad están en riesgo de ser abandonados, quedando sin vivienda y sin seguridad alimentaria que les permita llevar una vejez digna, situación aún más preocupante en los adultos mayores que habitan en la

zona rural, que además tienen dificultades de acceso a todos los servicios de manera oportuna por deficiencias en la conectividad vial.

- El ente Territorial departamental ha desarrollado estrategias intersectoriales con el objetivo de minimizar los problemas de inseguridad alimentaria como la implementación de unidades productivas, estrategias de reactivación económica, mercados campesinos, apertura de nuevos tramos y mejoramiento de vías para el traslado de productos agrícola entre otros, fortalecimiento del programa de renta ciudadana, ejecución del Programa de Alimentación Escolar, implementación y seguimiento de la estrategia de desparasitación con antihelmínticos, promoción continua de la lactancia materna y la salud de la gestante, jornadas integrales de salud en sectores de difícil acceso a los servicios, implementación de la estrategia de atención primaria en salud – APS en los diferentes municipios del departamento, promoción de estilos de vida saludables y de alimentación saludable, entre otros.

7.2.Dinámicas de convivencia en el territorio

La convivencia en el territorio y la presencia de las diferentes violencias es la cualidad que posee el conjunto de relaciones cotidianas entre los miembros de una sociedad cuando se han armonizado los intereses individuales con los colectivos, y, por tanto, cuando los conflictos se desenvuelven de manera constructiva.

Tabla 75. Desaparecidos en el departamento de Casanare 2022

DESAPARECIDOS EN COLOMBIA Y NACIONALES DESAPARECIDOS EN EL EXTRANJERO, AÑO 2022 CASOS Y TASAS X 100.00 HABITANTES	DESAPARECIDOS (CASOS)							DESAPARECIDOS (TASAS)						
SEXO	Hombre	Hombre	HOMBRE	Mujer	Mujer	MUJER	TOTAL	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL
DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DEL HECHO DANE / MAYOR DE EDAD (> 18 AÑOS) O MENOR DE EDAD (< 18 AÑOS)	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL		Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)
Casanare	**1**	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	**6**	**1,37**	**1,26**	**1,30**	**1,43**	**1,26**	**1,31**	**1,30**
Monterrey	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	14,84	10,50	5,29
Paz de Ariporo	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	15,18	-	5,11	2,52
Yopal	1	2	3	-	1	1	4	3,64	3,07	3,24	-	1,46	1,05	2,13

Fuente: https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis

En Casanare según Salud mental y LCE - Violencia de género e intrafamiliar (Sivigila – Sivim) 2023 corte 49 se han notificado 2.463 casos con un aumento de 140 casos frente al año anterior.

Tabla 76. Notificación de casos de Violencia Intrafamiliar, Casanare 2022 y 2023 semana 49

Municipio	NOT	Acumulado		ESP
		2023	2022	
Yopal	24	1260	1171	1006
Villanueva	5	160	139	205
Tauramena	2	104	103	142
Aguazul	1	176	189	215
San Luis de Palenque	1	85	42	47
Monterrey	1	80	89	102
Maní	1	72	100	99
Orocué	1	63	93	72
Nunchía	1	41	30	49
Paz de Ariporo	0	157	147	211
Pore	0	90	68	68
Támara	0	63	47	37
Trinidad	0	48	27	76
Hato Corozal	0	31	42	69
Sabanalarga	0	10	18	20

Municipio	NOT	Acumulado		ESP
		2023	2022	
Chámeza	0	7	5	15
Sácama	0	7	3	12
Recetor	0	5	5	10
La Salina	0	4	5	8
Total	**37**	**2463**	**2323**	

Fuente: Sivigila – Sivim Secretaria de Salud de Casanare 2023 corte semana 49

Distribución de la notificación de las violencias según la naturaleza no sexual, la mayoría de los casos (10.035) los aporta la violencia física, seguido de la violencia psicológica con 666 casos y negligencia y abandono 296 casos. De la violencia sexual el más recurrente es el acceso carnal con 199 casos.

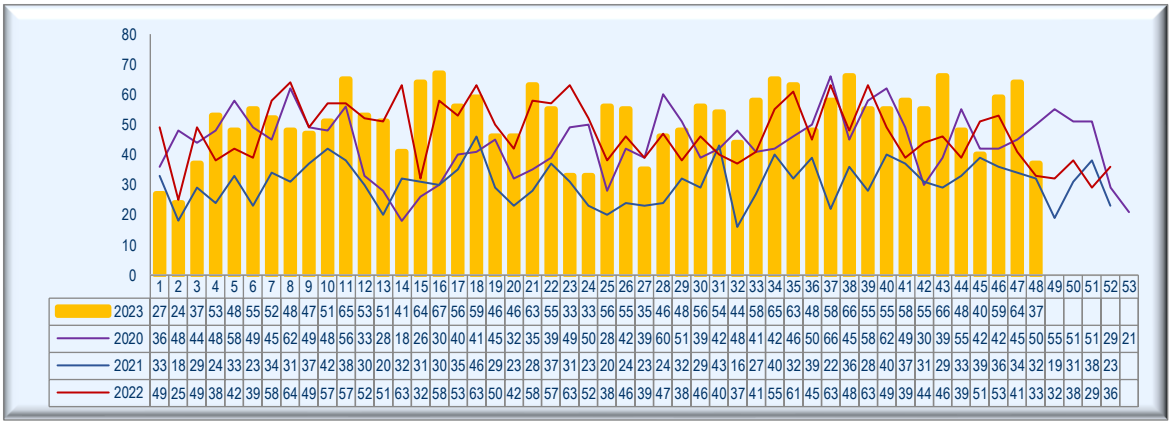
Tabla 77. Casos notificados según municipio y la naturaleza de la violencia, SE 49 de 2023

Municipio	Violencia No Sexual			Violencia Sexual					Total
	Física	Psicológica	Negligencia y abandono	Acoso Sexual	Acceso Carnal	Explotación Sexual	Actos Sexuales	Otras Violencias Sexuales	
Yopal	529	445	84	39	72	1	88	2	1260
Aguazul	82	29	24	10	18	0	12	1	176
Villanueva	71	36	25	0	11	0	16	1	160
Paz de Ariporo	60	43	24	7	20	0	3	0	157
Tauramena	41	16	18	1	10	0	18	0	104
Pore	45	17	8	1	7	0	12	0	90
San Luis de Palenque	38	17	12	10	7	0	1	0	85
Monterrey	28	21	13	1	9	0	8	0	80
Maní	20	6	22	2	12	2	8	0	72
Orocué	33	6	12	3	5	0	4	0	63
Támara	27	3	23	1	7	0	2	0	63
Trinidad	19	6	12	3	6	0	2	0	48
Nunchía	22	7	3	0	8	0	1	0	41
Hato Corozal	5	4	11	4	6	0	1	0	31
Sabanalarga	8	0	1	0	0	0	0	1	10
Chámeza	2	5	0	0	0	0	0	0	7
Sácama	2	1	2	1	1	0	0	0	7
Recetor	2	3	0	0	0	0	0	0	5
La Salina	1	1	2	0	0	0	0	0	4
Total	**1035**	**666**	**296**	**83**	**199**	**3**	**176**	**5**	**2463**

Fuente: Sivigila – Sivim Secretaría de Salud de Casanare 2023 corte semana 49

Según el comportamiento epidemiológico por semana durante el año 2023 la tendencia es fluctuante, sin embargo, en el 2022 se observa la mayor notificación de los casos de Violencias.

Figura 40. Casos notificados por semana epidemiológica, Casanare 2020 – 2023 semana 49.



Fuente: Sivigila – Sivim Secretaria de Salud de Casanare 2023 corte semana 49

Tabla 78. Determinantes intermedios de la salud – Lesiones de causa externa y homicidios. Cansare Casanare 2021 - 2021

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA 2019	CASANARE 2019	COLOMBIA 2020	CASANARE 2020	COLOMBIA 2021	CASANARE 2021
Lesiones de causa externa	59,78	74,19	54,18	68,03	62,71	78,85
Homicidios	25,84	14,46	24,07	17,10	27,70	21,63

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Casanare históricamente ha sido un territorio de conflicto social con la presencia de conflicto armado interno, explotación petrolera y desigualdad social, los cuales influyen como factores que han contribuido a la conflictividad social en la región y han tenido un impacto significativo.

Conflicto armado interno: El departamento ha sido escenario de enfrentamientos entre grupos armados ilegales, como las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y el Ejército Popular de Liberación (EPL), y las fuerzas de seguridad del Estado. El conflicto armado interno ha causado desplazamiento forzado, violencia, asesinatos y otras violaciones de los derechos humanos en Casanare. El conflicto también ha obstaculizado el desarrollo económico y social de la región.

- La explotación petrolera ha generado conflictos sociales en Casanare. Los habitantes de la región han denunciado que la explotación petrolera ha causado contaminación ambiental, daños a la salud y desplazamiento forzado.
- La desigualdad social ha generado conflictos sociales en Casanare. Los habitantes de la región han denunciado que la desigualdad social ha generado exclusión, discriminación y violencia.

- La conflictividad social tiene un impacto negativo en la población de Casanare., dichos conflictos sociales generan inseguridad, violencia, pobreza y desigualdad.

Las formas de conflictividad social en Casanare son diversas, las más comunes son:

- Enfrentamientos entre grupos armados ilegales
- Violencia contra la población civil
- Desplazamiento forzado
- Contaminación ambiental
- Daños a la salud
- Exclusión

La violencia es definida como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte o daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia contra la mujer (la ejercida por su pareja y la violencia sexual) constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. El 35% de las mujeres en el mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

A continuación, se describen las tasas de incidencia de violencia intrafamiliar, violencia de pareja y violencia interpersonal en menores de 18 años y mayores de 18 años para el año 2022, acorde al reporte de (Medicina legal, 2022).

Tabla 79. Violencia Intrafamiliar, Casanare, 2022

COMPORTAMIENTO DE LAS LESIONES NO FATALES POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF) EN COLOMBIA AÑO 2022. TASAS X 100.00 HABITANTES	VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (VIF)							VIOLENCIA ENTRE OTROS FAMILIARES (VIF)							VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR (VIF)							VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR (VIF)	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
SEXO	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL		Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL
DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DEL HECHO DANE / MAYOR DE EDAD (> 18 AÑOS) O MENOR DE EDAD (< 18 AÑOS)	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)		Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)
Casanare	65,97	-	65,97	100,43	-	100,43	82,83	-	46,28	46,28	-	75,25	75,25	60,80	-	35,90	35,90	-	22,51	22,51	29,21	65,97	44,82	51,48	100,43	67,88	77,80	64,57
Aguazul	81,05	-	81,05	244,20	-	244,20	159,64	-	25,61	25,61	-	123,45	123,45	75,43	-	99,21	99,21	-	-	-	49,01	81,05	36,42	50,26	244,20	105,51	145,37	97,87
Hato Corozal	-	-	-	40,06	-	40,06	19,75	-	54,90	54,90	-	60,83	60,83	57,71	-	-	-	-	-	-	-	-	45,43	28,69	40,06	51,01	46,75	37,35
Maní	34,06	-	34,06	150,66	-	150,66	89,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34,06	-	10,78	150,66	-	47,09	28,14
Monterrey	35,57	-	35,57	35,87	-	35,87	35,72	-	-	-	-	17,63	17,63	8,99	-	-	-	-	-	-	-	35,57	-	10,68	35,87	14,84	20,99	15,88
Nunchía	-	-	-	70,42	-	70,42	33,66	-	34,08	34,08	-	-	-	18,46	-	145,99	145,99	-	-	-	81,43	-	55,26	38,68	70,42	-	22,49	31,19
Orocué	38,82	-	38,82	119,14	-	119,14	78,52	-	-	-	-	58,45	58,45	27,96	-	-	-	-	-	-	-	38,82	-	14,35	119,14	48,74	75,52	44,15
Paz de Ariporo	72,73	-	72,73	75,92	-	75,92	74,29	-	54,03	54,03	-	64,55	64,55	59,23	-	-	-	-	93,63	93,63	47,05	72,73	45,39	54,74	75,92	69,33	71,55	63,03
Pore	45,07	-	45,07	96,39	-	96,39	69,86	-	28,82	28,82	-	29,42	29,42	29,12	-	142,86	142,86	-	-	-	75,53	45,07	47,96	46,96	96,39	24,86	49,20	48,05
Sabanalarga	349,04	-	349,04	206,61	-	206,61	283,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	349,04	-	100,00	206,61	-	51,63	76,20
San Luis de Palenque	-	-	-	-	-	-	-	-	39,94	39,94	-	-	-	20,67	-	-	-	-	-	-	-	-	32,80	22,30	-	-	-	11,44
Támara	-	-	-	88,18	-	88,18	41,46	-	52,77	52,77	-	123,00	123,00	85,20	-	-	-	-	-	-	-	42,35	27,48	88,18	95,28	92,79	58,21
Tauramena	93,98	-	93,98	49,08	-	49,08	72,02	-	13,00	13,00	-	26,01	26,01	19,50	-	-	-	-	-	-	-	93,98	11,36	38,30	49,08	22,73	31,07	34,71
Trinidad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24,84	24,84	12,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,93	13,81	6,83
Villanueva	32,57	-	32,57	34,49	-	34,49	33,51	-	8,64	8,64	-	17,15	17,15	12,91	-	-	-	-	-	-	-	32,57	7,38	15,24	34,49	14,86	20,77	17,97
Yopal	94,51	-	94,51	122,74	-	122,74	108,47	-	79,84	79,84	-	113,04	113,04	96,80	-	52,58	52,58	-	36,67	36,67	44,34	94,51	76,66	81,96	122,74	103,90	109,22	95,77

Fuente: Tomado de Observatorio de Violencias Medicina Legal Forensis https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa

Tabla 80. Violencia de Pareja, Casanare, 2022

COMPORTAMIENTO DE LAS LESIONES NO FATALES POR VIOLENCIA DE PAREJA EN COLOMBIA AÑO 2022. NÚMERO DE CASOS	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (CASOS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)	VIOLENCIA DE PAREJA (TASAS)
SEXO	Hombre	Hombre	HOMBRE	Mujer	Mujer	MUJER	TOTAL	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL
DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DEL HECHO DANE / MAYOR DE EDAD (> 18 AÑOS) O MENOR DE EDAD (< 18 AÑOS)	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL		Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)
Casanare	3	123	126	16	654	670	796	9,31	77,64	66,10	51,78	411,08	352,64	209,13
Aguazul	-	9	9	1	88	89	98	-	65,55	54,63	38,21	619,02	528,72	294,23
Hato Corozal	-	1	1	1	5	6	7	-	22,72	18,00	93,46	127,52	120,22	66,37
Maní	-	7	7	2	30	32	39	-	110,43	92,00	179,53	513,79	460,23	267,82
Monterrey	-	1	1	-	6	6	7	-	15,26	12,85	-	89,02	75,25	44,43
Nunchía	-	1	1	-	5	5	6	-	27,63	23,40	-	165,18	138,08	76,00
Orocué	-	1	1	-	13	13	14	-	22,76	18,03	-	316,84	251,30	130,60
Paz de Ariporo	-	12	12	2	44	46	58	-	90,78	74,31	72,05	338,96	291,93	181,78
Pore	-	-	-	-	9	9	9	-	-	-	-	223,71	182,67	89,45
Sabanalarga	-	1	1	-	2	2	3	-	70,08	58,58	-	137,65	119,05	88,57
San Luis de Palenque	-	-	-	-	7	7	7	-	-	-	-	246,65	203,19	98,72
Támara	-	1	1	-	4	4	5	-	42,35	34,04	-	190,57	151,52	89,64
Tauramena	-	4	4	2	24	26	30	-	45,46	37,17	109,47	272,73	244,66	140,27
Trinidad	-	-	-	-	4	4	4	-	-	-	-	83,73	69,10	34,17
Villanueva	-	2	2	-	8	8	10	-	14,76	12,34	-	59,42	49,61	30,93
Yopal	3	83	86	8	405	413	499	24,27	127,26	110,84	66,06	592,66	513,39	315,76

Fuente: Tomado de Observatorio de Violencias Medicina Legal Forensis https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa

Tabla 81. Violencia Interpersonal, Casanare, 2022

DIVIPOLA	COMPORTAMIENTO DE LAS LESIONES NO FATALES POR VIOLENCIA INTERPERSONAL EN COLOMBIA AÑO 2022 CASOS Y TASAS X 100.00 HABITANTES	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (CASOS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)	VIOLENCIA INTERPERSONAL (TASAS)
CODIGOS	SEXO	Hombre	Hombre	HOMBRE	Mujer	Mujer	MUJER	TOTAL	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	Hombre (Tasa x 100.000 Hab.)	HOMBRE (TASA X 100.000 HAB.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	Mujer (Tasa x 100.000 Hab.)	MUJER (TASA X 100.000 HAB.)	TOTAL
Nº	DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DEL HECHO DANE / MAYOR DE EDAD (> 18 AÑOS) O MENOR DE EDAD (< 18 AÑOS)	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL		Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	Menores de Edad (<18 años)	Mayores de Edad (>18 años)	TOTAL	(TASA X 100.000 HAB.)
85	**Casanare**	**50**	**743**	**793**	**30**	**327**	**357**	**1.150**	**68,72**	**469,01**	**343,03**	**43,04**	**205,54**	**156,03**	**250,01**
85010	Aguazul	8	63	**71**	6	38	**44**	**115**	129,68	458,88	**356,82**	104,66	267,30	**220,56**	**288,60**
85015	Chámeza	-	1	**1**	-	-	**-**	**1**	-	114,55	**77,94**	-	-	**-**	**40,49**
85125	Hato Corozal	-	10	**10**	1	5	**6**	**16**	-	227,17	**143,47**	40,06	127,52	**93,50**	**119,52**
85139	Maní	1	20	**21**	1	17	**18**	**39**	34,06	315,51	**226,42**	37,66	291,15	**211,91**	**219,48**
85162	Monterrey	-	16	**16**	-	7	**7**	**23**	-	244,24	**170,90**	-	103,86	**73,47**	**121,76**
85225	Nunchía	1	8	**9**	-	5	**5**	**14**	64,47	221,06	**174,08**	-	165,18	**112,44**	**145,58**
85230	Orocué	-	10	**10**	2	4	**6**	**16**	-	227,63	**143,49**	79,43	97,49	**90,62**	**117,73**
85250	Paz de Ariporo	2	83	**85**	1	34	**35**	**120**	29,09	627,88	**423,01**	15,18	261,92	**178,87**	**302,56**
85263	Pore	-	8	**8**	-	3	**3**	**11**	-	191,85	**125,22**	-	74,57	**49,20**	**88,09**
85300	Sabanalarga	-	4	**4**	-	-	**-**	**4**	-	280,31	**200,00**	-	-	**-**	**101,60**
85315	Sácama	-	1	**1**	-	-	**-**	**1**	-	124,84	**86,21**	-	-	**-**	**43,74**
85325	San Luis de Palenque	1	6	**7**	-	6	**6**	**13**	69,64	196,79	**156,08**	-	211,42	**140,91**	**148,69**
85400	Támara	1	7	**8**	-	2	**2**	**10**	78,25	296,48	**219,84**	-	95,28	**61,86**	**145,52**
85410	Tauramena	4	35	**39**	1	15	**16**	**55**	93,98	397,77	**298,74**	24,54	170,45	**124,27**	**212,11**
85430	Trinidad	1	14	**15**	-	6	**6**	**21**	38,74	290,16	**202,54**	-	125,60	**82,88**	**143,39**
85440	Villanueva	-	12	**12**	-	2	**2**	**14**	-	88,58	**60,95**	-	14,86	**10,38**	**35,95**
85001	Yopal	31	445	**476**	18	183	**201**	**677**	112,69	682,27	**513,31**	66,95	267,79	**211,09**	**360,19**

Fuente: Tomado de Observatorio de Violencias Medicina Legal Forensis https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa

7 CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.

Se realizará el análisis de morbilidad atendida y mortalidad por las grandes causas, especifica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez. El análisis incorporará variables que causen gradientes como el género, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

7.1 Análisis de la morbilidad

El análisis de la morbilidad se realizó de manera agrupada, para los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo y el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA.

Se utilizó una hoja de cálculo Excel para estimar las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad, junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.).

Es preciso señalar que en Colombia no existe un sistema de información robusto que facilite el análisis de indicadores de salud acordes a la realidad, por tanto, solo podríamos hablar de número de consultas por una enfermedad, debido a la forma como se registran las atenciones en los servicios de salud, pues en el registro individual de prestación de servicios de salud, se consigna el número de veces que un usuario consulta por la misma causa y no la atención única por cada patología. Además, se podrían encontrar déficit de la calidad del dato. En esta descripción se analizará la morbilidad agrupada por sexo y curso de vida, cuya fuente de datos son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud– RIPS.
Es así, como a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2022 se prestaron 6.546.355 atenciones, es decir que, en promedio, anualmente se brindaron 144.078. El 58.9% (4.038.274) a mujeres y el 41,09% de las atenciones fueron a hombres (2.813.081) en este periodo.

7.1.1 Principales causas y sub-causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida en el departamento de Casanare se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10[1] modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los

[1] Dentro de la lista LISTA 6/67 - CIE-10 OMS/OPS se agrupan enfermedades en las siguientes categorías: Enfermedades transmisibles, Neoplasias (tumores), Enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas, todas las demás causas y síntomas, signos y afecciones mal definidas.

traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

7.1.1.1 Morbilidad atendida

Durante el período de análisis 2009 a 2022 los Casanareños han realizado un total de 6.546.355 atenciones en salud, de las cuales, el 41,09% se presentaron en hombres y el 58.9% de las atenciones fueron a mujeres, indicando que asisten en mayor proporción las mujeres. Para el año 2022, se observaron 683.190 consultas, de las cuales el 65,6% (447.771) atenciones corresponden a enfermedades no transmisibles, el 16,68% (113.968) consultas por condiciones mal definidos, el 8,13% (55.530) atenciones por Condiciones transmisibles y nutricionales, seguido del 7,11% (48.590) atenciones por Lesiones y el 2,54% (17.331) por Condiciones maternas.

7.1.1.2 Principales causas de Morbilidad atendida por grupo de causas

El 65,43% (4.479.857/6.846.355) de las atenciones se dieron por enfermedades no transmisibles, las cuales están determinadas por múltiples factores de riesgo, entre los que se destacan hábitos alimentarios no saludables, con alto contenido en grasas saturadas, azúcares y sal y la baja ingesta de frutas y verduras, la inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol, lo que sugiere que el departamento de Casanare debe priorizar en sus programas y proyectos acciones de educación a la comunidad, las cuales deben estar focalizadas en hábitos alimenticios saludables y campañas que conduzcan a la disminución del consumo de licor y cigarrillo y aumento de la práctica de actividad física. Los signos y síntomas mal definidos con 15,01% 1027929/6.846.355) hecho que preocupa por cuanto no permiten establecer la verdadera causa por la cual, los servicios de salud brindaron estas atenciones, seguidas de condiciones trasmisibles y nutricionales 10,92% (747.559/6.846.355), lesiones 6,23% (426.543/6.846.355) y condiciones materno perinatales 2,40% (164.467/6.846.355) respectivamente. En general las causas enfermedades no transmisibles y las condiciones maternas perinatales han mostrado tendencia al incremento lo cual puede ser indicador del aumento en la demanda de los servicios; sin embargo, también es necesario tener en cuenta que la fase de fortalecimiento del sistema de información, ha incrementado el uso de los datos existentes en las fuentes oficiales de información para la toma de decisiones y esto ha motivado el aumento del reporte de los RIPS al ministerio para alimentar la base de datos.

7.1.1.2.1 Principales causas de Morbilidad atendida por grupo de edad y sexo y su comportamiento diferencial y sexo

Analizando el uso de servicios de salud desde el enfoque de ciclos de vida, las atenciones en los servicios de salud en el departamento de Casanare durante el período de análisis se concentraron en los adultos de 27-59, aportando un 42,49% del total, situación que puede ser explicada por la amplitud del rango en este ciclo vital, además porque en este grupo de edad empiezan a tener un mayor impacto las enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que los adultos mayores utilizaron los servicios de salud en un 20,95% durante el período de análisis, porcentaje que estuvo determinado por la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en este rango de edad, la cual oscilo entre un 78,34% y 81,03% del total de patologías presentadas en lo adultos mayores., se observa que en todos los

ciclos vitales de la población son las enfermedades crónicas no transmisibles las que aportan la mayor carga de enfermedad.

Teniendo en cuenta esta línea de comportamiento en las consultas, la primera causa en todos los grupos de edad son las enfermedades no transmisibles con 4.479.857 y porcentajes que van aumentando proporcionalmente a medida que aumenta la edad, impactando en mayor grado a los adultos mayores desde el año 2009 a 2022 y 447.771 para el año 2022. Para los demás grupos de patologías no existe un comportamiento generalizado en los diferentes ciclos de vida.

Para el curso de vida de primera infancia se ubica en segundo lugar se ubicaron las condiciones transmisibles y nutricionales con porcentajes que fluctúan entre 29,19%, los signos y síntomas mal definidos se ubican en segundo lugar para el resto de ciclos vitales presentando porcentajes de 12,79 hasta 22,41, situación que amerita una revisión por parte del departamento dado que denota graves problemas de calidad del dato, además, que no permiten establecer la verdadera causa por la cual los servicios de salud brindaron estas atenciones, lo que puede impactar negativamente en la salud y la vida del paciente al cual no se le realiza un diagnóstico adecuado por parte del personal de salud. Las lesiones impactaron en mayor medida a los jóvenes y adolescentes, presentan aumento en los grupos de edad de la adultez, adolescencia y vejez para 2022, con respecto al 2021. En condiciones maternas perinatales los ciclos de vida primera infancia y adultez demandaron en mayor proporción los servicios de salud por este grupo de eventos.

De otra parte, durante el periodo 2009 a 2022 fueron prestadas 598.575 atenciones en primera infancia, para un promedio anual de 42.755, en Infancia se prestaron 465.947 atenciones con un promedio de 33.282 anual, en Adolescencia fueron prestadas 537.390 con un promedio 38.385 anual, en Juventud se realizaron 1.200.830 atenciones con un promedio anual de 85.774, en Adultez fueron 3.012.431 atenciones prestadas con un promedio anual de 215.174 y en el ciclo de vida de vejez se prestaron 1.031.178 con un promedio de 73.656 atenciones. En general se observa que el ciclo vital que más consulta son los adultos con el 40,79, seguido de juventud y vejez. (Tabla 83).

Tabla 82. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo vital. Casanare, 2009 a 2022.

Total

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,16	37,22	41,68	45,69	40,09	35,78	33,45	37,71	33,31	32,55	30,66	21,80	20,98	29,19	8,21	
	Condiciones maternas perinatales	1,10	1,67	1,50	1,09	0,72	0,83	1,17	2,28	1,65	1,73	2,06	2,90	1,77	2,07	0,30	
	Enfermedades no transmisibles	40,15	43,61	37,13	35,60	42,05	47,71	47,88	41,99	41,58	40,01	37,17	43,46	51,93	42,26	-9,67	
	Lesiones	2,66	3,48	4,47	3,73	3,72	3,92	4,93	5,40	5,09	5,69	5,87	9,95	6,57	5,75	-0,82	
	Condiciones mal clasificadas	13,93	14,02	15,22	13,89	13,42	11,76	12,78	12,62	18,38	20,03	24,24	21,89	18,76	20,73	1,97	
																0,00	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,58	24,56	23,07	22,43	20,07	17,81	18,19	20,45	16,48	16,06	15,96	11,05	11,18	12,79	1,62	
	Condiciones maternas	0,08	0,03	0,05	0,02	0,03	0,04	0,14	0,02	0,01	0,04	0,06	0,10	0,04	0,03	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	51,62	56,72	57,44	61,00	63,24	65,89	63,60	58,65	57,91	55,80	54,68	56,18	65,95	59,32	-6,63	
	Lesiones	3,44	4,31	5,74	3,28	3,86	3,96	5,00	7,13	7,13	7,53	6,91	11,73	7,31	7,42	0,11	
	Condiciones mal clasificadas	14,28	14,38	13,69	13,28	12,80	12,30	13,07	13,76	18,47	20,56	22,38	20,94	15,53	20,44	4,91	
																0,00	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,48	15,68	15,41	14,21	12,87	11,26	11,48	11,70	11,20	9,39	9,68	7,44	5,95	7,39	1,45	
	Condiciones maternas	2,40	2,10	1,79	1,80	2,02	2,96	4,33	5,18	3,87	3,98	4,44	6,22	3,74	3,63	-0,11	
	Enfermedades no transmisibles	55,24	60,63	60,23	63,86	63,43	65,56	63,03	58,86	58,10	58,14	55,64	56,56	65,64	59,33	-6,31	
	Lesiones	4,82	5,80	6,16	4,55	4,69	4,94	6,27	7,99	7,14	8,17	7,28	8,73	7,15	7,24	0,09	
	Condiciones mal clasificadas	17,05	15,79	16,40	15,58	17,00	15,29	14,90	16,28	19,69	20,32	22,96	21,05	17,52	22,41	4,89	
																0,00	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,23	13,13	12,53	11,78	10,48	9,31	11,05	9,96	8,90	8,99	8,81	8,91	7,73	7,16	-0,57	
	Condiciones maternas perinatales	3,44	3,57	4,15	3,07	3,29	4,15	6,69	7,73	6,82	6,92	7,88	10,46	7,40	7,31	-0,09	
	Enfermedades no transmisibles	61,01	62,36	61,18	65,37	64,02	66,53	61,90	56,97	56,93	55,35	53,10	50,42	58,32	55,05	-3,26	
	Lesiones	4,64	6,28	7,02	5,53	5,72	6,33	6,75	9,39	8,18	9,43	8,27	10,54	8,95	10,09	1,13	
	Condiciones mal clasificadas	15,68	14,67	15,12	14,25	16,48	13,68	13,60	15,94	19,17	19,31	21,94	19,67	17,61	20,38	2,77	
																0,00	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,93	9,79	9,52	9,14	8,10	7,18	9,10	8,56	7,39	8,27	7,56	8,35	6,95	6,22	-0,74	
	Condiciones maternas perinatales	1,34	0,99	1,62	0,97	1,04	1,23	1,89	1,80	2,10	2,01	2,38	2,83	2,11	2,33	0,22	
	Enfermedades no transmisibles	69,16	71,08	69,68	72,78	72,99	74,02	71,93	69,50	69,25	66,60	65,18	64,55	69,30	67,64	-1,65	
	Lesiones	4,33	5,31	5,93	5,10	5,57	5,41	5,27	6,59	6,31	7,45	7,49	8,13	7,01	7,59	0,58	
	Condiciones mal clasificadas	13,23	12,83	13,24	12,01	12,30	12,17	11,82	13,55	14,95	15,67	17,40	16,14	14,64	16,23	1,59	
																0,00	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,32	6,59	6,38	6,86	6,13	5,75	6,00	5,79	5,02	5,16	5,04	3,50	3,70	3,83	0,13	
	Condiciones maternas perinatales	0,01	0,02	0,07	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	77,95	79,27	79,31	80,86	80,90	81,30	81,21	80,72	80,89	79,69	78,94	84,21	84,20	81,52	-2,68	
	Lesiones	3,58	4,18	3,89	3,00	4,36	3,56	3,66	4,01	3,35	4,24	4,11	3,19	3,23	4,33	1,10	
	Condiciones mal clasificadas	10,14	9,94	10,35	9,27	8,58	9,38	9,12	9,48	10,73	10,91	11,90	9,08	8,86	10,32	1,46	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud 2023

En las mujeres se evidencia un comportamiento similar al observado en la población general y en los hombres, con una mayor proporción de consultas para las enfermedades no transmisibles, las cuales fueron aumentando a medida que aumenta la edad; en el año 2022, el 66,96% de las consultas en las mujeres se dieron por este grupo de enfermedades y en todos los ciclos vitales disminuye la tendencia con hasta 7 puntos porcentuales frente al 2021.Tanto en hombres como en mujeres la segunda causa de consulta son las condiciones mal clasificadas y la tercera causa Condiciones transmisibles y nutricionales. En el grupo de adulto mayor las lesiones presentan la segunda causa de morbilidad con un aumento de 1.24 puntos porcentuales frente al 2021 para mujeres y 1.01 en hombres (Tabla 84 y Tabla 85).

Tabla 83. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo vital en hombres, Casanare, 2009 a 2022

Hombres

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2020-2022	Tendencia
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,41	37,64	41,96	46,55	40,07	35,65	33,31	37,08	32,64	32,79	31,22	21,18	20,87	30,29	9,42	
	Condiciones maternas perinatales	0,98	1,98	1,93	1,40	0,80	0,94	1,41	2,50	1,74	1,76	2,18	2,54	2,01	2,74	0,73	
	Enfermedades no transmisibles	39,10	42,28	36,29	34,49	41,34	47,76	46,95	41,87	41,61	38,94	36,68	43,47	51,43	39,34	-12,09	
	Lesiones	3,07	3,62	4,75	3,96	4,11	4,13	5,47	6,11	5,98	5,99	6,56	11,53	7,17	6,10	-1,06	
	Condiciones mal clasificadas	14,44	14,48	15,06	13,60	13,67	11,53	12,86	12,44	18,03	19,52	23,36	21,29	18,53	21,53	3,00	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,06	24,39	22,35	22,00	20,13	17,83	17,74	19,91	15,86	15,57	15,88	10,81	11,96	12,49	0,53	
	Condiciones maternas perinatales	0,05	0,00	0,08	0,03	0,02	0,03	0,10	0,02	0,00	0,04	0,04	0,02	0,02	0,03	0,01	
	Enfermedades no transmisibles	51,81	56,70	57,72	60,88	63,43	65,49	63,45	58,41	58,02	55,95	54,63	56,09	65,05	58,73	-6,32	
	Lesiones	4,33	4,94	7,48	4,08	4,74	4,95	6,00	8,80	8,65	9,02	8,15	13,64	8,26	9,65	1,39	
	Condiciones mal clasificadas	13,74	13,96	12,38	13,01	11,69	11,71	12,69	12,85	17,47	19,42	21,30	19,44	14,71	19,11	4,40	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,80	17,48	17,18	16,30	15,49	13,44	12,78	12,91	12,52	10,45	11,09	9,19	7,44	8,50	1,06	
	Condiciones maternas perinatales	0,09	0,00	0,04	0,06	0,12	0,07	0,43	0,12	0,07	0,11	0,60	0,66	0,31	1,05	0,74	
	Enfermedades no transmisibles	51,39	57,58	58,18	63,60	63,33	65,22	63,74	60,95	59,27	60,36	58,28	57,69	66,13	59,31	-6,81	
	Lesiones	7,71	8,53	9,22	6,38	7,35	7,47	9,33	12,30	11,21	11,84	10,54	13,68	10,51	10,26	-0,25	
	Condiciones mal clasificadas	17,01	16,41	15,38	13,66	13,70	13,81	13,72	13,73	16,93	17,25	19,50	18,78	15,60	20,87	5,28	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,16	16,44	15,54	14,49	12,88	11,61	13,42	11,50	10,82	10,75	11,55	13,46	12,37	8,93	-3,45	
	Condiciones maternas perinatales	0,06	0,01	0,02	0,04	0,12	0,02	0,33	0,12	0,07	0,07	0,41	0,68	0,26	1,71	1,45	
	Enfermedades no transmisibles	57,02	58,69	58,09	63,99	63,49	65,34	61,74	57,36	57,91	56,91	55,89	50,87	57,21	53,76	-3,46	
	Lesiones	9,39	11,04	12,90	9,72	11,66	11,68	13,05	18,63	16,40	17,37	15,39	19,68	16,35	18,69	2,34	
	Condiciones mal clasificadas	14,36	13,81	13,45	11,75	11,85	11,36	11,45	12,39	14,80	14,90	16,76	15,30	13,80	16,91	3,11	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,36	10,93	10,57	9,76	8,75	8,10	10,05	9,12	8,37	9,73	9,21	10,97	9,64	7,79	-1,86	
	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,01	0,01	0,02	0,08	0,03	0,20	0,17	
	Enfermedades no transmisibles	66,78	68,13	67,67	71,45	72,23	72,88	70,52	66,28	67,32	64,96	63,52	62,58	66,24	64,66	-1,58	
	Lesiones	7,83	8,81	9,90	8,19	9,19	8,89	9,72	13,61	11,85	13,10	13,60	13,23	11,82	13,34	1,51	
	Condiciones mal clasificadas	12,02	12,12	11,86	10,59	9,82	10,13	9,70	10,96	12,45	12,21	13,65	13,12	12,27	14,01	1,73	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,03	6,74	6,88	6,46	6,08	5,71	6,19	6,20	5,36	5,50	5,27	4,04	4,30	3,91	-0,39	
	Condiciones maternas perinatales	0,00	0,00	0,04	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	77,48	77,93	77,17	80,62	80,24	80,49	79,83	79,27	79,80	78,22	77,81	82,85	83,14	81,03	-2,12	
	Lesiones	4,04	5,31	4,83	4,01	5,14	4,38	4,78	4,58	4,04	5,22	5,02	4,17	3,86	5,10	1,24	
	Condiciones mal clasificadas	10,45	10,02	11,09	8,91	8,54	9,41	9,20	9,95	10,80	11,05	11,89	8,94	8,70	9,96	1,26	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

Tabla 84. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad, por ciclo vital en mujeres, Casanare, 2009 a 2022

Mujeres

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,89	36,76	41,34	44,70	40,10	35,93	33,61	38,47	34,06	32,28	30,03	22,53	21,10	28,00	6,90	
	Condiciones maternas perinatales	1,23	1,33	0,99	0,74	0,62	0,71	0,89	2,02	1,54	1,69	1,92	3,32	1,50	1,34	-0,16	
	Enfermedades no transmisibles	45,29	45,07	38,12	36,87	42,92	47,85	48,54	42,13	41,54	40,07	37,72	43,46	52,46	45,42	-7,04	
	Lesiones	2,21	3,32	4,14	3,46	3,25	3,69	4,28	4,55	4,09	5,34	5,09	8,10	5,93	5,37	-0,56	
	Condiciones mal clasificadas	13,38	13,51	15,40	14,22	13,11	12,02	12,68	12,84	18,77	20,61	25,23	22,59	19,01	19,87	0,86	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,13	24,75	23,84	22,87	20,00	17,79	18,67	21,03	17,15	16,61	16,05	11,31	10,32	13,14	2,82	
	Condiciones maternas perinatales	0,11	0,06	0,03	0,02	0,05	0,04	0,18	0,02	0,03	0,04	0,09	0,19	0,05	0,04	-0,01	
	Enfermedades no transmisibles	51,42	56,74	57,15	61,12	63,04	66,33	63,75	58,90	57,79	55,63	54,74	56,27	66,93	59,98	-6,95	
	Lesiones	2,50	3,64	3,87	2,44	2,96	2,91	3,92	5,31	5,48	5,91	5,57	9,69	6,27	4,91	-1,36	
	Condiciones mal clasificadas	14,86	14,81	15,10	13,55	13,94	12,93	13,47	14,74	19,55	21,81	23,54	22,54	16,43	21,94	5,51	
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,20	14,32	14,07	12,72	11,09	9,80	10,56	10,88	10,30	8,60	8,66	6,29	4,93	6,48	1,55	
	Condiciones maternas perinatales	3,99	3,68	3,12	3,05	3,31	4,90	7,10	8,57	6,49	6,87	7,23	9,88	6,09	5,72	-0,37	
	Enfermedades no transmisibles	57,90	62,94	61,78	64,04	63,49	65,78	62,52	57,46	57,29	56,48	53,73	55,82	65,31	59,35	-5,96	
	Lesiones	2,83	3,73	3,85	3,24	2,88	3,25	4,10	5,10	4,34	5,43	4,92	5,46	4,84	4,78	-0,06	
	Condiciones mal clasificadas	17,08	15,33	17,18	16,95	19,23	16,27	15,73	17,98	21,58	22,62	25,47	22,55	18,83	23,67	4,84	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,30	11,30	10,83	10,34	9,23	8,04	9,88	9,23	7,93	7,98	7,29	6,25	5,00	5,99	0,99	
	Condiciones maternas perinatales	5,11	5,52	6,50	4,68	4,94	6,43	9,84	11,34	10,24	10,86	12,02	16,17	11,60	11,04	-0,56	
	Enfermedades no transmisibles	62,98	64,38	62,94	66,10	64,30	67,19	61,98	56,79	56,44	54,46	51,55	50,15	58,96	55,92	-3,05	
	Lesiones	2,29	3,66	3,67	3,30	2,65	3,37	3,64	5,02	4,01	4,86	4,32	5,20	4,58	4,36	-0,23	
	Condiciones mal clasificadas	16,33	15,14	16,07	15,58	18,88	14,97	14,66	17,62	21,39	21,85	24,81	22,23	19,86	22,69	2,83	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,09	9,03	8,83	8,73	7,67	6,59	8,63	8,31	6,86	7,36	6,58	6,33	5,21	5,30	0,09	
	Condiciones maternas perinatales	2,14	1,64	2,70	1,59	1,72	2,02	2,83	2,57	3,20	3,26	3,77	4,95	3,45	3,57	0,13	
	Enfermedades no transmisibles	70,57	73,05	71,02	73,64	73,49	74,76	72,62	70,91	70,27	67,63	66,16	66,07	71,27	69,38	-1,89	
	Lesiones	2,26	2,98	3,29	3,12	3,17	3,14	3,05	3,53	3,39	3,92	3,88	4,18	3,90	4,22	0,32	
	Condiciones mal clasificadas	13,95	13,30	14,16	12,92	13,94	13,50	12,87	14,68	16,27	17,83	19,61	18,47	16,17	17,53	1,36	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,57	6,46	5,94	7,20	6,19	5,79	5,85	5,46	4,75	4,86	4,84	2,96	3,15	3,75	0,60	
	Condiciones maternas perinatales	0,01	0,04	0,10	0,01	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,04	0,02	0,01	-0,01	
	Enfermedades no transmisibles	78,34	80,36	81,21	81,05	81,57	82,06	82,33	81,87	81,76	80,98	79,90	85,58	85,18	81,95	-3,22	
	Lesiones	3,20	3,27	3,05	2,15	3,58	2,79	2,76	3,56	2,81	3,37	3,33	2,20	2,65	3,65	1,01	
	Condiciones mal clasificadas	9,88	9,87	9,70	9,58	8,63	9,35	9,06	9,11	10,69	10,78	11,91	9,22	9,01	10,63	1,62	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

7.1.1.3 Causas y Subcausas de Morbilidad

7.1.1.3.1 Morbilidad especifica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utiliza la lista de estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas de morbilidad, la cual está compuesta por: condiciones transmisibles y nutricionales que a su vez se clasificaron en: deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones respiratorias.

En las condiciones maternas y perinatales se encuentran: las derivadas durante el período perinatal y las condiciones maternas; y las enfermedades no transmisibles se clasifican en: enfermedades

cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinarias, enfermedades digestivas, enfermedades endocrinas, diabetes mellitus, condiciones neuropsiquiátricas, condiciones orales, neoplasias malignas, otras neoplasias y anomalías congénitas.
Para el grupo de lesiones se incluyeron, lesiones de intencionalidad indeterminada, lesiones intencionales, lesiones no intencionales, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

7.1.1.3.1.1 Condiciones Transmisibles y Nutricionales

Los habitantes del departamento de Casanare, durante el período de análisis, realizaron un total de 55.530 consultas para Condiciones transmisibles y nutricionales lo que equivale al 10,93% del total de consultas de 2009 a 2021, las enfermedades infecciosas y parasitarias (fueron las de mayor demanda de atenciones con el 49,7%, registrando porcentajes entre 60,14% y 49,70%, con una disminución para el 2021 con respecto al año anterior de 10,1%, mientras que para las infecciones respiratorias que se ubicaron en el segundo lugar con 44,3% (24.646/55.530) se presentó un aumento de 10.32 puntos porcentuales con un y en las deficiencias nutricionales con 5,88% (3.266/55.530). (Tabla 91).
Observando el comportamiento por sexo, las mujeres de Casanare, durante el período de análisis, realizaron mayor uso de servicios de salud con 27.814 consultas con condiciones Transmisibles y Nutricionales. Tanto en hombres como en mujeres, las enfermedades infecciosas y parasitarias es el primer subgrupo de mayor consulta, indicando que los casanareños consultaron en mayor proporción por esta enfermedad con 50,78 en hombres y 48,7 en mujeres. Las Infecciones Respiratorias, generando más impacto en la consulta general por esta patología que en hombres, se observa que, las infecciones respiratorias con un aumento de 10.32 puntos porcentuales en hombres y 9.50 puntos porcentuales en mujeres con respecto al año 2021. (Tabla 86).

Tabla 85. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Condiciones Transmisibles y Nutricionales, Casanare, 2009 a 2022

Grandes causas de morbilidad

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	44,77	47,32	47,69	50,19	49,92	48,32	59,57	53,05	48,04	54,49	56,22	67,78	60,14	49,74	-10,41	
	Infecciones respiratorias	50,90	46,99	47,77	43,39	43,50	44,79	34,55	39,48	45,69	40,14	38,51	28,25	34,06	44,38	10,32	
	Deficiencias nutricionales	4,33	5,69	4,54	6,41	6,58	6,90	5,88	7,47	6,27	5,36	5,27	3,97	5,80	5,88	0,08	

Mujeres

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	43,75	46,59	46,78	48,90	48,76	47,45	60,18	54,07	47,28	52,65	54,12	62,59	57,36	48,70	-8,66	
	Infecciones respiratorias	50,89	46,58	47,85	43,98	43,75	44,83	33,50	38,36	45,83	41,29	39,36	32,12	35,32	44,82	9,50	
	Deficiencias nutricionales	5,36	6,82	5,37	7,12	7,49	7,72	6,32	7,57	6,90	6,05	6,51	5,29	7,32	6,48	-0,84	

Hombres																	
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades infecciosas y parasitarias	45,92	48,11	48,65	51,66	51,18	49,26	58,81	51,73	48,96	56,46	58,40	71,94	62,43	50,78	-11,66	
	Infecciones respiratorias	50,91	47,44	47,69	42,72	43,23	44,74	35,86	40,92	45,53	38,91	37,62	25,15	33,02	43,95	10,92	
	Deficiencias nutricionales	3,17	4,45	3,66	5,61	5,58	6,00	5,33	7,35	5,51	4,63	3,99	2,91	4,55	5,28	0,73	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

7.1.1.3.1.2 Condiciones materno-perinatales

Las Condiciones materno-perinatales representan el 2,40% (17.331/55.530) del total de las atenciones, de las cuales los subgrupos con mayor número de atenciones fueron las condiciones maternas con el 93,13% (16.140/17.331) y las condiciones derivadas durante el periodo perinatal con el 6,87% (1.191/17.331), con una tendencia al aumento de 1.06 puntos porcentuales en el año 2022 frente al año anterior. (Tabla 92).

En las mujeres las condiciones maternas presentan la mayoría de las consultas durante el periodo 2009 a 2021 con 96,86% (156.020) atenciones y para el año 2022 presentaron 97,27% (15.408) consultas y una tendencia al aumento de 0.11 puntos porcentuales frente al año anterior. Al igual que en las mujeres, en los hombres se presenta la mayoría de las consultas en Condiciones materna con 40,09% (1171) de las Condiciones derivadas durante el periodo perinatal, situación similar para el año 2022 con 71.10% (771) consultas y una tendencia al aumento con 31.91 puntos porcentuales comparado con el año 2021. (Tabla 87).

Tabla 86. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Condiciones Materno Perinatales, Casanare, 2009 a 2022.

Grandes causas de morbilidad																	
Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	89,20	86,86	91,72	92,57	93,12	94,34	94,99	91,97	94,24	93,55	92,06	93,81	94,69	93,13	-1,57	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	10,80	13,14	8,28	7,43	6,88	5,66	5,01	8,03	5,76	6,45	7,94	6,19	5,31	6,87	1,57	
Mujeres																	
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	93,36	93,33	96,70	96,91	96,46	97,13	98,00	96,54	97,33	96,88	96,65	96,17	97,38	97,27	-0,11	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	6,64	6,67	3,30	3,09	3,54	2,87	2,00	3,46	2,67	3,12	3,35	3,83	2,62	2,73	0,11	
Hombres																	
Condiciones maternas perinatales	Condiciones maternas	8,98	2,27	2,53	7,77	17,41	3,50	29,58	8,39	8,28	8,74	14,75	42,57	28,90	59,91	31,01	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	91,02	97,73	97,47	92,23	82,59	96,50	70,42	91,61	91,72	91,26	85,25	57,43	71,10	40,09	-31,01	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

7.1.1.3.1.3 Enfermedades No Transmisibles

Las enfermedades no trasmisibles representan el 65,41% (4.479.857) del total de las consultas en el periodo 2009 a 2022 y para el 2022 se presentaron 447.771 consultas. Los subgrupos de patologías con mayor número de atenciones fueron las condiciones orales con 23,49% (1.052.181) consultas, en el 2022 estas afecciones representan el 15,07% de las atenciones con una tendencia a la reducción de 0.85 puntos porcentuales comparado con el año anterior. En segundo lugar, están las enfermedades genitourinarias con 11,83% (529.773) atenciones para el periodo 2009 a 2022, con

10,43% de consultas en el 2022 y una tendencia a la disminución de 0.41 puntos porcentuales frente al año 2021. En tercer lugar, se encuentran las Enfermedades musculo-esqueléticas con 10,33% (462.868) consultas en el periodo 2009 a 2022 y con 10,33% de las atenciones para el año 2022 y una tendencia de disminución de 0.56 puntos porcentuales frente al año anterior. Con lo anterior, se evidencia que las patologías bucodentales se encuentran entre las principales causas de consulta, siendo consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia e impacto en los individuos y en la sociedad. (Tabla 88).

En el análisis por sexo, tanto en hombres como en mujeres, el grupo de las patologías por condiciones orales ocupan el primer lugar de consulta, los hombres aportan el 24,45% (440.388) atenciones y en las mujeres 22,84% (611.793) consultas, de las cuales en el año 2022 en las mujeres se observó un 15,11% (39.948) consultas y una tendencia al reducción de 6.11 puntos porcentuales, no obstante, en los hombres las atenciones fueron de 15,03% (27.550) con una tendencia al reducción de 5.44 puntos porcentuales comprado con el año 2021. En segundo lugar, el subgrupo de causas de morbilidad para hombres fueron Enfermedades cardiovasculares con 11,57% (208.436) y para el 2022 un 12,44% (24.940) consultas con una tendencia a la reducción de 0,99 puntos porcentuales a diferencia de los hombres en las mujeres el segundo lugar lo ocupa el subgrupo de patologías de las enfermedades genitourinarias con el 15,05% (403.080) atenciones, de las cuales en el 2022 se presentaron 12,52% (33.114) consultas con una tendencia a la disminución con 0,52 puntos porcentuales comparado con el año anterior. El tercer lugar, en los hombres, está dado por Enfermedades musculo-esqueléticas con 10,93% (196.843) y para el 2021 un 14,11% (19.291) consultas con una tendencia a la reducción de 0,9 puntos porcentuales, situación similar en las mujeres, enfermedades musculoesqueléticas con el 9,93% (266.014) atenciones, de las cuales en el 2022 se presentaron 10,83% (28.651) consultas con una tendencia al incremento con 1.18 puntos porcentuales comparado con el año anterior. (Tabla 87).

Tabla 87. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Enfermedades no Transmisibles, Casanare, 2009 a 2022

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Grandes causas de morbilidad																	
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas	0,67	1,01	1,17	1,03	0,98	1,09	1,45	1,48	1,72	1,55	1,92	1,78	1,52	1,89	0,37	
	Otras neoplasias	0,74	0,97	1,10	1,09	1,01	1,22	1,27	1,23	1,29	1,36	1,34	1,51	1,27	1,65	0,38	
	Diabetes mellitus	1,43	1,44	1,87	1,75	1,93	1,70	2,63	3,36	3,19	3,09	3,01	6,61	4,53	2,95	-1,58	
	Desordenes endocrinos	4,82	4,64	5,60	6,15	5,98	5,88	5,29	6,02	5,54	5,95	5,28	5,35	5,37	5,17	-0,20	
	Condiciones neuropsiquiatricas	4,52	5,42	5,20	4,69	5,06	4,97	6,30	8,84	7,43	7,92	10,32	9,12	9,60	12,21	2,60	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	8,29	8,49	8,56	7,57	6,94	7,50	7,67	7,99	11,05	9,83	10,79	10,99	10,18	13,53	3,35	
	Enfermedades cardiovasculares	7,19	5,44	7,74	6,10	6,38	7,05	10,86	14,19	12,62	11,22	11,58	17,14	13,88	12,92	-0,96	
	Enfermedades respiratorias	3,69	3,31	3,37	2,94	2,76	2,62	2,47	2,84	2,62	2,64	2,91	2,23	2,27	2,55	0,27	
	Enfermedades digestivas	6,43	6,10	6,37	6,22	5,91	5,69	5,40	6,19	5,74	5,85	5,57	6,27	4,91	5,26	0,35	
	Enfermedades genitourinarias	14,10	13,21	13,35	13,31	12,49	12,37	11,48	13,19	11,41	11,65	11,05	12,90	10,27	10,68	0,41	
	Enfermedades de la piel	7,31	7,11	6,38	5,91	5,84	5,18	4,53	5,35	4,92	5,25	4,89	4,79	4,16	4,34	0,18	
	Enfermedades musculo-esqueléticas	10,56	11,46	11,32	11,95	11,54	11,07	10,49	9,25	9,39	10,42	9,47	9,98	10,05	10,71	0,66	
	Anomalías congénitas	0,53	0,65	0,67	0,65	1,03	0,86	0,83	1,01	0,87	0,89	0,91	0,76	1,05	1,08	0,02	
	Condiciones orales	29,72	30,75	27,32	30,65	32,16	32,80	29,33	19,04	22,22	22,38	20,95	10,58	20,93	15,07	-5,85	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Mujeres																	
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas	0,62	1,03	1,19	1,06	0,96	1,13	1,32	1,32	1,73	1,58	2,01	1,74	1,32	1,80	0,48	
	Otras neoplasias	0,89	1,17	1,26	1,30	1,19	1,50	1,47	1,53	1,60	1,74	1,71	1,92	1,68	2,08	0,40	
	Diabetes mellitus	1,35	1,18	1,60	1,48	1,65	1,53	2,61	3,31	3,04	2,94	3,00	5,82	4,20	2,81	-1,39	
	Desordenes endocrinos	4,78	4,38	5,52	6,08	6,16	6,20	5,72	6,78	6,28	6,74	6,10	6,34	6,34	6,18	-0,17	
	Condiciones neuropsiquiatricas	4,66	5,45	5,26	4,70	5,02	4,88	5,50	7,22	6,54	7,07	8,56	8,32	8,89	10,89	2,00	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	7,48	7,84	8,07	7,06	6,38	7,04	7,32	7,64	10,30	9,46	10,48	10,67	9,84	13,15	3,31	
	Enfermedades cardiovasculares	7,02	5,06	7,46	5,82	5,85	6,71	10,75	14,03	12,48	11,15	11,71	16,20	13,23	12,44	-0,79	
	Enfermedades respiratorias	2,96	2,60	2,89	2,38	2,39	2,19	2,01	2,36	2,24	2,31	2,49	1,93	1,98	2,15	0,18	
	Enfermedades digestivas	6,44	5,86	5,84	6,06	5,66	5,38	5,29	6,23	5,52	5,59	5,27	5,76	4,43	4,89	0,46	
	Enfermedades genitourinarias	19,67	18,41	17,95	18,08	16,93	16,71	14,46	16,49	14,65	14,49	13,67	15,71	12,30	12,52	0,23	
	Enfermedades de la piel	6,36	6,33	5,46	5,22	5,18	4,58	3,99	4,72	4,40	4,82	4,29	4,34	3,94	4,07	0,13	
	Enfermedades musculo-esqueléticas	9,55	10,64	10,35	11,03	10,67	10,29	10,64	9,12	9,07	9,74	9,22	9,43	9,66	10,83	1,18	
	Anomalías congénitas	0,47	0,60	0,63	0,67	0,95	0,79	0,73	0,85	0,80	0,86	0,85	0,79	0,96	1,08	0,12	
	Condiciones orales	27,75	29,45	26,50	29,06	30,98	31,07	28,18	18,40	21,36	21,51	20,66	11,05	21,25	15,11	-6,15	

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Hombres																	
Enfermedades no transmisibles	Neoplasias malignas	0,75	0,99	1,14	0,99	1,01	1,04	1,67	1,75	1,70	1,52	1,79	1,83	1,79	2,01	0,22	
	Otras neoplasias	0,50	0,66	0,85	0,78	0,75	0,82	0,95	0,70	0,80	0,82	0,82	0,99	0,70	1,04	0,34	
	Diabetes mellitus	1,56	1,84	2,27	2,14	2,32	1,95	2,66	3,44	3,43	3,30	3,03	7,61	5,01	3,15	-1,85	
	Desordenes endocrinos	4,89	5,04	5,71	6,25	5,73	5,41	4,58	4,71	4,37	4,82	4,09	4,09	3,99	3,72	-0,27	
	Condiciones neuropsiquiatricas	4,30	5,38	5,12	4,67	5,10	5,09	7,60	11,64	8,86	9,12	12,87	10,14	10,62	14,11	3,49	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	9,58	9,46	9,26	8,33	7,73	8,17	8,24	8,60	12,23	10,35	11,25	11,40	10,67	14,09	3,42	
	Enfermedades cardiovasculares	7,47	6,02	8,14	6,52	7,14	7,53	11,02	14,47	12,83	11,32	11,40	18,33	14,81	13,61	-1,20	
	Enfermedades respiratorias	4,85	4,37	4,06	3,79	3,29	3,23	3,23	3,67	3,23	3,11	3,52	2,62	2,69	3,11	0,42	
	Enfermedades digestivas	6,42	6,46	7,15	6,46	6,27	6,13	5,57	6,14	6,08	6,22	6,01	6,92	5,60	5,81	0,20	
	Enfermedades genitourinarias	5,20	5,36	6,60	6,13	6,13	6,11	6,65	7,53	6,26	7,61	7,26	9,34	7,39	8,01	0,63	
	Enfermedades de la piel	8,81	8,30	7,73	6,94	6,77	6,04	5,41	6,44	5,73	5,87	5,75	5,36	4,47	4,72	0,25	
	Enfermedades musculo-esqueléticas	12,19	12,69	12,73	13,33	12,78	12,19	10,25	9,48	9,90	11,38	9,85	10,67	10,61	10,52	-0,09	
	Anomalías congénitas	0,62	0,73	0,72	0,62	1,14	0,97	0,99	1,29	0,98	0,94	0,99	0,73	1,19	1,08	-0,11	
	Condiciones orales	32,87	32,71	28,50	33,05	33,84	35,32	31,19	20,14	23,59	23,62	21,38	9,98	20,47	15,03	-5,44	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

7.1.1.3.1.4 Lesiones

Durante el período de análisis 2009 al 2022 las lesiones aportaron el 6,24% (426.593) del total de consultas, el subgrupo de patologías con mayores atenciones fueron los traumatismos, envenenamiento o algunas otras consecuencias de casus externas con el 93,17% (397.416) atenciones y una tendencia al aumento de 0.95 comparado con el año anterior, en segundo lugar, se ubican las lesiones no intencionales con el 6,11% (26.065) consultas y una tendencia a la reducción de 0.07 puntos porcentuales respecto al año anterior. (Tabla 89).

Al realizar el comparativo de proporción de atenciones por sexo, se observa un comportamiento similar para ambos, en las mujeres, las causas que más impactaron las atenciones en este subgrupo fueron los traumatismo y envenenamientos con el 91, 77% (121.476) y en los hombres con el 92,74% (29.387) consultas con una tendencia a la reducción de 0.79 puntos porcentuales pero en mujeres 1.76 puntos porcentuales de incremento, aunque es importante resaltar que las lesiones no intencionales

impactaron en mayor proporción a los hombres aumentan 0.65 puntos porcentuales y las no intencionales también aumentan en los hombres 0.12 puntos porcentuales (Tabla 88).

Tabla 88. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupo Lesiones, Casanare, 2009 a 2022.

Grandes causas de morbilidad

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Grandes causas de morbilidad																	
Lesiones	Lesiones no intencionales	5,67	8,74	5,80	4,80	4,42	5,42	5,66	7,99	6,23	5,74	5,76	5,78	6,77	6,75	-0,02	
	Lesiones intencionales	0,33	0,25	0,66	0,39	0,42	0,47	0,76	0,82	0,63	0,66	0,76	0,78	0,66	0,59	-0,07	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,05	0,06	0,06	0,07	0,05	0,12	0,10	0,08	0,04	0,04	0,05	0,09	0,06	0,10	0,04	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	93,96	90,96	93,48	94,74	95,11	93,99	93,49	91,11	93,10	93,55	93,42	93,35	92,51	92,56	0,05	

Mujeres

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Mujeres																	
Lesiones	Lesiones no intencionales	6,76	11,55	6,72	5,97	5,15	6,47	6,54	9,10	6,88	6,31	6,64	6,49	8,03	6,80	-1,22	
	Lesiones intencionales	0,33	0,42	1,28	0,56	0,69	0,78	1,40	1,55	1,26	1,49	1,34	1,24	1,27	0,87	-0,40	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,07	0,04	0,12	0,07	0,05	0,21	0,15	0,10	0,04	0,04	0,01	0,04	0,03	0,11	0,08	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	92,85	87,98	91,87	93,40	94,11	92,54	91,92	89,24	91,82	92,16	92,02	92,23	90,68	92,21	1,53	

Hombres

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Hombres																	
Lesiones	Lesiones no intencionales	5,08	7,10	5,31	4,07	4,03	4,83	5,11	7,30	5,87	5,43	5,28	5,45	6,08	6,73	0,65	
	Lesiones intencionales	0,33	0,15	0,34	0,29	0,29	0,29	0,36	0,36	0,28	0,22	0,45	0,57	0,31	0,44	0,12	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,04	0,07	0,03	0,06	0,05	0,08	0,07	0,07	0,04	0,04	0,07	0,11	0,08	0,10	0,01	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	94,55	92,68	94,33	95,58	95,63	94,81	94,47	92,27	93,81	94,30	94,20	93,87	93,52	92,74	-0,79	
Hombres																	
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

7.1.1.3.1.5 Signos y síntomas mal definidos

Del total de atenciones recibidas, el 100% (1.027.929) de las atenciones corresponden a este grupo de patologías (Tabla 89).

Tabla 89. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad por subgrupos Signos y Síntomas Mal Definidos, Casanare, 2009 a 2022.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2021-2022	Tendencia
Grandes causas de morbilidad																	
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
	Total																
Mujeres																	
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
Hombres																	
Signos y síntomas mal definidos	Signos y síntomas mal definidos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Cubo SISPRO ASIS Ministerio de Salud y Protección Social 2023

7.1.1.3.1.6 Morbilidad en Salud Mental

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Afecta la forma en como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. Las enfermedades mentales son condiciones graves que pueden afectar la manera de pensar, su humor y su comportamiento. Existen muchas causas de enfermedades mentales. Sus genes y su historia familiar pueden jugar un papel, como así también sus experiencias de vida como el estrés o una historia de abuso. Otras causas pueden ser biológicas.

La ley 1616 de 2013 en su artículo 3, define “Salud Mental” como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad, su artículo 4 “Garantía En Salud Mental” refiere que “El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. Así mismo en los artículos 35 y 36, nos específica sobre el sistema de vigilancia epidemiológica y el sistema de información para los eventos de salud mental incluido los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

El acceso a los servicios de salud mental desde los primeros niveles de atención es una prioridad en el plan de acción de la OMS, igualmente disponer de información oportuna y consistente, por tal razón se evidencia cuáles son las causas de consulta debidas a problemas de salud mental por las tres grandes causas (trastornos mentales y del comportamiento, epilepsia y trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas), por ciclo vital y por sexo, es necesario aclarar que la utilización de servicios por estas causas de morbilidad no da cuenta real a la morbilidad

por causas asociadas a salud mental en el departamento y no se pueden hacer cálculos de incidencia o prevalencia.

Los trastornos mentales se encuentran agrupados de acuerdo a la Clasificación Internación de Enfermedades (CIE-10) en el Capítulo V, como “Trastornos mentales y del comportamiento” y se pueden identificar con los códigos F00–F99.

La Morbilidad por eventos de salud mental en Casanare durante el periodo evaluado 2009 a 2021 registró 189.798 atenciones en los diferentes cursos de vida. Para todas las etapas del curso de vida, la primera causa de atención fue los trastornos mentales y del comportamiento con el 79,6% (151.011) consultas, seguido por las atenciones por epilepsia con 17,9% (33.886) atenciones y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias Psicoactivas con 2,6% (4.901) consultas. Para el año 2021 se observa una tendencia al aumento de consultas en todos los grupos y con mayor proporción en los trastornos mentales y del comportamiento 83,07% (22.663) y las Epilepsias 13,34% (3.639) atenciones y Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas 1,99% (981) consultas, en este último grupo de causas podría pensarse que fue favorecida porque los usuarios no acceden al servicio de salud hasta que presentan conductas asociadas con el abuso y adicción con las sustancias psicoactivas. Además, es relevante indicar que durante el primer año de la pandemia por COVID-19, la utilización de los servicios de salud se vió afectada por los largos períodos de confinamiento y el poco acceso a consultas virtuales por los diferentes grupos poblacionales, lo que lo hace no comparable con los períodos anteriores por ser este un año atípico. (Tabla 90).

El ciclo de vida en el que se concentró el mayor número de atenciones por causas de salud mental en el periodo evaluado 2009 a 2021 fue el de infancia (6 a 11 años) con el 21,7% (41.178) consultas, de las cuales 5.307 atenciones corresponden al año 2021, en su orden, el segundo lugar lo ocupa el ciclo de vida de adultez con el 20,1% (38.232) consultas, con 4.641 para el 2021, el tercer lugar le correspondió al ciclo de vida de juventud con 19,37% (36.765) consultas con 5.740 atenciones en el año 2021 (Tabla 91).

Debido a lo anterior, es importante mencionar que la principal causa de consulta por salud mental corresponde a los Trastornos mentales y del comportamiento debido a que este grupo incluye el mayor número de diagnósticos. Así mismo, se podría inferir que en los infantes el incremento en la tendencia para el año 2021 está dado por las condiciones de aislamiento social, cambios de rutinas y perdida de familias y amigos cercanos a su red de apoyo debido a la mortalidad por COVID 19 y las condiciones psicosociales propias de la pandemia. Además, podría relacionarse con los requerimientos y solicitudes realizados por las instituciones educativas ante presuntos casos de estudiantes con trastornos de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Respecto al ciclo vital de vejez, la causa estaría representada por circunstancias asociadas al cambio de la situación laboral, por la dependencia, discapacidad, aparición de enfermedades crónicas y limitantes, así como la situación de estar sometidos a un estrés adicional por su alto riesgo de severidad y fatalidad al contraer el virus de COVID 19, comparados a otros grupos poblacionales lo que los hizo especialmente vulnerables por las comorbilidades y miedo a morir (Tabla 91).

De otra parte, es interesante mencionar que la tendencia de los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas aumentó para el año 2021 en los grupos de adolescencia, juventud y adultez debido a posibles a condiciones de convivencia, manejo de la frustración, débiles habilidades de afrontamiento ante situaciones adversas potenciadas por la pandemia y post pandemia por COVID – 19. (Tabla 91).

El diagnóstico de epilepsia tiene una tendencia al deceso en el año 2021 para todos los ciclos vitales, excepto en la vejez, a causa de las restricciones al acceso de los servicios de salud (Tabla 90).

Tabla 90. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida. Casanare 2009 a 2021

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2021-2020	Tendencia
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,67	84,84	80,74	85,38	79,28	84,47	87,41	69,29	89,28	89,84	88,05	87,28	90,17	2,89	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,30	0,14	0,10	0,11	0,08	0,24	0,37	0,00	-0,37	
	Epilepsia	12,33	15,16	19,26	14,62	20,20	15,23	12,45	30,60	10,61	10,08	11,72	12,35	9,83	-2,52	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,21	89,09	90,73	93,40	91,84	89,38	92,20	88,50	94,36	96,65	93,08	92,29	94,71	2,42	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,04	0,16	0,21	0,02	0,00	0,14	0,07	0,04	-0,03	
	Epilepsia	6,79	10,91	9,27	6,60	7,58	10,58	7,64	11,29	5,62	3,35	6,78	7,64	5,26	-2,38	
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,96	82,92	70,20	73,61	80,34	76,90	75,64	72,34	80,90	81,64	84,73	82,86	87,36	4,50	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,14	1,82	3,97	4,72	4,43	4,73	5,22	3,89	3,76	5,79	5,62	4,57	4,34	-0,23	
	Epilepsia	27,90	15,26	25,83	21,67	15,23	18,37	19,15	23,78	15,33	12,57	9,66	12,57	8,30	-4,27	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,25	85,25	75,81	66,86	66,03	70,67	69,33	66,25	70,30	71,31	67,33	79,92	78,99	-0,93	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7,01	1,09	2,47	2,75	3,72	4,32	3,83	3,50	3,53	10,70	4,09	7,50	8,40	0,90	
	Epilepsia	31,73	13,66	21,73	30,40	30,25	25,01	26,84	30,26	26,17	17,99	28,58	12,58	12,61	0,03	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,85	86,72	82,86	78,01	72,48	72,63	47,18	46,75	50,95	57,83	58,87	68,45	58,31	-10,14	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,48	0,78	2,68	2,55	4,23	2,94	3,22	0,88	1,39	2,90	3,41	2,49	6,53	4,04	
	Epilepsia	29,67	12,50	14,46	19,44	23,29	24,43	49,60	52,36	47,66	39,27	37,72	29,06	35,16	6,10	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,72	89,67	87,54	82,50	82,46	88,89	86,16	89,34	83,71	89,50	89,46	90,40	92,45	2,05	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,99	0,00	0,00	0,00	1,00	0,21	0,88	0,78	0,59	0,46	0,43	0,83	0,03	-0,80	
	Epilepsia	21,29	10,33	12,46	17,50	16,54	10,90	12,96	9,88	15,70	10,04	10,11	8,76	7,52	-1,25	

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de consulta: 01 de agosto de 2022.

Al realizar el análisis por sexo, se observa que los hombres demandaron el 43,1% (81.741) atenciones por eventos de salud mental frente a 36,5% (69.270) consultas en mujeres, en el periodo 2009 a 2021. Para el año 2021, las atenciones fueron mayor en hombres con 54,12% (14.768) atenciones que en mujeres con 45,87% (12.515) consultas (Tabla 91y
Tabla 92).

Se observa una mayor consulta por trastornos mentales y del comportamiento en hombres que en mujeres en los ciclos de vida primera infancia, infancia, lo cual podría estar relacionado con el alto diagnóstico de niños con trastornos de déficit de atención e hiperactividad. A diferencia de las mujeres quienes presentan un mayor número de consultas de servicios de salud mental por esta causa en el ciclo vital de adolescencia y juventud, lo que posiblemente estaría asociado a la alta sensibilidad a los cambios propios de este ciclo vital. En adultos y Vejez es mayor la consulta en

mujeres y hombres, ya que las mujeres tienen más conciencia frente a la importancia de acceder a los servicios y atención en salud mental. (Tabla 91 y
Tabla 92).

En todos los ciclos vitales en hombres, se evidencia una mayor consulta por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, debido a factores de tipo cultural, social, de facilidad al acceso a sustancias psicoactivas especialmente a las de tipo lícito (alcohol y tabaco) (Tabla 91 y
Tabla 92).

Tabla 91. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en hombres. Casanare 2009 a 2021.

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2021-2020	Tendnecia
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	93,99	87,64	91,37	89,11	82,14	85,66	89,19	69,40	90,47	91,09	85,56	85,81	93,59	7,78	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,21	0,15	0,18	0,00	0,25	0,52	0,00	-0,52	
	Epilepsia	6,01	12,36	8,63	10,89	17,86	13,82	10,59	30,45	9,35	8,91	14,19	13,67	6,41	-7,26	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	94,39	90,93	91,28	92,95	93,18	91,30	92,64	90,03	95,19	97,55	95,64	92,57	94,52	1,95	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,06	0,07	0,33	0,04	0,00	0,22	0,08	0,00	-0,08	
	Epilepsia	5,61	9,07	8,72	7,05	6,24	8,64	7,29	9,64	4,77	2,45	4,15	7,35	5,48	-1,87	
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,67	83,14	76,64	75,54	78,29	76,80	70,23	63,43	80,84	79,01	82,72	83,59	84,50	0,92	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,62	1,57	5,22	6,24	4,63	4,77	6,21	4,25	4,24	9,48	8,30	5,47	6,36	0,89	
	Epilepsia	32,72	15,29	18,14	18,23	17,07	18,43	23,56	32,32	14,92	11,51	8,98	10,94	9,14	-1,80	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	50,00	76,56	70,55	64,75	63,07	65,84	64,96	62,24	65,13	65,73	64,90	78,08	70,69	-7,39	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	13,70	0,78	3,56	5,04	6,88	8,02	6,56	5,67	5,01	16,41	5,01	10,12	12,10	1,98	
	Epilepsia	36,30	22,66	25,89	30,22	30,05	26,15	28,47	32,09	29,86	17,86	30,09	11,80	17,21	5,41	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	61,79	83,23	77,08	79,08	64,48	65,18	44,63	38,95	44,49	50,28	54,31	58,26	53,88	-4,38	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,85	1,24	4,44	2,68	5,43	4,39	4,92	1,11	2,21	4,71	5,53	5,03	8,79	3,76	
	Epilepsia	35,36	15,53	18,48	18,24	30,08	30,43	50,45	59,94	53,29	45,00	40,16	36,71	37,33	0,62	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,56	78,05	87,16	91,55	89,76	94,26	84,05	87,36	80,33	87,43	89,75	89,09	93,16	4,06	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,85	0,00	0,00	0,00	1,81	0,00	1,71	1,67	0,92	0,66	0,74	1,38	0,07	-1,31	
	Epilepsia	17,59	21,95	12,84	8,45	8,43	5,74	14,25	10,97	18,75	11,91	9,51	9,53	6,77	-2,76	

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de consulta: 01 de agosto de 2022.

Tabla 92. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en mujeres. Casanare 2009 a 2022.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 2021-2020	Tendencia
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,29	74,05	62,54	78,84	73,78	82,86	83,56	69,09	87,36	87,86	91,66	90,86	84,03	-6,83	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,22	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	19,71	25,95	37,46	21,16	24,72	17,14	16,44	30,91	12,64	11,93	8,12	9,14	15,97	6,83	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,08	85,33	89,93	94,21	89,55	85,28	91,43	85,86	92,93	94,98	88,65	91,92	95,00	3,08	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,10	0,04	
	Epilepsia	8,92	14,67	10,07	5,79	9,86	14,72	8,25	14,14	7,07	5,02	11,35	8,02	4,90	-3,12	
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,00	82,61	61,15	70,96	82,68	77,04	83,18	84,15	80,99	85,13	87,16	82,01	89,97	7,96	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7,00	2,17	2,23	2,64	4,19	4,68	3,83	3,40	3,11	0,90	2,37	3,53	2,50	-1,03	
	Epilepsia	24,00	15,22	36,62	26,40	13,13	18,28	12,99	12,44	15,90	13,98	10,47	14,46	7,53	-6,93	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,43	89,92	80,59	68,64	68,34	75,78	73,82	71,09	77,56	80,03	71,01	82,39	87,33	4,93	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,37	1,26	1,47	0,81	1,25	0,40	1,02	0,87	1,46	1,77	2,69	3,98	4,68	0,69	
	Epilepsia	27,21	8,82	17,94	30,55	30,41	23,81	25,16	28,04	20,98	18,19	26,30	13,62	8,00	-5,63	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,51	88,31	85,36	77,04	77,57	76,38	49,33	54,85	57,17	64,67	63,62	76,52	63,05	-13,46	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,19	0,56	1,92	2,43	3,46	2,21	1,79	0,64	0,60	1,25	1,21	0,48	4,11	3,63	
	Epilepsia	25,29	11,13	12,72	20,53	18,97	21,41	48,88	44,51	42,23	34,07	35,18	23,01	32,84	9,83	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,47	93,01	87,72	75,28	77,25	85,49	87,84	90,85	86,44	91,02	89,20	91,21	91,81	0,60	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,35	0,23	0,11	0,33	0,32	0,16	0,50	0,00	-0,50	
	Epilepsia	25,53	6,99	12,28	24,72	22,32	14,16	11,93	9,04	13,23	8,66	10,64	8,29	8,19	-0,10	

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de consulta: 01 de agosto de 2022.

A continuación, se presenta la morbilidad especifica por eventos de salud mental para los años 2009 a 2022 obtenidos de fuentes de información RIPS ASIS suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los cuales se observa una notable reducción en la presentación de las patologías tanto para el 2022 como en el histórico.

Tabla 93. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida. Casanare 2009 a 2022.

Total

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021	Tendencia
(0 - 1 año)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	0,00	0,00	56,00	15,79	0,00	0,00	0,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	100,00	100,00	100,00	100,00	44,00	84,21	100,00	0,00	-100,00	
(1 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	36,36	11,11	52,00	33,33	0,00	40,00	40,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	100,00	100,00	63,64	88,89	48,00	66,67	100,00	0,00	-100,00	
(6 - 9 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	37,50	0,00	16,67	0,00	38,46	40,00	42,86	0,00	-42,86	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	12,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	50,00	100,00	83,33	100,00	61,54	60,00	57,14	0,00	-57,14	
(10 -14 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,43	64,29	76,32	72,73	85,19	67,57	73,91	0,00	-73,91	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,39	0,00	-17,39	
	Epilepsia	28,57	35,71	23,68	27,27	14,81	32,43	8,70	0,00	-8,70	
(15 - 18 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	75,00	83,33	95,65	93,75	84,95	87,23	69,35	0,00	-69,35	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,27	0,00	0,00	0,00	5,38	0,00	24,19	0,00	-24,19	
	Epilepsia	22,73	16,67	4,35	6,25	9,68	12,77	6,45	0,00	-6,45	
(19 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	59,21	70,69	83,17	67,57	63,95	74,14	65,29	0,00	-65,29	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	30,26	12,07	6,93	19,82	19,77	16,67	28,10	0,00	-28,10	
	Epilepsia	10,53	17,24	9,90	12,61	16,28	9,20	6,61	0,00	-6,61	
(27 a 44 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,00	60,82	85,71	77,24	75,38	71,18	66,51	0,00	-66,51	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	9,00	4,12	4,76	6,21	10,05	11,76	24,40	0,00	-24,40	
	Epilepsia	25,00	35,05	9,52	16,55	14,57	17,06	9,09	0,00	-9,09	
(45 a 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,89	77,27	90,91	84,15	72,80	80,70	90,00	0,00	-90,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,21	0,00	0,00	6,10	4,00	0,00	5,00	0,00	-5,00	
	Epilepsia	17,89	22,73	9,09	9,76	23,20	19,30	5,00	0,00	-5,00	
(60 y mas años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79,03	65,38	74,51	73,47	60,71	86,49	74,60	0,00	-74,60	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	20,97	34,62	25,49	26,53	35,71	13,51	25,40	0,00	-25,40	

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de consulta: 01 de agosto de 2022.

Tabla 94. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en hombres. Casanare 2009 a 2022.

Hombres

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021	Tendencia
(0 - 1 año)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
(1 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	0,00	20,00	70,59	100,00	#¡DIV/0!	0,00	#¡DIV/0!	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	0,00	#¡DIV/0!	
	Epilepsia	100,00	100,00	100,00	80,00	29,41	0,00	#¡DIV/0!	100,00	#¡DIV/0!	
(6 - 9 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60,00	0,00	0,00	0,00	71,43	50,00	100,00	78,57	-21,43	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	20,00	100,00	100,00	100,00	28,57	50,00	0,00	21,43	21,43	
(10 -14 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	57,14	66,67	81,82	50,00	80,00	72,41	71,43	44,44	-26,98	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28,57	0,00	-28,57	
	Epilepsia	42,86	33,33	18,18	50,00	20,00	27,59	0,00	55,56	55,56	
(15 - 18 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	62,50	80,95	95,65	93,75	89,80	96,00	63,89	35,29	-28,59	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	10,20	0,00	30,56	64,71	34,15	
	Epilepsia	37,50	19,05	4,35	6,25	0,00	4,00	5,56	0,00	-5,56	
(19 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	55,10	81,82	91,30	69,14	68,52	73,28	55,88	63,72	7,83	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	34,69	3,03	7,25	24,69	24,07	19,83	36,76	30,97	-5,79	
	Epilepsia	10,20	15,15	1,45	6,17	7,41	6,90	7,35	5,31	-2,04	
(27 a 44 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,23	74,42	80,00	80,60	76,04	71,43	61,81	69,35	7,55	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	15,38	4,65	9,23	10,45	16,67	18,10	30,56	20,97	-9,59	
	Epilepsia	15,38	20,93	10,77	8,96	7,29	10,48	7,64	9,68	2,04	
(45 a 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	70,97	62,50	87,50	85,71	75,00	75,00	90,91	82,61	-8,30	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	9,68	0,00	0,00	11,90	6,25	0,00	9,09	4,35	-4,74	
	Epilepsia	19,35	37,50	12,50	2,38	18,75	25,00	0,00	13,04	13,04	
(60 y mas años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,08	60,00	63,64	68,75	68,97	89,47	88,64	76,32	-12,32	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	0,00	0,00	2,63	2,63	
	Epilepsia	18,92	40,00	36,36	31,25	27,59	10,53	11,36	21,05	9,69	

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de consulta: 01 de agosto de 2022.

Tabla 95. Morbilidad especifica por eventos de salud mental, según ciclo de vida en mujeres. Casanare 2009 a 2022.



Mujeres											
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ pp 2022-2021	Tendencia
(0 - 1 año)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	0,00	0,00	63,64	75,00	0,00	0,00	0,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	0,00	100,00	100,00	0,00	36,36	25,00	100,00	100,00	0,00	
(1 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	40,00	7,69	12,50	0,00	0,00	44,44	44,44	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	11,11	
	Epilepsia	100,00	100,00	60,00	92,31	87,50	100,00	100,00	44,44	-55,56	
(6 - 9 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	25,00	#¡DIV/0!	0,00	0,00	20,00	0,00	-20,00	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	100,00	100,00	75,00	#¡DIV/0!	100,00	100,00	80,00	100,00	20,00	
(10 -14 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	78,57	62,50	74,07	91,67	88,24	50,00	77,78	74,07	-3,70	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	11,11	
	Epilepsia	21,43	37,50	25,93	8,33	11,76	50,00	22,22	14,81	-7,41	
(15 - 18 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	82,14	85,71	95,65	93,75	79,55	77,27	76,92	72,09	-4,83	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,38	13,95	-1,43	
	Epilepsia	14,29	14,29	4,35	6,25	20,45	22,73	7,69	13,95	6,26	
(19 - 26 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,67	56,00	65,63	63,33	56,25	75,86	77,36	67,21	-10,15	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	22,22	24,00	6,25	6,67	12,50	10,34	16,98	16,39	-0,59	
	Epilepsia	11,11	20,00	28,13	30,00	31,25	13,79	5,66	16,39	10,73	
(27 a 44 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	63,93	50,00	91,80	74,36	74,76	70,77	76,92	68,57	-8,35	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,92	3,70	0,00	2,56	3,88	1,54	10,77	9,52	-1,25	
	Epilepsia	31,15	46,30	8,20	23,08	21,36	27,69	12,31	21,90	9,60	
(45 a 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	81,25	85,71	95,00	82,50	70,49	86,21	88,89	67,27	-21,62	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,56	0,00	0,00	0,00	1,64	0,00	0,00	5,45	5,45	
	Epilepsia	17,19	14,29	5,00	17,50	27,87	13,79	11,11	27,27	16,16	
(60 y mas años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,00	72,73	82,76	82,35	51,85	83,33	42,11	77,78	35,67	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Epilepsia	24,00	27,27	17,24	17,65	44,44	16,67	57,89	22,22	-35,67	

Fuente: Registro de Prestación de Servicios (RIPS), datos disponibles en el cubo de morbilidad ASIS, SISPRO. Fecha de consulta: 01 de agosto de 2022.

7.1.1.3.2 Morbilidad en Población Migrante

Al evaluar el tipo atención que reciben los migrantes en el departamento de Casanare en el año 2021, se evidencia que, la mayor concentración de servicios utilizados por esta población es en su orden, son procedimientos (37%) y el 32% por consulta externa este comportamiento es similar en Colombia.

El 21% de las atenciones, están relacionadas con la entrega de medicamentos y el 5% de estas son hospitalizaciones; al observar la pirámide construida con la población que accede a estas atenciones, se observa que una alta proporción son mujeres en edad reproductiva o edad fértil, cuyas atenciones pueden estar relacionadas con el embarazo y parto, y también por las atenciones a niños en edades de 0 a 4 años, lo que indica, que es necesario conocer las condiciones de salud de los migrantes, para identificar prioridades de atención y proponer acciones que las favorezcan, dadas las difíciles condiciones de supervivencia y acceso, por las cuales es posible que algunos o muchos de ellos, aun necesitando atención no accedan a ésta (Tabla 96).

Tabla 96. Comparativo de Atenciones en salud de la población migrante, Casanare y Colombia 2021.

Casanare	Tipo de atención	Migrantes atendidos Casanare		Migrantes atendidos Colombia		Concentración Casanare
		Año 2021	Distribución	Año 2021	Distribución	Año 2021
Casanare	Consulta Externa	6.106	32%	604.726	37%	1,0%
	Servicios de urgencias	724	4%	92.909	6%	0,8%
	Hospitalización	920	5%	98.221	6%	0,9%
	Procedimientos	7.187	37%	550.168	33%	1,3%
	Medicamentos	3.955	21%	277.801	17%	1,4%
	Nacimientos	280	1%	31.509	2%	0,9%
Total		19.172	100%	1.655.334	100%	1,2%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, datos para actualización ASIS 2022.

En Casanare se han realizado 8.491 atenciones en salud brindadas a extranjeros, de los cuales, el 90,4% corresponden a migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela (7.673 personas) y el 9,7% de otros países, de los cuales el 63,3% corresponde a hombres y el 36,7 a mujeres (Tabla 97).

Tabla 97. Comparativo de Atención en salud a población migrante según país de procedencia. Casanare 2021.

Entidad Territorial	País de procedencia del migrante	Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
		Año 2021	Proporción			Año	Distribución	Año
Casanare	Brasil	2	0,0%	Colombia	Brasil	2590	1%	0,1%
	Ecuador	9	0,1%		Ecuador	5105	2%	0,2%
	Nicaragua	0	0,0%		Nicaragua	266	0%	0,0%
	Otros	32	0,4%		Otros	162137	68%	0,0%
	Panamá	1	0,0%		Panamá	1477	1%	0,1%
	Perú	5	0,1%		Perú	3140	1%	0,2%
	República Bolivariana de Venezuela	7673	90,4%		República Bolivariana de Venezuela	63254	27%	12,1%
	Sin identificador de país	769	9,1%		Sin identificador de país	0	0%	0%
	Total	8491	100%		Total	237969	100%	3,6%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, datos para actualización ASIS 2022.

Según el régimen de afiliación, en el 45,4% de los casos, las atenciones fueron brindadas a población no afiliada a la seguridad social, en el 43,1% de los casos no se especificó el régimen de seguridad social de afiliación y fueron registrados como otros (Tabla 98).

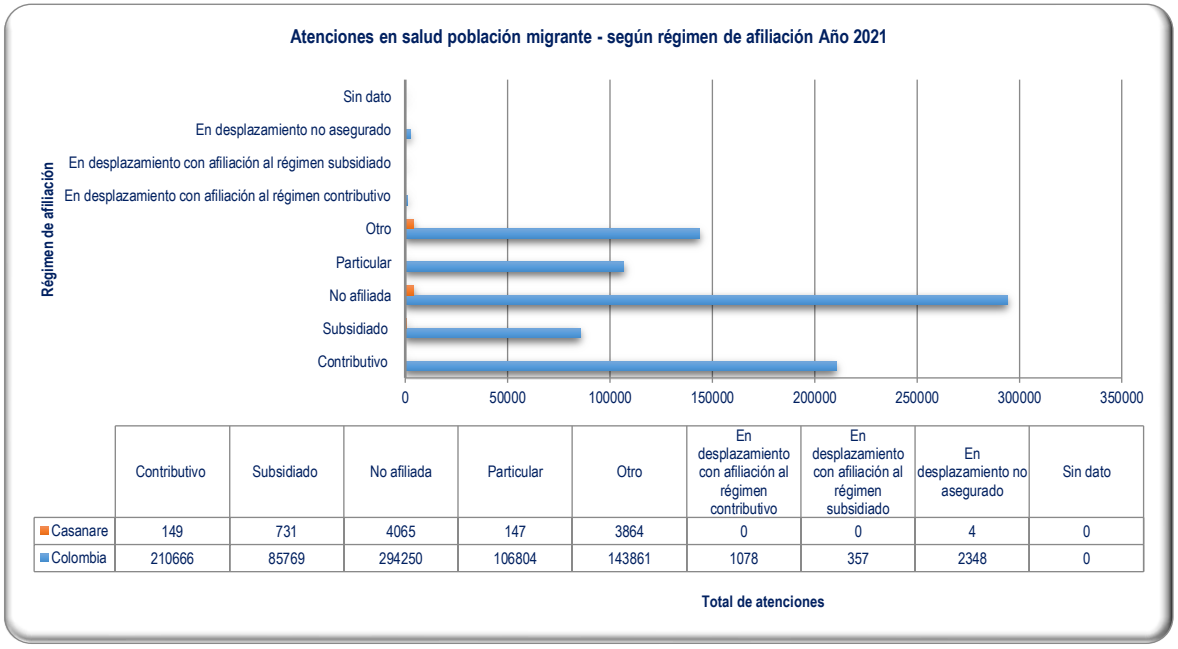
Tabla 98. Comparativo del Régimen de afiliación de la población migrante atendida, Casanare y Colombia 2021.

Régimen de afiliación	Migrantes con atenciones en salud en Casanare	%	Migrantes con atenciones en salud en Colombia	%	Concentración
Contributivo	149	1,7	210666	24,9	0,1%
Subsidiado	731	8,2	85769	10,1	0,9%
No afiliada	4065	45,4	294250	34,8	1,4%
Particular	147	1,6	106804	12,6	0,1%
Otro	3864	43,1	143861	17,0	2,7%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	0	0,0	1078	0,1	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	357	0,0	0,0%
En desplazamiento no asegurado	4	0,0	2348	0,3	0,2%
Sin dato	0	0,0	0	0,0	0%
Total de migrantes atendidos	8960	100	845133	100	1,1%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, datos para actualización ASIS 2022.

Según el régimen de afiliación, el mayor número de atenciones fue brinda a población no afiliada y población identificada como otro tipo de afiliación (Figura 41).

Figura 41. Atenciones en salud población migrante según régimen de afiliación 2021.



	Contributivo	Subsidiado	No afiliada	Particular	Otro	En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	En desplazamiento no asegurado	Sin dato
Casanare	149	731	4065	147	3864	0	0	4	0
Colombia	210666	85769	294250	106804	143861	1078	357	2348	0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, datos para actualización ASIS 2022.

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA para el 2022 se notificaron 545 casos en población migrante residente en el departamento de Casanare, distribuidos así; 118 (21,6%) infecciones respiratorias agudas, 90 (16,5%) infecciones de transmisión sexual, 79 (14,5%)

enfermedades transmitidas por vectores, 73 (13,4%) salud mental/lesiones de causa externa, 62 (11,4%) zoonosis, 61 (11,2%) maternidad segura, 37 (6,8%) vigilancia nutricional, 13 (2,4%) micobacterias, 6 (1,1%) inmunoprevenibles, 3 (0,5%) infecciones asociadas a dispositivos, 2 (0,4%) enfermedades crónicas no transmisibles y 1 (0,2%) vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años .

Entre las personas migrantes afectadas por un evento de interés en salud pública, objeto de vigilancia y control en el departamento de Casanare, el 89,5% (488/545) residen en el área urbana y el 66,8% (375/545) del sexo femenino (tabla 214). El 46,1% (251/545) fueron hospitalizadas, 375 (68,8%) del sexo femenino y 170 (31,2%) del sexo masculino, donde la mayor proporción se atribuyó al evento de IRA por virus nuevo; la tasa de letalidad fue de 3,5% (19/545) en personas migrantes residentes en el departamento.

En la Figura 42 se presenta el comportamiento en los últimos cuatro años de la notificación de eventos de interés en salud pública en población migrante residente en el departamento de Casanare, el mayor número de casos notificados se concentra en 2021 con 894 (40,2%) casos y en 2022, con 545 (24,5%) casos notificados.

Tabla 99. Casos notificados según variables sociodemográficas, población migrante residente en Casanare, 2022

Variable		Casos	%	Variable		Casos	%
Área	Urbana	488	89,5	Nacionalidad	Venezolana	514	94,3
	Centro poblado	21	3,9		Otras	31	5,7
	Rural disperso	35	6,4	Grupo de edad/Curso de vida	0 a 5 (primera infancia)	86	15,8
	Sin dato	1	0,2		6 a 11 (infancia)	44	8,1
Sexo	Femenino	375	68,8		12 a 17 (adolescencia)	80	14,7
	Masculino	170	31,2		18 a 26 (juventud)	160	29,4
Tipo seguridad social	Contributivo	28	5,1		27 a 59 (adultez)	169	31,0
	Subsidiado	137	25,1		60 y más (vejez)	6	1,1
	No asegurado	370	67,9	Paciente hospitalizado	Si	251	46,1
	Indeterminado	8	1,5		No	274	50,3
Estrato	1	428	78,5	Condición final	Vivo	524	96,1
	2	105	19,3		Muerto	19	3,5
	3	5	0,9		Sin determinar	2	0,4
	5	1	0,2	Clasificación inicial del caso	Sospechoso	60	11,0
	6	3	0,6		Probable	93	17,1
	Sin dato	3	0,6		Confirmado por clínica	1	0,2
Grupo poblacional	Migrante	404	74,1		Confirmado por laboratorio	18	34,3
	Otros	193	35,4		Confirmado por nexo epidemiológico	13	2,4
	Gestante	142	26,1	Ajuste	Sin ajuste (0)	367	67,3
	Desplazado	1	0,2		Confirmado por laboratorio	52	9,5
	Carcelario	6	1,1		Confirmado por nexo epidemiológico	2	0,4
	Indigente	5	0,9		Confirmado por clínica	1	0,2
	Madre comunitaria	1	0,2		Otros ajustes	123	22,6
	Población ICBF	1	0,2		Sospechoso	59	10,8
	Centros psiquiátricos	1	0,2		Probable	53	9,7
	Víctimas de violencia	2	0,4	Ajuste final del caso	Confirmado por laboratorio	236	43,3
	Desmovilizados	1	0,2		Confirmado por clínica	186	34,1
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,2		Confirmado por nexo epidemiológico	11	2,0
	Afrocolombiano/negro	2	0,4				
	Otros	542	99,4				

Fuente: Informe de Indicadores de Vigilancia epidemiológica 2022, Secretaria de Salud de Casanare.

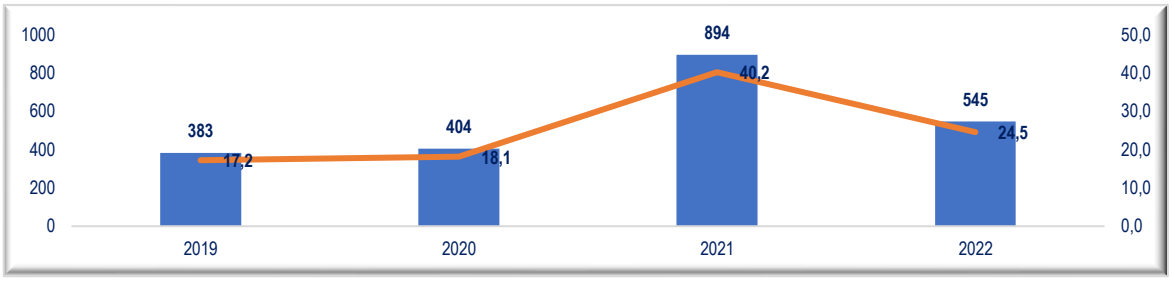
Tabla 100. Casos notificados por evento notificados, hospitalizado y fallecidos según el sexo, población migrante residente en Casanare, 2022.

Evento	Notificado					Hospitalizado						Fallecido						
	F	%	M	%	Total	%	F	%	M	%	Total	%	F	%	M	%	Total	%
Accidente ofídico	5	1,3	9	5,3	14	2,6	4	2,1	5	8,1	9	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Agre. Animal potencial/ transmisores de rabia	20	5,3	27	15,9	47	8,6	1	0,5	1	1,6	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bajo peso al nacer	23	6,1	0	0,0	23	4,2	17	9,0	0	0,0	17	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cáncer de la mama y cuello uterino	1	0,3	0	0,0	1	0,2	1	0,5	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cáncer en menores de 18 años	1	0,3	0	0,0	1	0,2	1	0,5	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chagas	1	0,3	1	0,6	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Defectos congénitos	3	0,8	0	0,0	3	0,6	3	1,6	0	0,0	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dengue	44	11,7	31	18,2	75	13,8	15	7,9	19	30,6	34	13,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dengue grave	0	0,0	1	0,6	1	0,2	0	0,0	1	1,6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desnutrición aguda en menores de 5 años	7	1,9	7	4,1	14	2,6	3	1,6	3	4,8	6	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
IAD - infecciones asociadas a dispositivos	0	0,0	1	0,6	1	0,2	0	0,0	1	1,6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
IRA grave IRAG inusitada	10	2,7	4	2,4	14	2,6	10	5,3	4	6,5	14	5,6	1	6,7	1	25,0	2	10,5
Infecciones de sitio quirúrgico	2	0,5	0	0,0	2	0,4	2	1,1	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intento de suicidio	5	1,3	1	0,6	6	1,1	3	1,6	1	1,6	4	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intoxicaciones	4	1,1	4	2,4	8	1,5	2	1,1	4	6,5	6	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ira por virus nuevo	59	15,7	45	26,5	104	19,1	17	9,0	3	4,8	20	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leptospirosis	1	0,3	0	0,0	1	0,2	1	0,5	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Malaria	1	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Morbilidad materna extrema	46	12,3	0	0,0	46	8,4	45	23,8	0	0,0	45	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	12	3,2	0	0,0	12	2,2	9	4,8	0	0,0	9	3,6	12	80,0	0	0,0	12	63,2
Parotiditis	0	0,0	1	0,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sífilis congénita	8	2,1	6	3,5	14	2,6	7	3,7	6	9,7	13	5,2	0	0,0	1	25,0	1	5,3
Sífilis gestacional	50	13,3	0	0,0	50	9,2	17	9,0	0	0,0	17	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculosis	6	1,6	7	4,1	13	2,4	3	1,6	5	8,1	8	3,2	1	6,7	0	0,0	1	5,3

Evento	Notificado					Hospitalizado						Fallecido						
	F	%	M	%	Total	%	F	%	M	%	Total	%	F	%	M	%	Total	%
Varicela individual	2	0,5	3	1,8	5	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Violencia de género e intrafamiliar	49	13,1	10	5,9	59	10,8	22	11,6	6	9,7	28	11,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VI muertes menor 5 años por IRA, EDA y/o DNT	0	0,0	1	0,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	5,3
Vih/sida/mortalidad por sida	15	4,0	11	6,5	26	4,8	6	3,2	3	4,8	9	3,6	1	6,7	1	25,0	2	10,5
Total	**375**	**100**	**170**	**100**	**545**	**100**	**189**	**100**	**62**	**100**	**251**	**100**	**15**	**100**	**4**	**100**	**19**	**100**

Fuente: Informe de Indicadores de Vigilancia epidemiológica 2022, Secretaria de Salud de Casanare.

Figura 42. Casos notificados por año en población migrante residente en el departamento, Casanare, 2019 – 2022.



Fuente: Informe de Indicadores de Vigilancia epidemiológica 2022, Secretaría de Salud de Casanare.

7.1.2 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

7.1.2.1 Eventos de alto costo

Los eventos de alto costo se analizan a través de la cuenta de alto costo – CAC, la cual está basada en un modelo de gestión de la información para el manejo estandarizado de las patologías: Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA, Cáncer, Hemofilia y Artritis Reumatoide a través de las metodologías basadas en evidencia, mediante de las cuales se fomenta el enfoque de gestión del riesgo en su manejo y de esta manera se contribuye a la disminución del impacto de la carga de la enfermedad y promueve que las entidades prestadoras de servicios de salud logren mejoras tangibles en la calidad de la atención de los pacientes, consiguiendo atender y mantener en control las personas con estas patologías y lograr reducir la mortalidad, equilibrando el gasto en salud. Así mismo, la CAC ha incorporado nuevos indicadores de gestión del riesgo para patologías como cáncer, hemofilia, artritis reumatoide, leucemia mieloide y linfoide aguda y VIH/SIDA, con ello busca promover la implementación de la gestión del riesgo individual en el marco del aseguramiento en salud.

7.1.2.1.1 Morbilidad por VIH

Para el evento de VIH se relacionan los siguientes indicadores registrados en la cuenta de alto costo desde el periodo 2016 a 2022, en el cual se observa una tendencia de leve reducción frente al año anterior para la incidencia por 100.000 habitantes, situación similar para la prevalencia de VIH y la

prevalencia de VIH en personas de 15 a 49 años en donde se evidencia una reducción estadísticamente significativa comparado con el año 2021. Respecto a la cobertura del Tratamiento antirretroviral en personas con VIH se observa una tendencia de disminución frente al año 2016 y con una leve reducción comparado con el año inmediatamente anterior al 2022 (Tabla 101).

Tabla 101. Relación de Indicadores de VIH, registrados en la cuenta de alto costo, Casanare, 2016 a 2022.

Año / Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendencia
Tasa de incidencia de VIH	27,12	20,63	24,95	24,67	26,91	24,87	23,55	
Prevalencia registrada de VIH	0,24	0,98	1,44	16,84	0,22	27,92	0,23	
Prevalencia registrada de VIH en personas de 15 a 49 años	0,38	2,55	2,63	16,99	0,31	37,73	0,35	
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH	88,32	87,88	75,32	85,36	94,5	89,46	87,67	
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH de 15 a 49 años	86,79	87,57	75,56	85,96	93,66	89,42	87,5	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos Actualización ASIS 2023. Cuenta de Alto Costo indicadores VIH 2016 a 2022. Higia 2023.

7.1.2.1.2 Morbilidad por Enfermedad Renal Crónica – ECR

La Enfermedad Renal Crónica - ERC se define como la presencia de alteraciones progresivas e irreversibles de la estructura o la función renal por 3 meses o más, con implicaciones a la salud, es considerada un problema de salud pública que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. En la actualidad hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada mediante pruebas de laboratorio simples, y que el tratamiento puede prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal disminuida, retrasar la progresión de la enfermedad renal, y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En Casanare, en el período informado (01/07/2021 y el 30/06/2022) la ERC presenta un total de 2.499 casos. La Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal fue del 50,15 x 100.000 habitantes con 221 personas diagnosticadas y la incidencia de ERC en estadio 5 fue de 6,35 por 100.000 habitantes y 10 casos. La ERC en los estadios 1, 3, 4 y 5 tienen una tendencia al aumento en el tiempo y en los demás estadios es oscilatoria (Tabla 102).

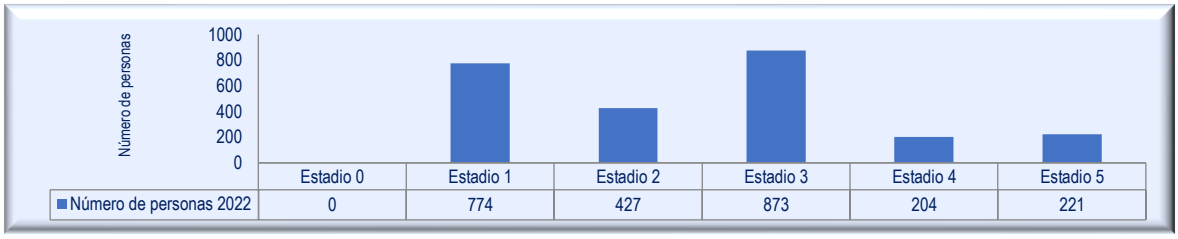
Tabla 102. Progresión de la enfermedad renal crónica. Casanare 2016 a 2022.

Indicador / Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendencia
Número de personas con ERC en estadio 1	65	451	978	466	626	899	774	
Número de personas con ERC en estadio 2	54	325	839	512	795	434	427	
Número de personas con ERC en estadio 3	274	391	666	728	692	586	873	
Número de personas con ERC en estadio 4	38	64	57	60	158	132	204	
Número de personas con ERC en estadio 5	150	198	200	232	242	214	221	
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	4,35	53,66	53,29	61,31	56,03	48,94	50,15	
Prevalencia de ERC en estadio 5	41,35	53,66	53,30	61,31	56,03	48,95	50,15	
Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años por 100 habitantes	4,93	5,03	4,77	4,32	3,66	3,29	5,97	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en estadio 5	2,48	6,78	4,53	8,72	9,26	2,29	6,35	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos Actualización ASIS 2023. Cuenta de Alto Costo indicadores VIH 2016 a 2022. HIGIA 2023.

Para el 2022, la ERC presenta la siguiente progresión de acuerdo a su estadio; el 34,9% (873) personas padecen ERC de estadio 3, el 30,9% (774) en estadio 1, el 17,1% (427) personas con estadio 2 y el 8,8% (221) personas en estadio 5 (Figura 43).

Figura 43. Progresión de la enfermedad renal crónica. Casanare 2022.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos Actualización ASIS 2023. Cuenta de Alto Costo indicadores ERC 2022.

7.1.2.1.3 Semaforización de los eventos de alto Costo

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

La prevalencia de diagnosticados de la enfermedad renal crónica en estadio 5 con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal fue de 48,94 inferior al promedio Nacional (77,46) con una diferencia estadísticamente significativa.

La Tasa de incidencia acumulada de VIH notificada en el año 2022 fue de 23,87 inferior al promedio Nacional (27,7) con una diferencia que no es estadísticamente significativa.

La semaforización de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años, para el año 2022 no evidencia diferencias estadísticas con relación a lo reportado por el país (Tabla 103).

Tabla 103. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Casanare y Colombia 2016 a 2022.

Evento	Colombia	Casanare	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	77,46	48,94	↗	↗	↘	↗	↘	↘	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	7,60	2,28	↗	↗	↘	↗	↗	↘	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	27,70	23,87	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	3,57	0,00	↗	↗	↘	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	25,33	10,30	↗	↗	↘	↘	↗	↗	-

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos Actualización ASIS 2023. Cuenta de Alto Costo indicadores 2022. Higia 2023.

7.1.3 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que tiene entre otras funciones, el identificar y recolectar información para el análisis y comprensión de las situaciones en salud de los territorios, se basa en una serie de eventos definidos como prioritarios para el país y las acciones al interior del sistema están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema general de Seguridad Social en el territorio nacional. La priorización de los eventos se basa en criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, entre otros. El flujo de la información desde el nivel local hasta el Instituto Nacional de Salud-INS, se realiza a través del software SIVIGILA y el ingreso de información y acciones relacionadas con los diferentes eventos, se soportan en los lineamientos del INS, plasmados en los protocolos y fichas de notificación.

7.1.3.1 Comportamiento de letalidades por eventos de notificación obligatoria.

En el año 2021 la patología que presentó una mayor letalidad fue la Meningitis Tuberculosa con una Letalidad del 25%, siendo mayor a la nación, seguido de Letalidad de Tuberculosis extrapulmonar con el 14,29 y con una tendencia de incremento y diferencia estadísticamente significativa comparada con la nación con 9.48 puntos porcentuales comparada con el año anterior. En tercer lugar, se encuentra la letalidad por accidente ofídico, pero con una diferencia estadísticamente no significativa, pero con una tendencia a la reducción frente al 2021. La letalidad por Dengue está por encima de la nación y con una estadística no significativa pero tendencia al aumento en el tiempo. La letalidad por Chagas

e intoxicaciones están superiores a las de la nación, pero con una estadísticamente no significativa y con reducción en su tendencia (Tabla 104).

Tabla 104. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria, Casanare y Colombia 2006 – 2022

Causa de muerte	Colombia 2021	Casanare 2021	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	tenden
Letalidad de accidente ofídico	0,88	1,80	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Letalidad de chagas	40,50	34,33	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	
Letalidad de dengue	0,23	0,09	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	
Letalidad de Dengue grave	0,53	0,00	-	-	-	↗	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	-	
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	0,05	0,00	-	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Letalidad de Infección Respiratoria Aguda	0,00	0,00	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	
Letalidad de inteccion respiratoria aguda grave (IRAG)	41,64	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Letalidad de intoxicaciones	0,98	1,38	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	
Letalidad de Lepra	2,55	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	
Letalidad de leptospirosis	32,48	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	
Letalidad de lesiones por pólvora y explosivos	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Letalidad de Malaria	0,03	0,00	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	
Letalidad de malaria asociada	2,44	0,00	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	
Letalidad de Meningitis Neisseriameningitidis (Nm	6,25	0,00	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
Letalidad de Meningitis Streptococopneumoniae (	4,50	0,00	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Letalidad de meningitis tuberculosa	12,76	25,00	-	↗	↘	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	
Letalidad de sífilis congénita	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	-	
Letalidad de tétanos accidental	43,75	0,00	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Letalidad de tuberculosis extrapulmonar	8,44	14,29	-	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	
Letalidad de Tuberculosis farmacorresistente	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	-	-	
Letalidad de tuberculosis pulmonar	8,02	3,73	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Letalidad de Varicela	0,05	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	

Fuente: SISPRO bodega de datos, Sivigila y Bases de Datos Sivigila Casanare – Secretaría de Salud de Casanare

7.1.3.2 Comportamiento de la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública

Durante el 2022 fueron notificados al sistema de vigilancia 33.195 casos, a diferencia del año 2021 donde se registraron 41.770 y 2020 con 40.957 casos; gran parte del incremento está dado por el reporte de IRA por virus Nuevo. Respecto al comportamiento los eventos de mayor notificación en su orden fueron (IRA por virus nuevo, seguido por Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue, Violencia de genero intrafamiliar y sexual, Morbilidad materna extrema, Intento de suicidio y Desnutrición aguda en menores de 5 años), llama la atención el aumento notificación con respecto al año inmediatamente anterior en los casos de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Desnutrición aguda en menores de 5 año, Morbilidad materna extrema, Intento de Suicidio, Malaria, Cáncer de mamá y del cuello uterino, Cáncer en menor de 18 años y VIH/SIDA/Mortalidad Por SIDA (Tabla 105 y Tabla 106).

Durante el año 2023 con corte a la semana epidemiológica 50 se han notificado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica 10.559 eventos, de los cuales se encuentra en primer lugar Dengue (año epidémico), en segundo lugar, continua Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con una tendencia al aumento, en su orden VCM, VIF, VSX, Varicela individual, Desnutrición aguda en menores de 5 años, Intento de suicidio, IRA por virus nuevo, Morbilidad Materna Extrema. (Tabla 105 y Tabla 106).

Tabla 105. Eventos de interés en salud publica notificados al Sivigila, Casanare 2007 a 2023 corte semana epidemiológica 51.

Evento	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023 corte Sem 50	Total
Ira por virus nuevo												35669	19170	334	54839
Dengue	1699	674	1506	2323	1679	1487	735	365	1074	4696	934	907	5988	2404	29043
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	307	672	1013	992	1054	996	1086	1079	1136	1123	932	1029	1384	1679	13687
Vigilancia en salud pública de la violencia de genero e intrafamiliar			119	294	742	1279	1651	1437	1546	906	736	720	1067	1083	10497
Varicela individual	811	628	495	320	509	561	626	653	491	684	143	159	272	517	7674
Zika						27	2942	38	14	6	1	1	11	5	3040
Chikungunya					29	1899	163	19	12	13	1		2	4	2138
Accidente ofídico	89	173	162	144	133	126	142	158	165	136	157	145	263	224	2307
Morbilidad materna extrema			26	51	97	142	208	164	162	169	246	311	327	309	1903
Desnutrición aguda en menores de 5 años							78	309	386	362	184	249	493	476	2061
INTOXICACIONES													185	174	
Intoxicación por plaguicidas	99	156	136	119	117	115	119	131	34	65	100	93			1564
Tuberculosis pulmonar	80	74	81	77	86	72	107	152	130	115	90	125			1459
Intento de suicidio							165	215	231	262	238	260	376	379	1747
Malaria vivax	178	100	46	44	27	28	43	56	35	43	117	0			1143
Malaria												90	31	48	121
Bajo peso al nacer			68	97	107	139	131	102	99	115	100	105	158	8	1221
VIH/SIDA/mortalidad por sida	27	27	31	42	61	75	94	91	114	93	97	122	211	181	1183
Exposición a flúor			47	14	50	139	269	149	140	100					908
Intoxicación por fármacos	37	70	53	49	48	63	67	83	24	29	80	98			809
Intoxicaciones													185	174	185
Chagas			61	72	138	132	118	74	67	41	39	66	138	129	946
Leishmaniasis cutánea	107	65	59	48	53	27	31	33	36	27	23	28	34	22	817
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	22	55	73	62	59	74	65	59	71	48	79	72	101	70	846
Dengue grave	102	28	10	19	27	12	2	1	22	32	3	20	77	50	814
Sífilis gestacional	33	37	31	46	35	34	24	63	65	56	67	93	179	156	844
Parotiditis	45	65	22	24	19	31	40	47	97	44	55	20	26	41	601
Hepatitis a	39	19	37	27	15	7	15	5	5	65	18	7	20	2	557
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta	79	15	31	45	25	30	21	27	23	15	7	7	37	46	549
Intoxicación por sustancias psicoactivas	5	25	23	24	18	63	60	58	50	32	35	33			426
Malaria falciparum	36	25	10	16	11	19	26	24	23	39	27	37			420
Cáncer de la mama y cuello uterino							10	38	60	50	44	100	104	131	406
Intoxicación por otras sustancias químicas			25	32	36	29	31	38	12	22	32	37			294
Defectos congénitos	4	2	2	55	41	42	38	36	21	19	19	15	82	82	376
Hepatitis a	14	11	13	12	1	17	12	10	7	13	9	13	20	2	271
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta													37	46	37
Tuberculosis	12	10	14	17	18	16	11	16	13	13	12	5	147	202	333
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	1	13	8	16	13	5	6	14	13	3	33	3	572	176	704
Intoxicación por solventes	6	7	5	6	6	8	8	7	10	4	11	7			96
Cáncer en menores de 18 años					9	8	7	17	12	10	10	12	27	27	112
Evento adverso grave posterior a la vacunación	8	7	14	7	6	6	9	5	8	2	1	1	6		87
Leucemia aguda pediátrica linfoide	12	4	3	11	1	5	3	9	8	3	11	5			76
Tos ferina	2	14	18	9	2	6	4		4	5	1		3	6	71
Mortalidad materna - datos básicos	3		5	3	4	5		8	7	9	6	8	3	3	69
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	6	5	8	6	10	7	11	10	3	4	9	2	6	9	96
Leptospirosis	3	6	9	2	2	1	9	4	1		1		26	33	77
Lepra		4	5	4	5	5	2	6	4	3	1	2	4	1	52
Meningitis tuberculosa	3	1	5	7	2	6	3	2	3	4	2	3			43
Malaria asociada (formas mixtas)	2	5				3	7	1	3	1		2			40
Malaria	5	3	1	2	1		3	4	2	2	3	6	31	48	67
Sífilis congénita	4	1	1	1				2	2		2	14	45	52	78
Intoxicación por monóxido de carbono y otros gases		2	3	3		2	2	9	2	2	5	1			31
Mortalidad por ira	3		3	2	2	1	2	3	4	1	1	2			26
Tuberculosis farmacorresistente			1	2	3	4	2	4	3			3			22
TUBERCULOSIS													147	202	
Intoxicación por metanol	2	4	1		2	1		1	2	1	2				20
Hipotiroidismo congénito	3	1	1		1	2	3	3	2		1				17
Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición				2	5	1		3	2	2			20	8	35
Meningitis por neumococo		2	1	1	1		1	3	1		1				15
Mortalidad por dengue	2		2	3	1	1	1		1	3			6	3	20
Mortalidad por EDA 0-4 años	2	2	2				1	2		1	2	1			14

Evento	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023 corte Sem 50	Total
Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición													20	8	
IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual							8						109	46	117
Leishmaniasis mucosa				1	2			1	1			2	1		9
Hepatitis c						1			1	2	1	1			6
Leucemia aguda pediátrica mieloide	1		1				1	2							6
Meningitis por haemophilus influenzae		2					2	1		1		20			26
Enfermedades huerfanas - raras							5						34	32	39
Intoxicación por metales pesados			3			1	1								5
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	1			1			1						8	9	13
Fiebre tifoidea y paratifoidea		1						1				1			4
Tétanos accidental			1		1			1					2		5
Malaria malarie															1
Mortalidad por malaria															1
Rabia humana													1	3	2
Viruela símica (monkeypox)												1	12	11	13
Síndrome de rubeola congénita												1	14	14	15
Lesiones de causa externa												1	4	3	5
Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición												5	20	8	25
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico												33	27	20	60
IAD - infecciones asociadas a dispositivos - individual												184	109	46	293
Total	**4707**	**3828**	**5108**	**5967**	**6127**	**8573**	**10045**	**6666**	**7277**	**10309**	**5542**	**41770**	**33195**	**10559**	**148579**

Fuente: Cubo SISPRO Sivigila y Bases de Datos Sivigila Casanare – Secretaría de Salud de Casanare.

Tabla 106. Comportamiento letalidades por eventos de interés en salud pública. Casanare y Colombia 2007 –2022.

Nombre evento	Colombia 2022	Casanare 2022	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Causas externas																				
Accidentes biológicos																				
Accidente ofídico	5628	192	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	150268	1341	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Intoxicaciones																				
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	44559	133	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Mental																				
Conducta suicida	37360	283	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Violencia																				
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	1515	4	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	140697	932	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
No transmisibles																				
Cáncer																				
Cáncer (mama, cérvix)	0	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Cáncer infantil	1129	18	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	↘	↗	-	↗	↘
Leucemia aguda pediátrica linfoide		0	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-
Congénitas																				
Defectos congénitos		67	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Materno perinatal																				
Bajo peso al nacer	21219	142	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Morbilidad materna extrema	33539	304	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘	↗
Mortalidad materna	484	3	-	↗	↗	-	-	↘	↗	↘	↗	-	↘	↗	↗	-	↘	↗	↘	↘
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	8604	88	-	↗	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Nutrición																				
Desnutrición aguda en menores de 5 años	21354	395	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Trasmisibles																				
Inmunoprevenibles																				
Evento adverso seguido a la vacunación	215	3	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	54	7	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Parotiditis	4727	26	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Varicela	22667	22667	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘

Nombre evento	Colombia 2022	Casanare 2022	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Materno perinatal																				
Sífilis gestacional	10933	147	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Sífilis congénita	1886	32	-	↗	-	↗	-	↘	-	-	↘	-	-	↗	-	↘	↗	↗	↗	↘
Transmisión aérea y contacto directo																				
IRA por virus nuevo	34690	238	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	0	0	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	-	↘	↘
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	107291	468	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Lepra	326	2	-	↗	↗	-	↘	↗	↗	↘	↗	-	↘	↗	↘	↘	↘	↗	-	↘
Tuberculosis Todas las formas	17627	17627	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Transmisión sexual y sanguínea																				
Hepatitis distintas a A	3658	3658	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
VIH/SIDA	19183	19183	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Chagas crónico y agudo	386	122	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Dengue	65691	3880	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Dengue grave	1340	52	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Mortalidad por dengue	85	6	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Leishmaniasis		0	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	-
Leishmaniasis cutánea	5649	11	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Leishmaniasis mucosa	93	1	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↗	↘	-	↗	-	↘	-	↗	↘	↘
Malaria	73543	10	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	↘	↘	↗	↗	↘	-	↗	↗	↘
VI Muerte por IRA, EDA o DN en < de 5 años	509	13	-	-	↗	↘	↗	-	-	↘	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Mortalidad por ira	0	0	-	-	↗	-	↗	↘	↗	↘	-	↘	↗	↗	↗	↘	-	↗	↘	-
Trasmitida por alimentos/suelo/agua																				
Tétanos accidental	31	2	-	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↗	↘
Hepatitis A	1458	20	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Vectores																				
Chikungunya	68	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘
ZIKA	68	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘

Fuente: Cubo SISPRO Sivigila y Bases de Datos Sivigila Casanare – Secretaría de Salud de Casanare.

7.1.3.3 Indicadores de impacto

Notificación general. Del total de 31.965 registros en la base de datos del Sivigila, 31.965 (97,4%) fueron procedentes de Casanare, el 43,2% (13.449/31.138) depurados y el 56.8% (17.689/31.138) objeto de análisis, cuya distribución por grupo de evento y la proporción de incidencia en población general por 100.000 habitantes se presenta en la Tabla 107.

Tabla 107. Casos notificados y tasa de incidencia por 100.000 habitantes por grupo de evento de interés en salud pública, Casanare, 2022.

Evento	Casos	%	Tasa*100.000
Infecciones respiratorias agudas (IRA-COVID)	8500	48,05	1.635,72
Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)	4088	23,11	763,91
Zoonosis (ZOO)	1568	8,86	165,59
Salud Mental-Lesiones de causa externa (SM-LCE)	1354	7,65	147,49
Vigilancia nutricional (VI)	537	3,04	63,11
Maternidad segura	462	2,61	54,06
Inmunoprevenibles	318	1,80	40,49
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	380	2,15	39,13
Infecciones asociadas a dispositivos (IAAS)	120	0,68	16,06
Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	133	0,75	15,16
Micobacterias	119	0,67	13,57
Factores de riesgo ambiental (FRA)	97	0,55	10,63
Muerte por IRA, EDA o desnutrición en menores de 5 años	13	0,07	2,26
Total	**17689**	**100,00**	**4001,42**

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2022

Según la distribución de la notificación por evento; el 74,9% (13.246/17.689) de los casos notificados se concentra en los eventos de IRA por virus nuevo, dengue y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, los cuales, también aportan la incidencias más altas, sin superar la del departamento de 4.001,42 personas en riesgo de enfermar por algún evento por cada 100.000 habitantes; y, según el sistema de alerta temprana, el 52,4% (22/45) de los eventos notificados supera el número de casos esperados (Tabla 108).

De los eventos de notificación colectiva, del total de 48.458 consultas atendidas por consulta externa, hospitalización o urgencias, 38.485 (79,4%) estuvieron relacionadas con infecciones respiratoria aguda y 9.973 (20,9%) con enfermedad diarreica aguda, de las cuales, 9.744 (20,1%) en el primer trimestre, 15.293 (31,6%) en el II trimestre, 12.429 (25,6%) en el III trimestre y 10.992 (22,7%) en el IV trimestre; en el departamento fueron atendidas 10.962 consultas por cada 100.000 habitantes; y, según el sistema de alerta temprana, las consultas relacionadas con infección respiratoria aguda superan el número de consultas esperadas (Tabla 108).

Tabla 108. Casos notificados por trimestre, proporción de incidencia y casos esperados por evento, Casanare, 2022.

Grupo evento	Eventos de interés en salud pública	Total	%	P. DANE	Coeficiente	Grupo poblacional	Proporción	ESP
IRA-COVID	IRA por virus nuevo	8025	45,37	442.068	100.000		1.815,33	25999
ETV	Dengue	3880	21,93	442.068	100.000		877,69	1094
ZOO	Agresiones por animales poten/ transmisores de rabia	1341	7,58	442.068	100.000		303,35	1107
SM-LCE	VSP de la violencia de género e intrafamiliar	932	5,27	442.068	100.000		210,83	1330
IRA-COVID	Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada)	468	2,65	442.068	100.000		105,87	0
VN	Desnutrición aguda en menores de 5 años	395	2,23	40.020	100	< de 5 años	0,99	271
MS	Morbilidad materna extrema	304	1,72	6.128	1.000	Nacidos vivos	49,61	214
SM-LCE	Intento de suicidio	283	1,6	442.068	100.000		64,02	216
INM	Varicela individual	260	1,47	442.068	100.000		58,81	498
ZOO	Accidente ofídico	192	1,09	442.068	100.000		43,43	165
ITS	VIH/Sida/Mortalidad por Sida	172	0,97	442.068	100.000		38,91	128
ITS	Sífilis gestacional	147	0,83	6.128	1.000	Nacidos vivos	23,99	76
VN	Bajo peso al nacer	142	0,8	6.128	100	Nacidos vivos	2,32	132
SM-LCE	Intoxicaciones	133	0,75	442.068	100.000		30,09	217
ETV	Chagas	122	0,69	442.068	100.000		27,6	189
MIC	Tuberculosis	117	0,66	442.068	100.000		26,47	143
FRA	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	97	0,55	442.068	100.000		21,94	99
IAAS	IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos - Individual	94	0,53	442.068	100.000		21,26	64
MS	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	88	0,5	6.128	1.000	Nacidos vivos	14,36	65
ECNT	Cáncer de la mama y cuello uterino	85	0,48	146.796	100.000	M > 18 años	57,9	47
MS	Defectos congénitos	67	0,38	6.128	1.000	Nacidos vivos	10,93	98
ETV	Dengue grave	52	0,29	442.068	100.000		11,76	18
ITS	Sífilis congénita	32	0,18	6.128	1.000	Nacidos vivos	5,22	20
ECNT	Enfermedades huérfanas - raras	29	0,16	442.068	100.000		6,56	30
ITS	Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y DELTA	29	0,16	442.068	100.000		6,56	14
IAAS	Infecciones de sitio quirúrgico	26	0,15	442.068	100.000		5,88	20
INM	Parotiditis	26	0,15	442.068	100.000		5,88	51

Grupo evento	Eventos de interés en salud pública	Total	%	P. DANE	Coeficiente	Grupo poblacional	Proporción	ESP
ZOO	Leptospirosis	22	0,12	442.068	100.000		4,98	21
INM	Hepatitis A	20	0,11	442.068	100.000		4,52	21
ECNT	Cáncer en menores de 18 años	18	0,1	141.184	100.000	< de 18 años	12,75	26
VP	VI Muerte por IRA, EDA o DN en < de 5 años	13	0,07	40.020	10.000	< de 5 años	3,25	5
ETV	Leishmaniasis cutánea	11	0,06	442.068	100.000		2,49	9
ETV	Malaria	10	0,06	442.068	100.000		2,26	33
ZOO	Evento individual sin establecer	9	0,05	442.068	100.000		2,04	18
IRA-COVID	ESI - IRAG (Vigilancia centinela)	7	0,04	442.068	100.000		1,58	14
INM	Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	7	0,04	442.068	100.000		1,58	5
ETV	Mortalidad por dengue	6	0,03	442.068	100.000		1,36	2
ETV	Zika	5	0,03	442.068	100.000		1,13	474
SM-LCE	Lesiones por artefactos explosivos	4	0,02	442.068	100.000		0,9	8
ZOO	Viruela símica Monkeypox)	4	0,02	442.068	100.000		0,9	0
INM	Evento adverso grave posterior a la vacunación	3	0,02	442.068	100.000		0,68	18
SM-LCE	Lesiones de causa externa	3	0,02	442.068	100.000		0,68	0
MS	Mortalidad materna - datos básicos	3	0,02	6.128	1.000	Nacidos vivos	0,49	6
MIC	Lepra	2	0,01	442.068	100.000		0,45	0
INM	Tétanos accidental	2	0,01	442.068	100.000		0,45	0
ETV	Chikungunya	1	0,01	442.068	100.000		0,23	329
ETV	Leishmaniasis mucosa	1	0,01	442.068	100.000		0,23	0
Total		**17689**	**100**	**442.068**	**100.000**		**4.001,42**	15273
Eventos colectivos								
M-IRA	Infección respiratoria aguda (colectivo)	38485	79,4	442.068	100.000		2255,99	12566
M-EDA	Enfermedad diarreica aguda (colectivo)	9973	20,6	442.068	100.000		8705,67	6317

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2022

Notificación de eventos por grupo etario/curso de vida. Del total de casos notificados según el grupo etario/curso de vida, 2.046 (11,6%) de 1 a 5 años/primera infancia, 1.729 (9,8%) 6 a 11 años/infancia, 1.891 (10,7%) 12 a 18 años/adolescencia, 2.640 (14,9%) de 19 a 26 años/juventud, 7.750 (43,8%) de 27 a 59 años/adultez y 1.633 (9,2%) de 60 y más años/vejez (Tabla 109).

Tabla 109. Casos notificados por evento y grupo etario/curso de vida, Casanare, 2022.

Evento	0 a 6 (Pl)	%	6 a 11 (I)	%	12 a 18 (Ad)	%	19 a 26 (Ju)	%	27 a 59 (Ad)	%	60 y más (Ve)	%	Total	%
IRA por virus nuevo	354	17,3	179	10,4	297	15,7	1236	46,8	5053	65,2	906	55,5	8025	45,4
Dengue	466	22,8	1057	61,1	789	41,7	464	17,6	941	12,1	163	10,0	3880	21,9
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	143	7,0	255	14,7	156	8,2	172	6,5	468	6,0	147	9,0	1341	7,6
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	180	8,8	92	5,3	255	13,5	118	4,5	246	3,2	41	2,5	932	5,3
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada)	148	7,2	17	1,0	9	0,5	29	1,1	81	1,0	184	11,3	468	2,6
Desnutrición aguda en menores de 5 años	395	19,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	395	2,2
Morbilidad materna extrema	0	0,0	0	0,0	45	2,4	121	4,6	138	1,8	0	0,0	304	1,7

Evento	0 a 6 (Pl)	%	6 a 11 (I)	%	12 a 18 (Ad)	%	19 a 26 (Ju)	%	27 a 59 (Ad)	%	60 y más (Ve)	%	Total	%
Intento de suicidio	0	0,0	2	0,1	120	6,3	90	3,4	69	0,9	2	0,1	283	1,6
Varicela individual	106	5,2	42	2,4	39	2,1	28	1,1	42	0,5	3	0,2	260	1,5
Accidente ofídico	4	0,2	13	0,8	24	1,3	28	1,1	91	1,2	32	2,0	192	1,1
VIH/Sida/Mortalidad por Sida	0	0,0	0	0,0	4	0,2	57	2,2	107	1,4	4	0,2	172	1,0
Sífilis gestacional	0	0,0	0	0,0	20	1,1	74	2,8	53	0,7	0	0,0	147	0,8
Bajo peso al nacer	0	0,0	0	0,0	17	0,9	73	2,8	52	0,7	0	0,0	142	0,8
Intoxicaciones	22	1,1	14	0,8	24	1,3	28	1,1	40	0,5	5	0,3	133	0,8
Chagas	28	1,4	10	0,6	6	0,3	8	0,3	64	0,8	6	0,4	122	0,7
Tuberculosis	1	0,0	0	0,0	9	0,5	14	0,5	61	0,8	32	2,0	117	0,7
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	21	1,0	11	0,6	14	0,7	9	0,3	36	0,5	6	0,4	97	0,5
IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos - Individual	6	0,3	1	0,1	2	0,1	3	0,1	25	0,3	57	3,5	94	0,5
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	0	0,0	0	0,0	10	0,5	41	1,6	37	0,5	0	0,0	88	0,5
Cáncer de la mama y cuello uterino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	59	0,8	24	1,5	85	0,5
Defectos congénitos	67	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	67	0,4
Dengue grave	11	0,5	18	1,0	9	0,5	2	0,1	9	0,1	3	0,2	52	0,3
Sífilis congénita	32	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	0,2
Enfermedades huérfanas - raras	10	0,5	1	0,1	5	0,3	2	0,1	10	0,1	1	0,1	29	0,2
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y DELTA	0	0,0	0	0,0	2	0,1	6	0,2	13	0,2	8	0,5	29	0,2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	0	0,0	0	0,0	8	0,4	8	0,3	9	0,1	1	0,1	26	0,1
Parotiditis	10	0,5	7	0,4	3	0,2	0	0,0	5	0,1	1	0,1	26	0,1
Leptospirosis	0	0,0	1	0,1	3	0,2	5	0,2	12	0,2	1	0,1	22	0,1
Hepatitis A	0	0,0	1	0,1	9	0,5	5	0,2	4	0,1	1	0,1	20	0,1
Cáncer en menores de 18 años	7	0,3	3	0,2	8	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	0,1
VI Muerte por IRA, EDA o desnutrición en menores de 5 años	13	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	0,1
Leishmaniasis cutánea	1	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,2	5	0,1	1	0,1	11	0,1
Malaria	1	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,2	3	0,0	0	0,0	10	0,1
Evento individual sin establecer	2	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	5	0,1	1	0,1	9	0,1
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	7	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,0
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	6	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	7	0,0
Mortalidad por dengue	1	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	6	0,0
Zika	2	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	5	0,0
Lesiones por artefactos explosivos	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0	2	0,0	0	0,0	4	0,0
Viruela símica (Monkeypox)	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0,0	4	0,0
Evento adverso grave posterior a la vacunación	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0
Lesiones de causa externa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	0	0,0	3	0,0
Mortalidad materna - datos básicos	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0
Lepra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,1	2	0,0
Tétanos accidental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,0
Chikungunya	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Leishmaniasis mucosa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	**2046**	**100,0**	**1729**	**100,0**	**1891**	**100,0**	**2640**	**100,0**	**7750**	**100,0**	**1633**	**100,0**	**17689**	**100,0**
Pii: primera infancia, In: Infancia, Ad: adolescencia, Ju: Juventud, Ad: adultez y Ve: Vejez														

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2022

Mortalidad general por evento. El 1,6% (290/17.689) de los casos notificados tuvo como condición final muerto, distribuidos según el grupo etario/curso de vida, 126 (46,0%) de 0 a 5 años/primera infancia, 7 (2,6%) 6 a 11 años/infancia, 2 (0,7%) 12 a 18 años/adolescencia, 3 (1,1%) de 19 a 26 años/juventud, 36 (13,1%) de 27 a 59 años/adultez y 116 (42,3%) de 60 y más años/vejez; la tasa de mortalidad por evento calculada según poblaciones específicas se presenta en la Tabla 110.

En el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, los 88 casos notificados, según la edad de la madre, 10 (11,4%) 12 a 18 años/adolescencia, 41 (46,6%) 19 a 26 años/juventud y 37 (42,0%) de 27 a 59 años/adultez.

Tabla 110. Casos notificados y tasa de mortalidad por evento y grupo etario/curso de vida con condición final muerto, Casanare, 2022.

Evento	0 a 5 (Pl)		6 a 12 (In)		12 a 18 (Ad)		19 a 26 (Ju)		27 a 59 (As)		60 y más (Ve)		Total		Tasa de mortalidad *
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
IRA por virus nuevo	3	2,4	1	14,3	0	8	0	8	10	27,8	39	33,6	53	18,3	11,99
Infección respiratoria aguda (IRAG inusitada)	3	2,4	0	0	0	6	0	6	3	8,3	33	28,4	39	13,4	8,82
IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos - Individual	0	0	1	14,3	0	5	1	5	7	19,4	30	25,9	39	13,4	8,82
Tuberculosis	0	0	0	0	0	13	0	13	6	16,7	8	6,9	14	4,8	3,17
Cáncer de la mama y cuello uterino	0	0	0	0	0	0	1	0	3	8,3	3	2,6	7	2,4	4,77
Mortalidad por dengue	1	0,8	3	42,9	0	11	0	11	0	0	2	1,7	6	2,1	1,36
Chagas	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0,9	1	0,3	0,23
VIH/Sida/Mortalidad por Sida	0	0	0	0	0	15	0	15	5	13,9	0	0	5	1,7	1,13
Mortalidad materna - datos básicos	0	0	0	0	1	9	1	9	1	2,8	0	0	3	1	0,49
Intoxicaciones	0	0	0	0	0	7	0	7	1	2,8	0	0	1	0,3	0,23
Cáncer en menores de 18 años	1	0,8	1	14,3	1	1	0	1	0	0	0	0	3	1	2,12
Accidente ofídico	0	0	1	14,3	0	-1	0	-1	0	0	0	0	1	0,3	0,23
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	88	69,8	0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	88	30,3	14,36
Vigilancia Integrada de Muertes por IRA, EDA o desnutrición < 5 años	13	10,3	0	0	0	14	0	14	0	0	0	0	13	4,5	3,25
Defectos congénitos	12	9,5	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	12	4,1	1,96
Sífilis congénita	4	3,2	0	0	0	12	0	12	0	0	0	0	4	1,4	0,65
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	1	0,8	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	1	0,3	0,23
Total	**126**	**100**	**7**	**100**	**2**	**119**	**3**	**119**	**36**	**100**	**116**	**100**	**290**	**100**	**65,6**

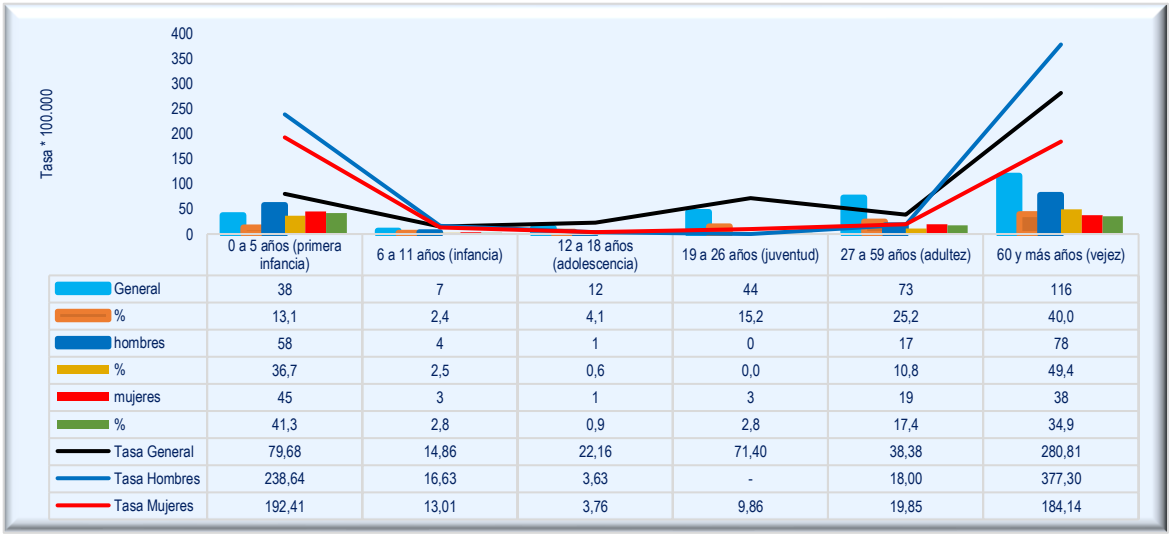
Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2022

De acuerdo con el sexo, del total de casos notificados con condición final muerto, 109 (37,8%) del sexo femenino, 158 (54,5%) del sexo masculino y 9 (3,1%) indeterminado, de los cuales, 3 (33,3%) por mortalidad perinatal y neonatal tardía y 6 (66,7%) por defectos congénitos. La tasa de mortalidad del departamento por cada 100.000 habitantes fue de 65,60 en población general; 49,99 en el sexo femenino y 71,09 en el sexo masculino, por curso de vida, superior para la primera infancia y la vejez (Figura 44).

La tasa de mortalidad en el área urbana fue de 100,01 y en el área rural de 0,03 por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad del departamento de 65,60 por cada 100.000 habitantes fue

superada por los municipios de Paz de Ariporo, Támara, Orocué, San Luis de Palenque, Maní, Hato Coroza y Sabanalarga (Figura 45).

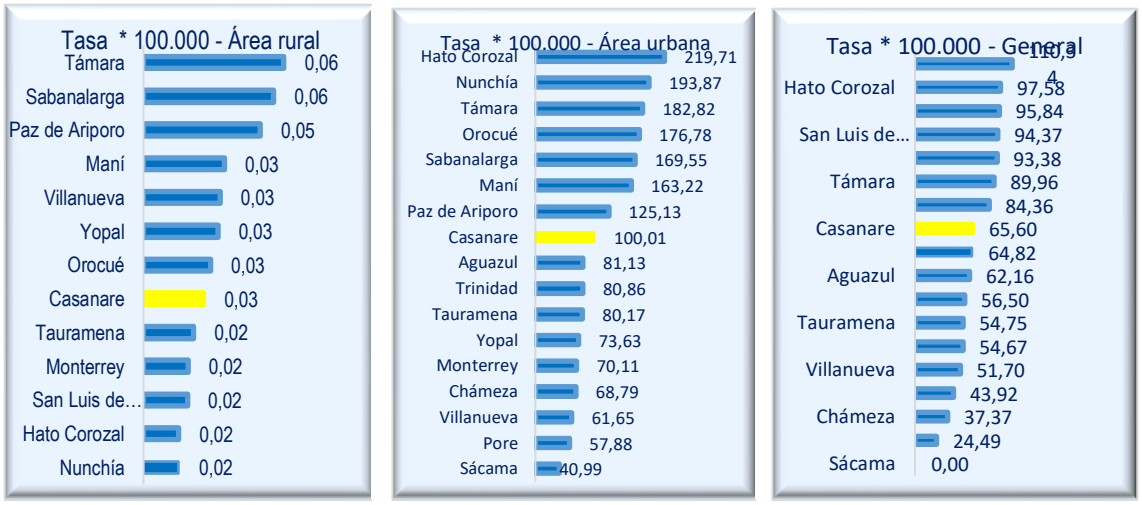
Figura 44. Casos notificados y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por grupo etario/curso de vida y sexo, Casanare, I Semestre de 2022.



	0 a 5 años (primera infancia)	6 a 11 años (infancia)	12 a 18 años (adolescencia)	19 a 26 años (juventud)	27 a 59 años (adultez)	60 y más años (vejez)
General	38	7	12	44	73	116
%	13,1	2,4	4,1	15,2	25,2	40,0
hombres	58	4	1	0	17	78
%	36,7	2,5	0,6	0,0	10,8	49,4
mujeres	45	3	1	3	19	38
%	41,3	2,8	0,9	2,8	17,4	34,9
Tasa General	79,68	14,86	22,16	71,40	38,38	280,81
Tasa Hombres	238,64	16,63	3,63	-	18,00	377,30
Tasa Mujeres	192,41	13,01	3,76	9,86	19,85	184,14

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2022

Figura 45. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en población general por municipio y área de procedencia, Casanare, I Semestre de 2022.



Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2022

Para el año 2023 con corte al 30 junio de 2023 se observa el siguiente comportamiento de los eventos de notificación obligatoria

Notificación general; el total de 4.178 registros objeto de análisis, por grupo de evento, el 48,2% (2.015/4.178) se agruparon en los eventos de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis; la

proporción de incidencia por 100.000 habitantes del departamento fue de 945,1939,720 personas afectadas por algún evento de interés en salud pública (Tabla 111).

Tabla 111. Casos notificados y tasa de incidencia por 100.000 habitantes por grupo de evento de interés en salud pública, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023.

Evento	Casos	%	Tasa*100.000
Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)	1150	25,5	258,66
Zoonosis (ZOO)	865	5,5	194,56
Salud Mental-Lesiones de causa externa (SM-LCE)	709	4,9	159,47
Infecciones respiratorias agudas (IRA-COVID)	316	55,7	71,07
Vigilancia nutricional (VI)	249	2,1	56,01
Maternidad segura	220	1,8	49,48
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	191	1,3	42,96
Inmunoprevenibles	186	1,3	41,84
Factores de riesgo ambiental (FRA)	96	0,4	21,59
Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	83	0,5	18,67
Micobacterias	79	0,5	17,77
Infecciones asociadas a dispositivos (IAAS)	30	0,5	6,75
Muerte por IRA, EDA o desnutrición en menores de 5 años	4	0,02	0,90
Total	4178	100,00	939,72

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2023

Según la distribución de la notificación por evento el 54,8% (2.290/4.178) se concentró en los eventos de dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y vigilancia en salud pública de la violencia de genero e intrafamiliar, los cuales, también aportaron las mayores proporciones de incidencia; y, a excepción de violencia de género e intrafamiliar, según el sistema de alerta temprana, superaron en número de casos esperados (Tabla 112).

Tabla 112. Casos notificados por trimestre, proporción de incidencia y casos esperados por evento, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023.

Grupo evento	Eventos de interés en salud pública	Total	%	P. DANE	Coeficiente	Grupo poblacional	Proporción	ESP
ZOO	Dengue	1043	24,96	444.602	100.000		234,59	913
ZOO	Agresiones por animales pot/ transmisores de rabia	774	18,53	444.602	100.000		174,09	542
ECNT	VSP de la violencia de género e intrafamiliar	473	11,32	444.602	100.000		106,39	621
ECNT	Desnutrición aguda en menores de 5 años	249	5,96	39.159	100	< de 5 años	0,64	145
ETV	IRA por virus nuevo	238	5,7	444.602	100.000		53,53	11900
ETV	Intento de suicidio	162	3,88	444.602	100.000		36,44	119
MS	Varicela individual	160	3,83	444.602	100.000		35,99	210
ETV	Morbilidad materna extrema	144	3,45	6.192	1.000	Nacidos vivos	23,26	121
ETV	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	96	2,3	444.602	100.000		21,59	38
VN	Sífilis gestacional	79	1,89	6.192	1.000	Nacidos vivos	12,76	43
FRA	Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada)	78	1,87	444.602	100.000		17,54	0
ECNT	Tuberculosis	78	1,87	444.602	100.000		17,54	76
ZOO	Accidente ofídico	75	1,8	444.602	100.000		16,87	76
ITS	Intoxicaciones	72	1,72	444.602	100.000		16,19	90
IAAS	VIH/Sida/Mortalidad por Sida	71	1,7	444.602	100.000		15,97	66
IRA-COVID	Chagas	70	1,68	444.602	100.000		15,74	99
IAAS	Cáncer de la mama y cuello uterino	53	1,27	148.509	100.000	M > 18 años	35,69	28
SM-LCE	Defectos congénitos	42	1,01	6.192	1.000	Nacidos vivos	6,78	40

Grupo evento	Eventos de interés en salud pública	Total	%	P. DANE	Coeficiente	Grupo poblacional	Proporción	ESP
SM-LCE	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	33	0,79	6.192	1.000	Nacidos vivos	5,33	34
IRA-COVID	Dengue grave	23	0,55	444.602	100.000		5,17	11
ETV	IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos	22	0,53	444.602	100.000		4,95	37
MIC	Sífilis congénita	22	0,53	6.192	1.000	Nacidos vivos	3,55	9
ZOO	Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y DELTA	19	0,45	444.602	100.000		4,27	6
SM-LCE	Enfermedades huérfanas - raras	16	0,38	444.602	100.000		3,6	18
ETV	Parotiditis	16	0,38	444.602	100.000		3,6	30
INM	Cáncer en menores de 18 años	14	0,34	140.563	100.000	< de 18 años	9,96	11
MS	Leptospirosis	10	0,24	444.602	100.000		2,25	9
MS	Infecciones de sitio quirúrgico	8	0,19	444.602	100.000		1,8	13
MS	Evento individual sin establecer	6	0,14	444.602	100.000		1,35	4
ETV	Malaria	6	0,14	444.602	100.000		1,35	16
INM	Leishmaniasis cutánea	4	0,1	444.602	100.000		0,9	6
ITS	Síndrome de rubéola congénita	4	0,1	444.602	100.000		0,9	0
ITS	Tos ferina	4	0,1	444.602	100.000		0,9	1
INM	VI Muerte por IRA, EDA o desnutrición < 5 años	4	0,1	39.159	10.000	< de 5 años	1,02	3
INM	Chikungunya	2	0,05	444.602	100.000		0,45	36
MIC	Lesiones por artefactos explosivos	2	0,05	444.602	100.000		0,45	4
INM	Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	2	0,05	444.602	100.000		0,45	3
SM-LCE	Mortalidad por dengue	2	0,05	444.602	100.000		0,45	1
VP	Lepra	1	0,02	444.602	100.000		0,22	0
ITS	Mortalidad materna - datos básicos	1	0,02	6.192	1.000	Nacidos vivos	0,16	3
Total		**4178**	**100**	**444.602**	**100.000**		**939,72**	**9432**
Eventos colectivos								
M-IRA	Infección respiratoria aguda (colectivo)	17522	78,6	444.602	100.000		1070,85	13527
M-EDA	Enfermedad diarreica aguda (colectivo)	4761	21,4	444.602	100		3,94	6184

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2023

Notificación de eventos por grupo etario/curso de vida. Del total de casos notificados según el grupo etario/curso de vida, 777 (18,6%) de 0 a 5 años/primera infancia, 539 (12,9%) 6 a 11 años/infancia, 634 (15,2%) 12 a 18 años/adolescencia, 577 (13,8%) de 19 a 26 años/juventud, 1.284 (30,7%) de 27 a 59 años/adultez y 367 (8,8%) de 60 y más años/vejez (Tabla 113).

Tabla 113. Casos notificados por evento y grupo etario/curso de vida, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023.

Evento	0 a 5 (P Infancia)	%	6 a 11 (Infancia)	%	12 a 18 (Adolescencia)	%	19 a 26 (Juventud)	%	27 a 59 (Adultez)	%	≥ 60 años (vejez)	%	Total	%
Dengue	116	14,9	244	45,3	235	37,1	111	19,2	270	21,0	67	18,3	1043	25,0
Agresiones por animales potenc/ transmisores de rabia	88	11,3	144	26,7	87	13,7	90	15,6	270	21,0	95	25,9	774	18,5
VSP de la violencia de género e intrafamiliar	104	13,4	61	11,3	112	17,7	58	10,1	124	9,7	14	3,8	473	11,3
Desnutrición aguda en menores de 5 años	249	32,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	249	6,0
IRA por virus nuevo	7	0,9	3	0,6	7	1,1	25	4,3	122	9,5	74	20,2	238	5,7
Intento de suicidio	0	0,0	3	0,6	63	9,9	44	7,6	45	3,5	7	1,9	162	3,9
Varicela individual	45	5,8	30	5,6	23	3,6	31	5,4	28	2,2	3	0,8	160	3,8
Morbilidad materna extrema	0	0,0	0	0,0	25	3,9	53	9,2	66	5,1	0	0,0	144	3,4

Evento	0 a 5 (P Infancia)	%	6 a 11 (Infancia)	%	12 a 18 (Adolescencia)	%	19 a 26 (Juventud)	%	27 a 59 (Adultez)	%	≥ 60 años (vejez)	%	Total	%
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	14	1,8	26	4,8	15	2,4	11	1,9	26	2,0	4	1,1	96	2,3
Sífilis gestacional	0	0,0	0	0,0	5	0,8	47	8,1	27	2,1	0	0,0	79	1,9
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada)	31	4,0	6	1,1	6	0,9	5	0,9	10	0,8	20	5,4	78	1,9
Tuberculosis	2	0,3	0	0,0	3	0,5	9	1,6	33	2,6	31	8,4	78	1,9
Accidente ofídico	3	0,4	3	0,6	9	1,4	8	1,4	43	3,3	9	2,5	75	1,8
Intoxicaciones	10	1,3	1	0,2	16	2,5	18	3,1	26	2,0	1	0,3	72	1,7
VIH/Sida/Mortalidad por Sida	0	0,0	0	0,0	2	0,3	29	5,0	39	3,0	1	0,3	71	1,7
Chagas	9	1,2	1	0,2	3	0,5	2	0,3	44	3,4	11	3,0	70	1,7
Cáncer de la mama y cuello uterino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	42	3,3	9	2,5	53	1,3
Defectos congénitos	42	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	1,0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	0	0,0	0	0,0	3	0,5	13	2,3	17	1,3	0	0,0	33	0,8
Dengue grave	2	0,3	7	1,3	4	0,6	4	0,7	3	0,2	3	0,8	23	0,6
IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos	2	0,3	0	0,0	2	0,3	2	0,3	10	0,8	6	1,6	22	0,5
Sífilis congénita	22	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,5
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y DELTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	9	0,7	7	1,9	19	0,5
Enfermedades huérfanas - raras	6	0,8	2	0,4	2	0,3	3	0,5	3	0,2	0	0,0	16	0,4
Parotiditis	6	0,8	3	0,6	1	0,2	1	0,2	4	0,3	1	0,3	16	0,4
Cáncer en menores de 18 años	4	0,5	5	0,9	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,3
Leptospirosis	1	0,1	0	0,0	1	0,2	1	0,2	7	0,5	0	0,0	10	0,2
Infecciones de sitio quirúrgico	0	0,0	0	0,0	1	0,2	4	0,7	1	0,1	2	0,5	8	0,2
Evento individual sin establecer	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	5	0,4	0	0,0	6	0,1
Malaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	3	0,2	1	0,3	6	0,1
Leishmaniasis cutánea	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,3	0	0,0	4	0,1
Síndrome de rubéola congénita	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Tos ferina	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
VI Muerte por IRA, EDA o desnutrición en < 5 años	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Chikungunya	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,05
Lesiones por artefactos explosivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	2	0,05
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,05
Mortalidad por dengue	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,05
Lepra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,02
Mortalidad materna - datos básicos	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,02
Total	**777**	**100,0**	**539**	**100,0**	**634**	**100,0**	**577**	**100,0**	**1284**	**100,0**	**367**	**100,0**	**4178**	**100,0**

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2023

La tasa de mortalidad por evento calculada según poblaciones específicas se presenta en la Tabla 114. Para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, los 33 casos notificados, según la edad de la madre, 3 (9,1%) 12 a 18 años/adolescencia, 13 (39,4%) 19 a 26 años/juventud y 17 (51,5%) de 27 a 59 años/adultez.

Tabla 114. Casos notificados y tasa de mortalidad por evento y grupo etario/curso de vida con condición final muerto, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023.

Evento	0 a 5 (P Infancia)		6 a 12 (Infancia)		12 a 18 (Adolesc)		19 a 26 (Juventud)		27 a 59 (Adultez)		60 y más (Vejez)		Total		Tasa de mortalidad
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	33	58,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	44	5,3
Defectos congénitos	14	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	18,7	2,3
IAD - Infecciones Asociadas a Dispositivos - Individual	1	1,8	0	0	0	0	1	100	2	50	2	22,2	6	8	1,3
Infección respiratoria aguda (IRAG inusitada)	1	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	33,3	4	5,3	0,9
Tuberculosis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	3	33,3	4	5,3	1
VI Muertes por IRA, EDA o desnutrición < 5 años	4	7,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5,3	0,9
Cáncer en menores de 18 años	1	1,8	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,7	1,4
Intoxicaciones	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	2	2,7	0,4
Mortalidad por dengue	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	1	11,1	2	2,7	0,4
Infecciones de sitio quirúrgico	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	1	1,3	0,2
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	1	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3	0,2
Mortalidad materna - datos básicos	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	1	1,3	0,2
Sífilis congénita	1	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3	0,2
Total	**56**	**100**	**1**	**100**	**4**	**100**	**1**	**100**	**4**	**100**	**9**	**100**	**75**	**100**	**16,87**

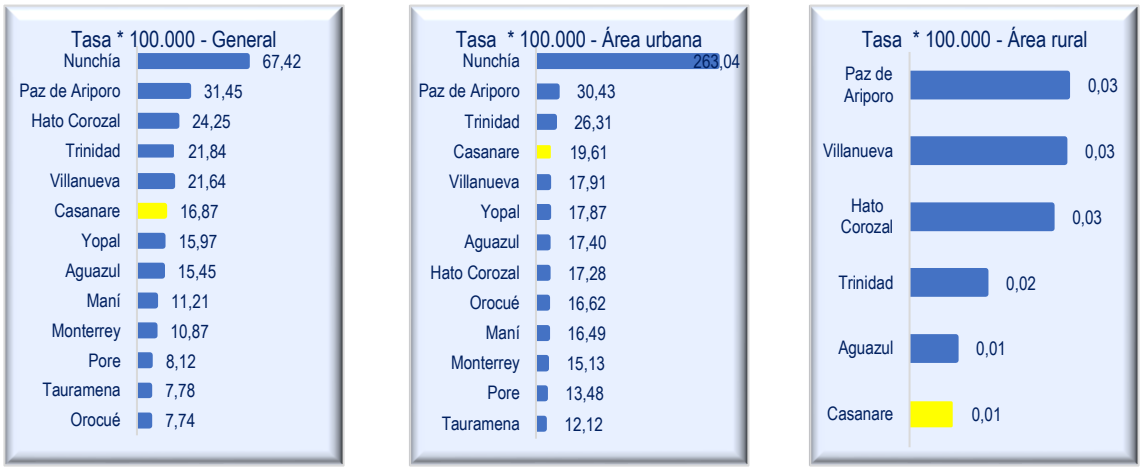
Nota. La tasa de mortalidad se calcula para poblaciones específicas

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2023

Del total de casos notificados con condición final muerto, según el área de procedencia, 63 (84,0%) urbana, 2 (2,7%) centro poblado, 9 (12,0%) rural disperso y uno (1,3) sin dato; 49 (65,3%) del sexo femenino, 15 (20,0%) del sexo masculino y 11 (14,7%) indeterminado; según el tipo de seguridad social, 48 (64,0%) subsidiado, 16 (21,3%) contributivo, 4 (5,3%) excepción, 3 (4,0%) indeterminado y 4 (5,3%) no asegurado; por grupo poblacional, uno (1,3%) discapacitado e indigente respectivamente y 7 (9,3%) migrante; 4 (5,3%) pertenecientes a una etnia indígena y uno (1,3%) afrocolombiano; según el estrato, 46 (61,3%) estrato uno, 22 (29,3%) estrato dos, 5 (6,7%) estrato tres y uno (1,3%) estrato seis y sin dato respectivamente; y, 57 (76,0%) fueron hospitalizados.

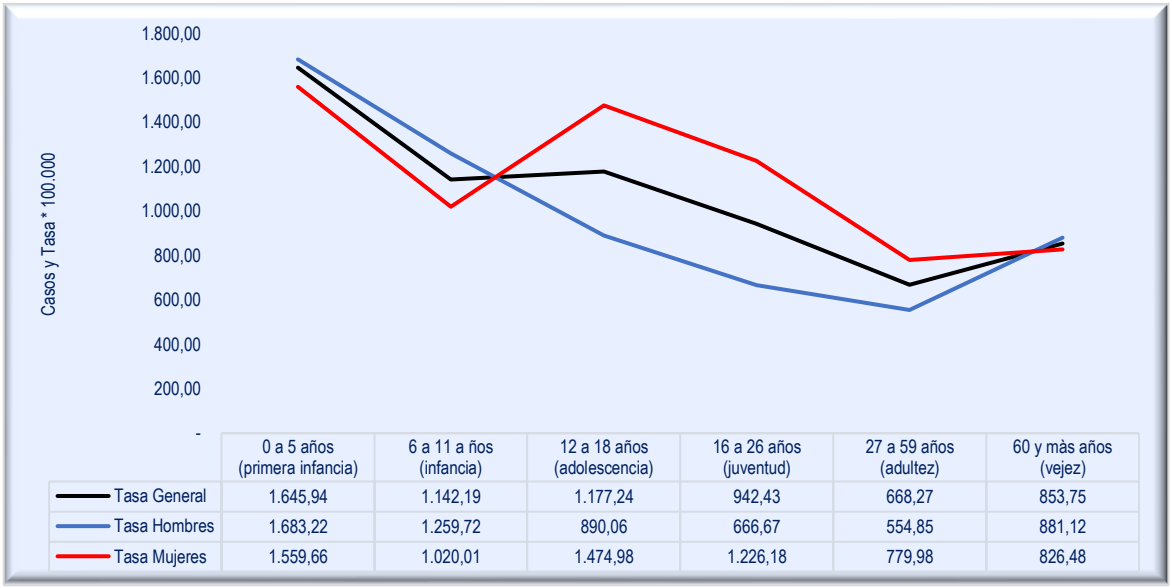
La tasa de mortalidad del departamento por cada 100.000 habitantes de 16,87, fue superada por los municipios de Villanueva, Trinidad, Hato Corozal, Paz de Ariporo y Nunchía; en el área urbana fue de 19,61, superada por Trinidad, Paz de Ariporo y Nunchía; y, en el área rural de 0,001, superior para todos los municipios que notificaron casos (Figura 46); en el sexo femenino de 12,20 y en el sexo masculino de 16,56; por grupo etario/curso de vida fue superior para el grupo de 0 a 3 años/primera infancia y 60 y más años/vejez (Figura 47)

Figura 46. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en población general por municipio y área de procedencia, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023.



Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2023

Figura 47. Casos notificados y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por grupo etario/curso de vida y sexo, Casanare, I Semestre (SE 1-26) de 2023.



	0 a 5 años (primera infancia)	6 a 11 a ños (infancia)	12 a 18 años (adolescencia)	16 a 26 años (juventud)	27 a 59 años (adultez)	60 y màs años (vejez)
Tasa General	1.645,94	1.142,19	1.177,24	942,43	668,27	853,75
Tasa Hombres	1.683,22	1.259,72	890,06	666,67	554,85	881,12
Tasa Mujeres	1.559,66	1.020,01	1.474,98	1.226,18	779,98	826,48

Fuente: informe de indicadores de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud de Casanare. 2023

7.1.3.4 Eventos de notificación con mayor notificación de casos

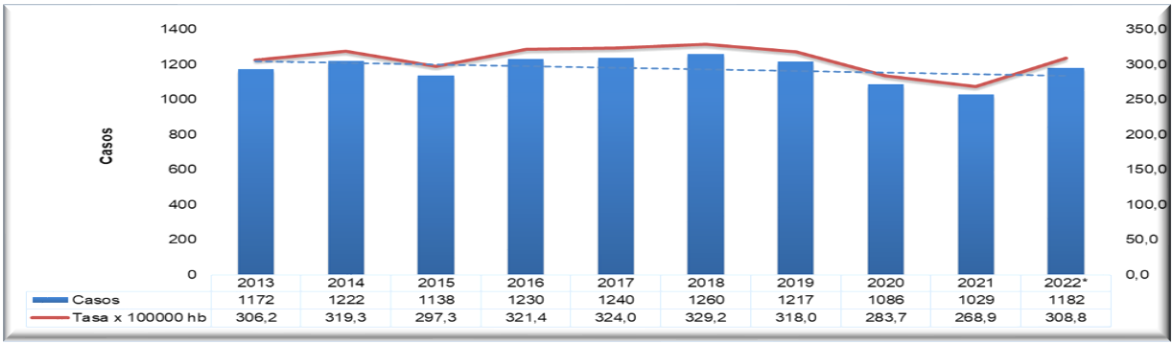
A continuación, se relaciona de manera desagregada los eventos de mayor notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Sivigila para el año 2021 (Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue, Violencia de genero intrafamiliar y sexual, Morbilidad materna extrema, Intento de suicidio y Desnutrición aguda en menores de 5 año) y aquellos eventos de

notificación obligatorias que han generado alertas epidemiológicas. Además, se relacionan los eventos de notificación colectiva (EDA – IRA).

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia: La rabia humana, es una de las enfermedades zoonóticas de mayor importancia en la salud pública en Colombia y se encuentra en proceso de erradicación. El método más eficiente de evitar la rabia en los humanos es la prevención de la enfermedad en los principales transmisores para el hombre mediante la vacunación.

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia continúan ocupando el segundo lugar para el año 2021 y el tercer lugar para el año 2022 en los Eventos de Interés en Salud Pública de mayor notificación en el departamento de Casanare de acuerdo al número de casos notificados y la incidencia registrada para el año 2021 y 2022; es así como las estrategias implementadas tanto para el control, como para la vigilancia de la transmisión del virus de la rabia, en respuesta por las tasas de incidencia presentadas en el evento de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y por la circulación viral en el ciclo silvestre presente en algunos territorios, contribuyen desde el despliegue de intervenciones. Para el año 2021 la Tasa de incidencia fue de 268,9 por 100.000 habitantes, con una tendencia al aumento al verse para el año 2022, en donde se puede apreciar una tasa de 308,8 por 100.000 habitantes. (Figura 48).

Figura 48. Tasa de incidencia de Agresiones por animales potencialmente transmisores de la Rabia, Casanare 2013 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



Fuente Sivigila Casanare 2013 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

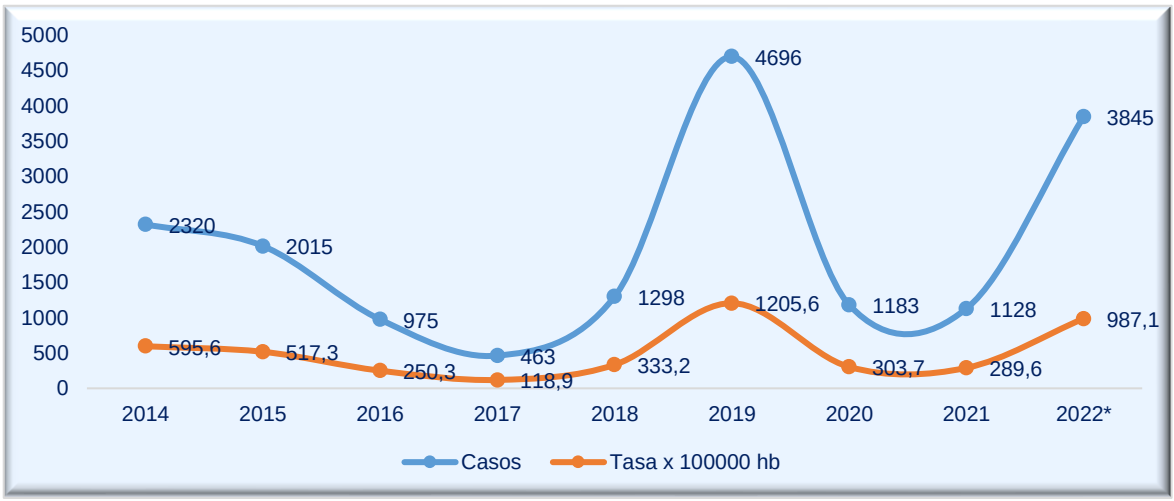
7.1.3.4.1 Comportamiento en la notificación del evento Dengue.

Es importante mencionar que el departamento es endémico para las enfermedades transmitidas por vectores, dado las condiciones sociodemográficas y demás condiciones propias del ambiente, a lo cual se le atribuye que el evento ocupe el tercer lugar en la notificación de los eventos de interés en salud publica en el territorio. Se observa dos grandes picos para el 2019 y 2022 los cuales coinciden con los años epidémicos para Dengue en el departamento y a nivel nacional.
El departamento durante el año 2022 ha estado en epidemia desde la semana epidemiológica 3 hasta la semana epidemiológica 33, con una mayor concentración de casos desde la semana 9 hasta la semana 25 con un máximo pico epidemiológico en la semana 19. Durante lo corrido del año 2023, el departamento estuvo superando los casos esperados entre la semana epidemiológica 6 hasta la 35 y por encima de la zona de control de acuerdo con el canal endémico. Observando el comportamiento

del evento, es importante señalar que el ciclo epidémico se mantuvo con respecto al primer semestre del año 2022 con un descenso significativo en el segundo semestre, especialmente para la época de lluvia en la región (Figura 51 y Figura 52).

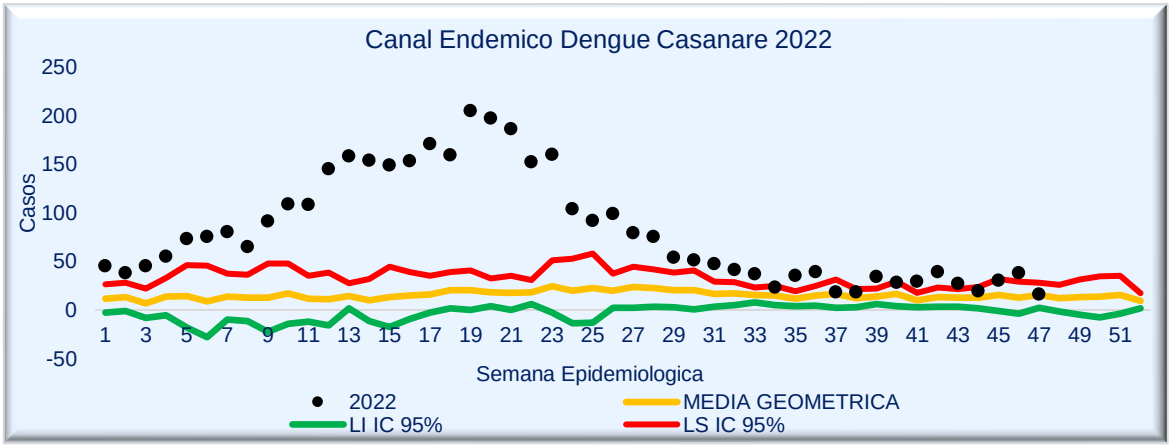
De acuerdo con lo anterior, es prioritario continuar con las estrategias relacionadas a controlar e intervenir positivamente los factores de riesgo de los vectores como los focos de proliferación de mosquitos *Aedes aegypti*, transmisor de enfermedades vectoriales como el dengue, zika y chikungunya (Figura 49 y Figura 50).

Figura 49. Tasa de incidencia de Dengue, Casanare 2014 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



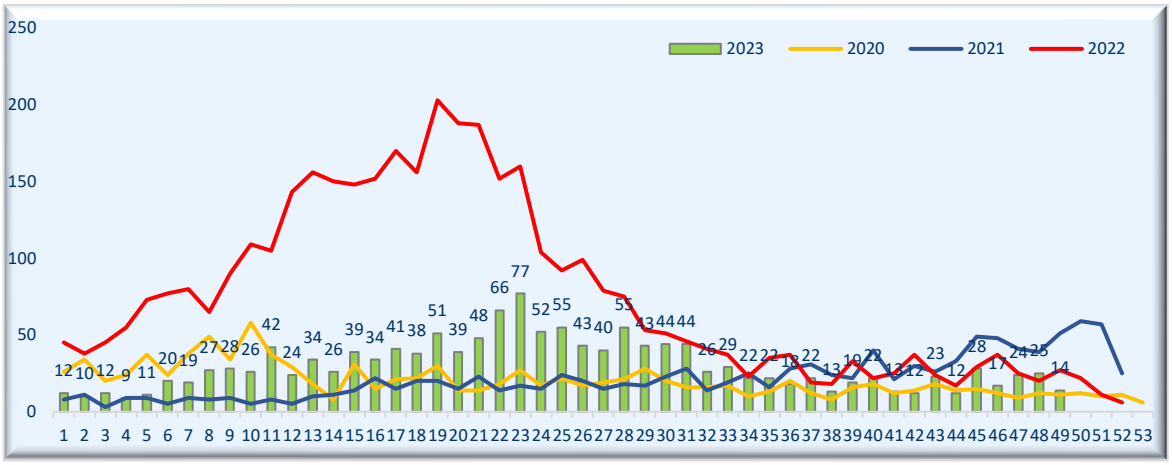
Fuente: Sivigila Casanare 2014 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Figura 50. Canal Endémico Dengue, Casanare 2022 corte semana epidemiológica 47.



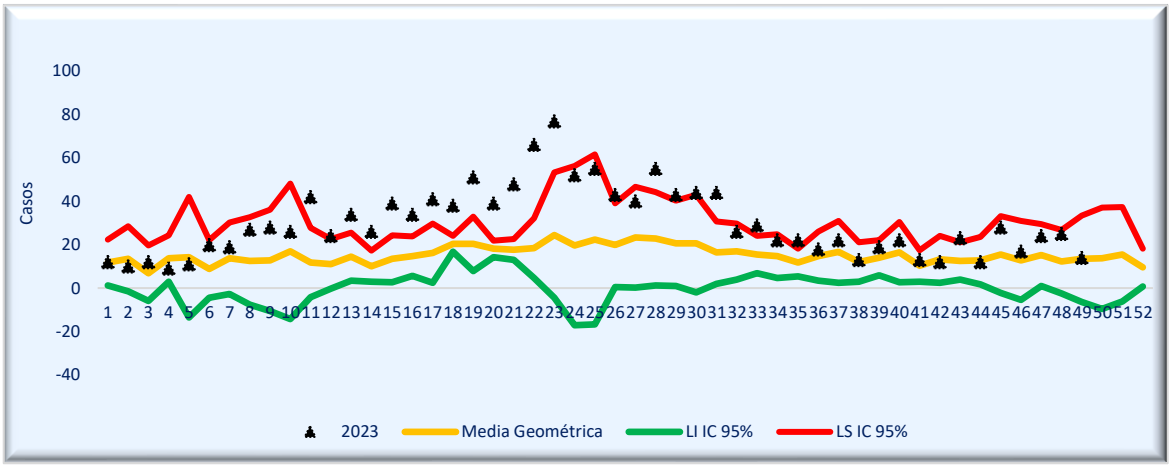
Fuente: Sivigila Casanare 2022 corte semana epidemiológica 47.

Figura 51. Casos Dengue, por semana epidemiológica Casanare, 2020-2023, corte semana epidemiológica 49.



Fuente: Sivigila Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49.

Figura 52. Canal Endémico Dengue, Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49.



Fuente: Sivigila Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49.

7.1.3.4.2 Violencia de género, intrafamiliar y sexual.

La violencia de género y, entre ellas, las violencias sexuales son una violación sistemática y masiva de derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual. Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado, un marco normativo nacional para el

abordaje integral y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias.

En el departamento de Casanare durante el periodo del 2016 al 2022 se han notificado 19.433 casos de violencias de género e intrafamiliar, a través de los sistemas de vigilancia en salud pública (SIVIGILA – Evento 875) y el subsistema de información SIVIM. Según los datos registrados en el departamento el 50% de los casos de violencia de género e intrafamiliar se registraron en el municipio de Yopal representados en 9.656, seguido por Aguazul con un 9% y Villanueva y Paz de Ariporo con el 7% cada uno. Esta información es congruente con la tasa poblacional de los municipios antes mencionados. (Figura 53 y Tabla 115).

La Tasa por 100.000 habitantes durante el 2016 en el departamento fue de 967.40, evidenciado que municipios como Támara (1958.76), Sabanalarga (1360.16), Yopal (1339.99), San Luís de Palenque (1073.69) y Tauramena (1044.55) estuvieron por encima de la media departamental. En el año 2017 Casanare registró una tasa de 806,79 encontrando por encima de esta a los municipios de La Salina (2102.97), Támara (1834.60), Nunchía (1061.99), Aguazul (983.15) y Yopal (993.24). Los municipios de San Luís de Palenque (1027.64), Yopal (996.84) y Villanueva (793.09) en el trascurso del 2018 se ubicaron por encima de la media departamental que fue de 711.76. (Figura 54) y (Tabla 116).

Para el 2019 Casanare obtuvo una tasa de 554.87 siendo los municipios San Luís de Palenque (1121.99), Támara (749.51), Maní (737.37), Villanueva (726.40), Nunchía (652.32), Pore (624.95), Yopal (603.08) los registrados por encima de la tasa departamental. Durante el 2020 se registró una tasa del departamento de 525.51, evidenciando por encima de esta a los municipios de San Luís de Palenque (1018,45), seguido por Maní (755.88), Aguazul (702.45), Pore (638.53), Támara (578.65), Yopal (569.54) y Nunchía (562.38). En el 2021 la tasa departamental presentada fue de 512.25, ubicando por encima de esta a municipios como Maní (822.74), San Luís de Palenque (807.31), Yopal (610.52) y Orocué (540.41). Para la semana epidemiológica No. 47 del año 2022 el departamento muestra una tasa de 518.92 situando arriba de la misma a los municipios de Orocué (708.12), Támara (704.65), Yopal (638.18), Pore (579.69) y Maní (563.79). (Tabla 115 y Figura 54).

De acuerdo con las cifras anteriores el municipio de Yopal mantuvo la tasa por 100.000 habitantes por encima de la departamental durante todo el periodo comprendido 2016 al 2022, además de la capital municipios como Támara, Maní, San Luís de Palenque, reportan tasas superiores en el curso de varias vigencias, se observa un comportamiento similar para el municipio de Maní en los años 2019, 2020, 2021 y 2022; de igual forma el municipio de Orocué incremento sus tasas en los años 2021 y 2022. (Tabla 115).

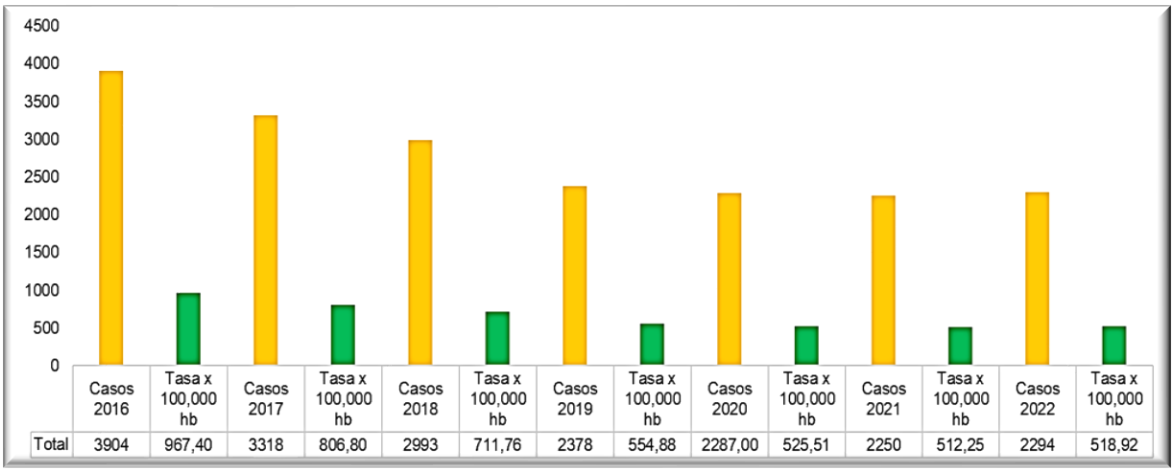
Tabla 115. Tasa de incidencia de Violencia de genero intrafamiliar y sexual, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Municipio	Año 2016	Año 2016	Año 2017	Año 2017	Año 2018	Año 2018	Año 2019	Año 2019	Año 2020	Año 2020	Año 2021	Año 2021	Año 2022	Año 2022	Total
	Casos	Tasa x 100,000 hb	Casos	Tasa x 100,000 hb	Casos	Tasa x 100,000 hb	Casos	Tasa x 100,000 hb	Casos	Tasa x 100,000 hb	Casos	Tasa x 100,000 hb	Casos	Tasa x 100,000 hb	
Yopal	2154	1339,99	1517	923,34	1679	996,84	1047	603,08	1012	569,54	1095	610,52	1152	638,18	9656
Aguazul	330	928,74	356	983,15	188	509,28	157	418,52	267	702,45	186	484,88	184	476,60	1668
Paz de ariporo	242	695,60	276	777,86	241	664,33	167	453,05	146	390,93	178	472,27	144	379,62	1394
Tauramena	234	1044,55	154	671,14	74	314,53	84	343,63	124	492,59	122	480,13	102	398,86	894
Villanueva	170	504,29	246	712,77	280	793,09	260	726,40	174	480,88	135	369,69	141	383,65	1406
Tamara	133	1958,76	126	1834,60	66	960,28	50	749,51	38	578,65	26	392,33	47	704,65	486
San luis de palenque	88	1073,69	61	733,17	87	1027,64	94	1121,99	85	1018,45	68	807,31	43	507,25	526
Pore	87	752,40	54	460,12	55	459,60	75	624,95	77	638,53	61	501,23	71	579,69	480
Nunchia	78	911,64	92	1061,99	53	600,50	57	652,32	49	562,38	28	318,44	29	327,68	386
Trinidad	73	571,25	56	431,83	66	498,75	53	397,00	35	260,24	22	162,09	27	197,66	332
Orocue	70	597,58	84	698,31	44	356,56	46	367,59	47	371,48	69	540,41	91	708,12	451
Mani	56	335,75	111	659,65	36	209,17	128	737,37	132	755,88	145	822,74	100	563,79	708
Monterrey	55	326,08	75	438,78	29	165,36	71	398,94	30	166,58	62	341,13	86	470,15	408
Hato corozal	54	449,06	48	395,09	79	640,82	46	376,96	34	280,81	24	196,42	42	341,52	327
Sabanalarga	48	1360,16	14	392,60	4	110,34	13	362,82	17	476,32	13	360,91	18	496,55	127
Chameza	12	473,75	13	523,35	3	120,00	13	505,64	10	379,65	4	150,43	4	149,48	59
La salina	10	710,23	29	2102,97		0,00	5	361,01	3	219,14	1	72,36	5	359,71	53
Recetor	8	467,02	1	59,63	5	306,00	8	465,66	5	278,40	5	275,79	5	273,97	37
Sacama	2	99,01	5	243,90	4	191,39	4	192,96	2	97,13	6	288,74	3	143,47	26
Total	3904	967,40	3318	806,80	2993	711,76	2378	554,88	2287	525,51	2250	512,25	2294	518,92	19424

Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Según la notificación de SIVIGILA y el SIVIM evidenciaron una disminución de los casos de Violencia de Género e Intrafamiliar, en los periodos de 2020 y 2021, por la que se determina varios factores asociados a la disminución de los casos; el primero relacionado con la actualización conceptual de la ficha que modifico los criterios de las modalidades de violencia, específicamente el relacionado con negligencia y abandono que limito los casos notificados por este evento, el segundo factor influyente y asociado al decremento de la tasa frente a años anteriores es la presencia de la emergencia sanitaria por COVID 19 (aplica para 2020 y 2021) donde medidas restrictivas de confinamiento causaron situaciones de aislamiento social, lo que no permitió que en muchos casos las víctimas se contactaran, buscaran ayuda o pusieran en evidencia la violencia ante las autoridades competentes. (Figura 54)

Figura 53. Tasa de incidencia de Violencia de genero intrafamiliar y sexual, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

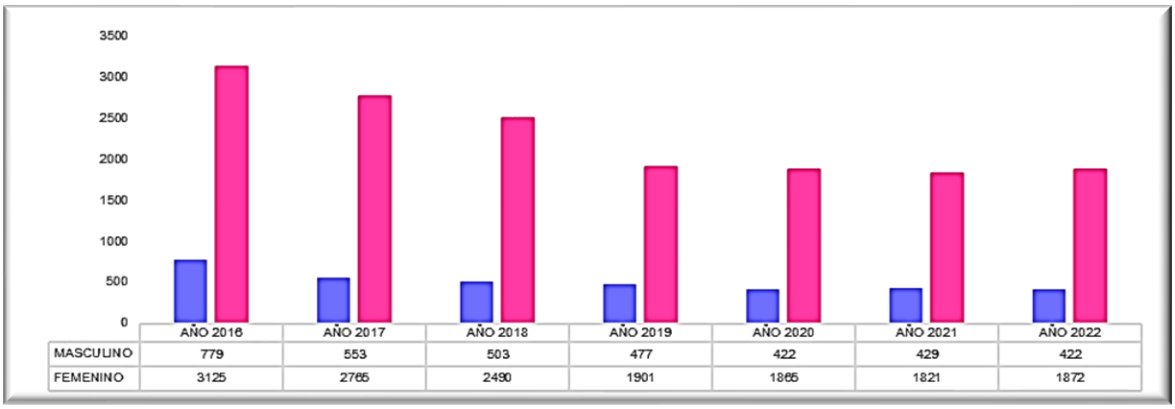


	Casos 2016	Tasa x 100,000 hb	Casos 2017	Tasa x 100,000 hb	Casos 2018	Tasa x 100,000 hb	Casos 2019	Tasa x 100,000 hb	Casos 2020	Tasa x 100,000 hb	Casos 2021	Tasa x 100,000 hb	Casos 2022	Tasa x 100,000 hb
Total	3904	967,40	3318	806,80	2993	711,76	2378	554,88	2287,00	525,51	2250	512,25	2294	518,92

Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Los casos notificados de acuerdo con el sexo de la víctima, el número de mujeres es considerablemente más alto que el de los hombres con un 82% del total de casos, siendo una constante durante el periodo comprendido entre los años 2016 a 2022 (Figura 54).

Figura 54. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, por sexo, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



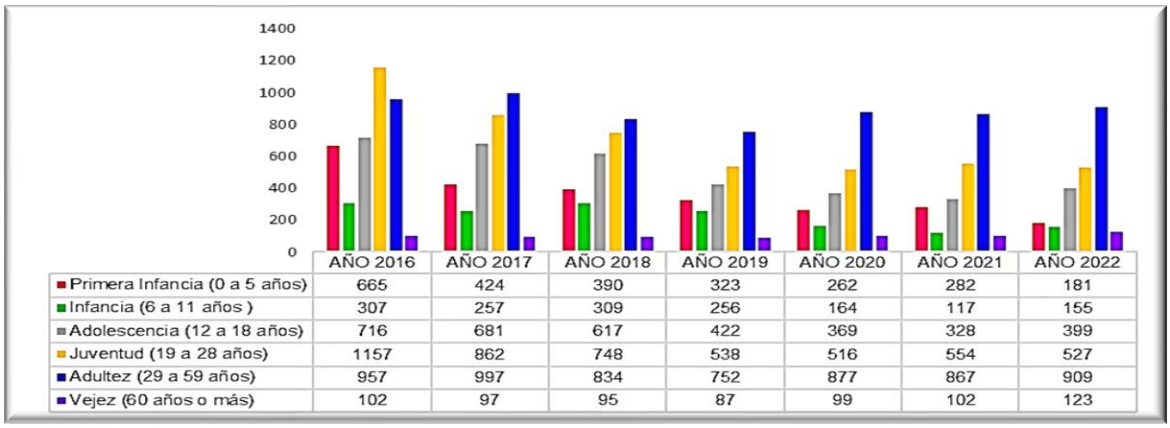
	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022
MASCULINO	779	553	503	477	422	429	422
FEMENINO	3125	2765	2490	1901	1865	1821	1872

Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

De acuerdo al curso de vida, es preciso mencionar que excepto en el año 2016, la población más afectada han sido los adultos, seguido de la juventud y la adolescencia. Durante el año 2016 la etapa de curso de vida correspondiente a Juventud presentó el mayor número de casos, sin embargo, durante los años 2019 y 2020 este disminuyó considerablemente presentando un leve aumento para los años 2021 y 2022. De igual forma respecto a las víctimas adolescentes se evidencia un comportamiento similar con un ligero incremento en el año 2022. Referente al grupo de víctimas de la etapa de curso de vida perteneciente a la primera infancia los casos notificados al igual que las anteriores etapas disminuyó, mostrando un pico en el 2016 de 225 casos y un descenso en el 2022 de 181 casos.

La etapa por curso de vida de adultez muestra una constante en todos los periodos en donde el 2017 fue el año con mayor número de casos. Es importante mencionar que son los grupos de juventud y adultez los más afectados respecto a la violencia de género e intrafamiliar, siendo las mujeres las más vulnerables. (Figura 55).

Figura 55. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, por curso de vida, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



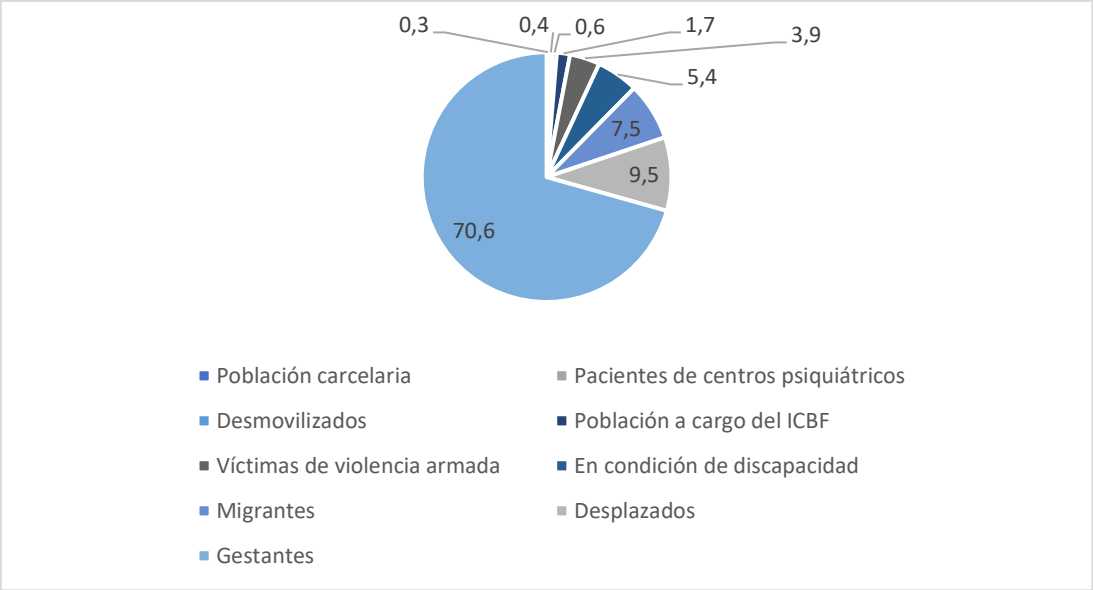
	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022
Primera Infancia (0 a 5 años)	665	424	390	323	262	282	181
Infancia (6 a 11 años)	307	257	309	256	164	117	155
Adolescencia (12 a 18 años)	716	681	617	422	369	328	399
Juventud (19 a 28 años)	1157	862	748	538	516	554	527
Adultez (29 a 59 años)	957	997	834	752	877	867	909
Vejez (60 años o más)	102	97	95	87	99	102	123

Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

De los 19.433 casos notificados durante el periodo de 2016 a 2022, el 18% de los casos corresponde a población vulnerable, de los cuales el 71% corresponde a mujeres en estado de gestación seguido por un 10% de personas desplazadas, un 7% de población migrante y un 5% de personas en condición de discapacidad.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud en su documento "*Violencia en Gestantes en Colombia*: *evidencias de la vigilancia de la violencia de género, 2012 - 2017*, menciona que la violencia produce múltiples problemas de salud a nivel individual y colectivo. En las gestantes este evento es más impactante por las consecuencias que genera, no sólo para la embarazada, sino para el feto o recién nacido. Y para ese periodo el departamento de Casanare mantiene una de las tasas más altas de violencia en gestantes a nivel país (Cortés, 2018) (Figura 56).

Figura 56. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según grupos poblacionales vulnerables, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

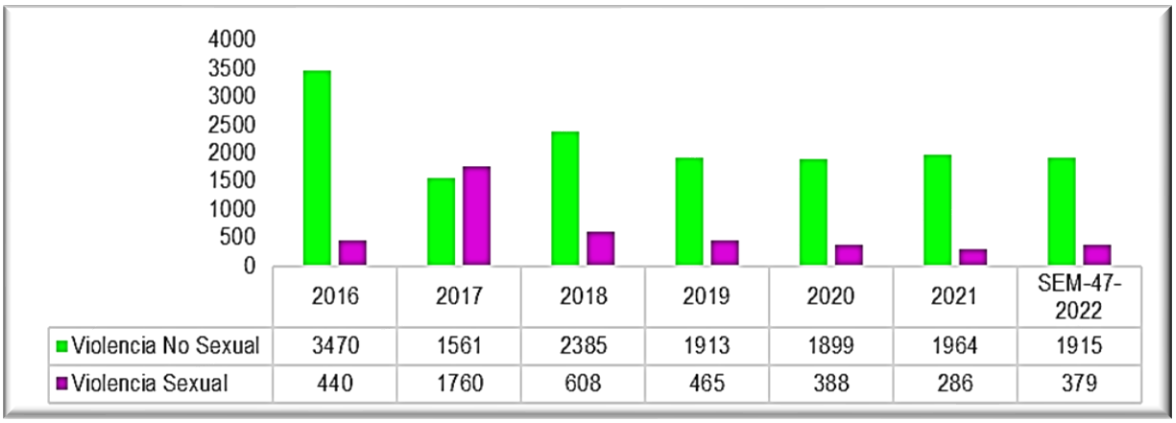


Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Las fichas de notificación tanto del SIVIGILA como del SIVIM caracterizan la violencia de género e intrafamiliar de acuerdo con su naturaleza en Violencia No Sexual y Violencia Sexual. Para el periodo 2016 – 2022 el 78% de los casos notificados corresponden a violencia no sexual y el 22 % de los casos a violencias sexuales, es importante mencionar que se observa un incremento de las violencias sexuales en el año 2017 el cual supera en número a las violencias no sexuales. (Figura 58).

Las violencias no sexuales se clasifican en tres modalidades: violencia física, psicológica y negligencia o abandono. La violencia física entendida como cualquier acto de agresión, mediante el uso de la fuerza que ocasione daños físicos internos o externos a las personas (golpes, empujones, sacudidas, o agresiones con líquidos o sustancias corrosivas). La violencia psicológica considerada como toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de cualquier conducta que implique perjuicio, afectaciones en la salud psicológica, mental, la autodeterminación, la percepción de sí mismo o el desarrollo personal. Y la negligencia o abandono que son aquellas acciones u omisiones intencionales realizadas por parte de quienes son responsables del cuidado de niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad cuando no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, como: salud, protección, educación, nutrición, recreación, soporte emocional e higiene.

Figura 57. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según la naturaleza, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	SEM-47-2022
Violencia No Sexual	3470	1561	2385	1913	1899	1964	1915
Violencia Sexual	440	1760	608	465	388	286	379

Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Durante el periodo 2016 a 2022 la naturaleza de violencia no sexual con mayor número de casos es la violencia física con 6758 (43.5%), para este tipo de violencia los reportes más altos se dieron en el año 2016, 2020, 2021 y 2022. Seguida por Negligencia o abandono con 5011 (33.2%) de los casos notificados y la violencia con menor número de notificaciones es la violencia psicológica con 3518 (23.3%) reportes. No obstante, es importante mencionar que tanto la violencia física como la negligencia y abandono tienen un impacto psicológico y emocional en la víctima. (Figura 58).

7.1.3.4.2.1 Respecto a la Violencia Sexual esta se clasifica en varias modalidades como son:

Acoso sexual considerado como todo hostigamiento con contenidos y fines sexuales ejercido de forma unidireccional que genera malestar a la persona.

El Acceso carnal que se entiende como la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral y/o la penetración vaginal o anal con cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto mediante cualquier mecanismo que anule o limite la voluntad.

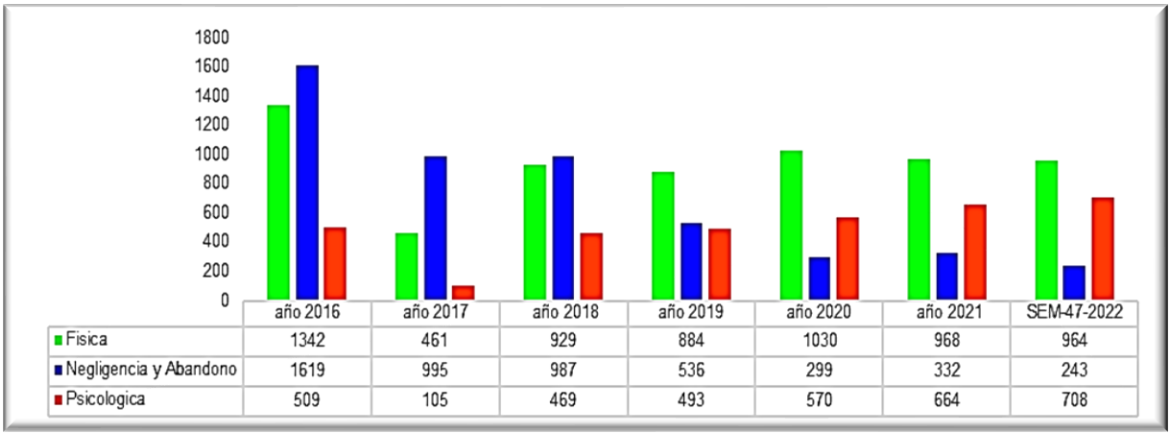
La Explotación sexual es definida como toda acción o comportamiento en el que se induce, constriñe u obliga a una persona a realizar cualquier acto sexual para conseguir u obtener algún provecho económico o de otra índole para sí mismo o para un tercero.

La Trata de personas que es todo acto por medio del cual las personas son comercializadas como objetos para satisfacer mercados de explotación sexual y laboral mediante la captación, el traslado, el recibir y acoger a la persona víctima.

Los Actos sexuales considerados como toda acción o comportamiento sexual diferente al acceso carnal que se realiza en presencia de otra persona, o que incluye tocamientos e inducción a observar contenidos sexuales.
Otras violencias sexuales como son: la esclavitud sexual, planificación forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, aborto forzado, desnudez forzada, etc.

La mutilación genital que comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos, así como otras lesiones de los órganos genitales por motivos no médicos.

Figura 58. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según modalidad de la violencia, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

El acceso carnal representa el 85.8% (3.711) de los casos, seguido por actos sexuales con un 7.6% (330), acoso sexual 5.3% (230), otros actos sexuales 0.9% (37), explotación sexual 0.3% (17) (Tabla 116).

Tabla 116. Violencia de genero intrafamiliar y sexual, según modalidad de la violencia, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Modalidad de la violencia no sexual	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	SEM-47-2022	Total
Acceso Carnal	400	1738	515	382	277	199	200	3711
Actos Sexuales	6	1	36	33	65	56	133	330
Acoso Sexual	32	17	46	45	35	24	31	230
Otros Actos Sexuales	0	3	5	4	7	6	12	37
Explotación Sexual	1	0	6	1	4	0	3	15
Trata De Personas	0	1	0	0	0	1	0	2
Violencia Sexual En Conflicto Armado	1	0	0	0	0	0	0	1
Casanare	440	1760	608	465	388	286	379	4326

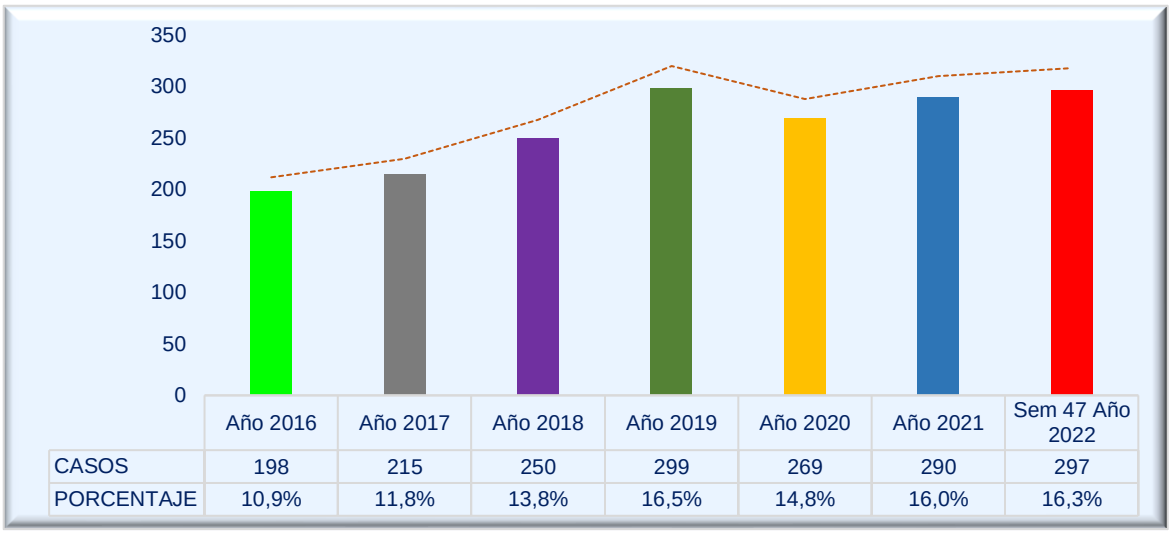
Fuente: Sivigila – SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

7.1.3.5 Intento de Suicidio.

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general.

La Secretaria de salud departamental realiza monitoreo y vigilancia del Intento de Suicidio a través del evento 356. Para el periodo correspondiente a los años 2016 – 2020 el departamento notifico 1.817 intentos de suicidio, el año con mayor número de notificaciones es el 2019 con un total de 299 casos (16,5%), seguido por el año 2022 con 297 (16,3%) con corte a la semana epidemiológica No. 47, por lo que está sujeto a modificaciones por nuevos casos que pueden ser reportados hasta la semana 52 de dicha vigencia. En el 2021 se notificaron 291 casos (16,0%), porcentajes similares para estos tres periodos (2019-2021-2022) (Figura 59).

Figura 59. Notificación de Intento de suicidio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Sem 47 Año 2022
CASOS	198	215	250	299	269	290	297
PORCENTAJE	10,9%	11,8%	13,8%	16,5%	14,8%	16,0%	16,3%

Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Para el periodo del año 2016 al 2022 el municipio que tiene mayor reporte es Yopal con 936 casos reportados (51,5%), seguido por Aguazul con 159 casos (8,8%), Paz de Ariporo con 148 (8,1%), Villanueva con 131 (7,2%) y Tauramena con 111 (6,1%) (Tabla 117).

Tabla 117. Notificación de Intento de suicidio, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Municipio De Procedencia	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Sem 47 Año 2022	Total
Aguazul	16	19	21	31	26	20	26	159
Chámeza	0	3	0	0	0	3	1	7
Hato Corozal	1	3	8	4	5	5	6	32
La Salina	0	0	2	0	1	0	1	4
Maní	5	7	11	12	4	5	5	49
Monterrey	7	9	3	8	5	6	4	42
Nunchía	3	3	3	6	8	3	6	32
Orocué	6	4	5	7	9	5	4	40
Paz De Ariporo	25	11	21	21	19	31	20	148

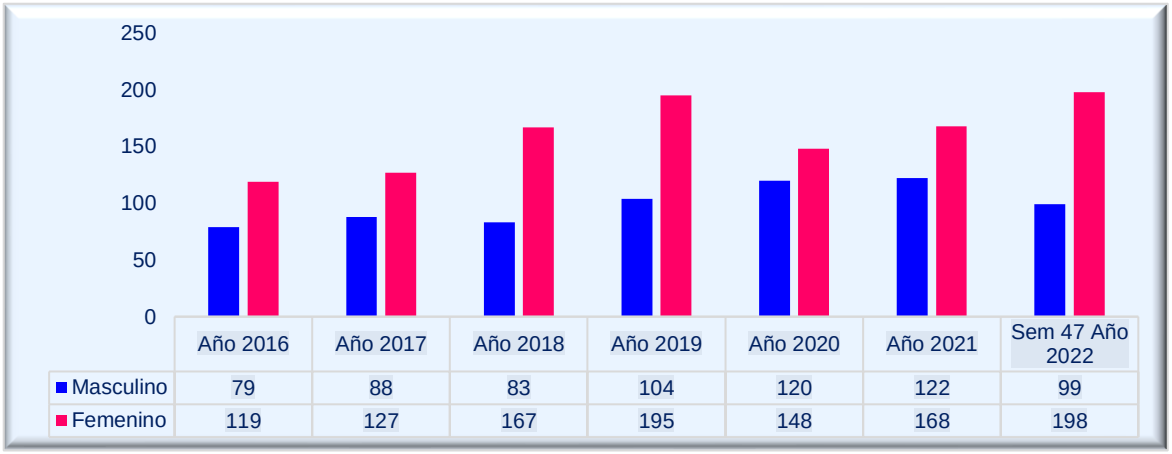
Municipio De Procedencia	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Sem 47 Año 2022	Total
Pore	1	5	5	4	10	3	6	34
Recetor	1	0	0	2	1	0	1	5
Sabanalarga	0	0	1	0	1	0	5	7
Sácama	0	0	1	0	2	1	1	5
San Luís de Palenque	2	1	6	4	3	0	4	20
Támara	1	2	2	2	1	5	5	18
Tauramena	12	21	14	20	13	15	16	111
Trinidad	1	3	3	5	6	11	6	35
Villanueva	17	10	23	28	15	18	20	131
Yopal	99	113	121	145	139	159	160	936
* Casanare. Municipio Desconocido	1	1	0	0	0	0	0	2
Total	198	215	250	299	268	290	297	1817

Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

La caracterización epidemiológica del suicidio consumado a nivel mundial muestra que en casi todos los países los hombres tienen tasas más elevadas que las mujeres. Como tendencia, aunque las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los llevados a cabo por los hombres tienen una mayor letalidad.

El comportamiento epidemiológico del evento en Casanare es similar al del país y al de otros lugares del mundo, al menos en lo que respecta a los intentos de suicidio, como se observa en la grafico anterior durante el periodo comprendido entre los años 2016 a 2022 se han intentado suicidar en el departamento 1122 mujeres (61,8%) y 695 hombres (38,2%), evidenciando las cifras más altas en el año 2019 y en lo corrido del 2022 (Figura 60).

Figura 60. Notificación de Intento de suicidio, por sexo de la víctima, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Sem 47 Año 2022
Masculino	79	88	83	104	120	122	99
Femenino	119	127	167	195	148	168	198

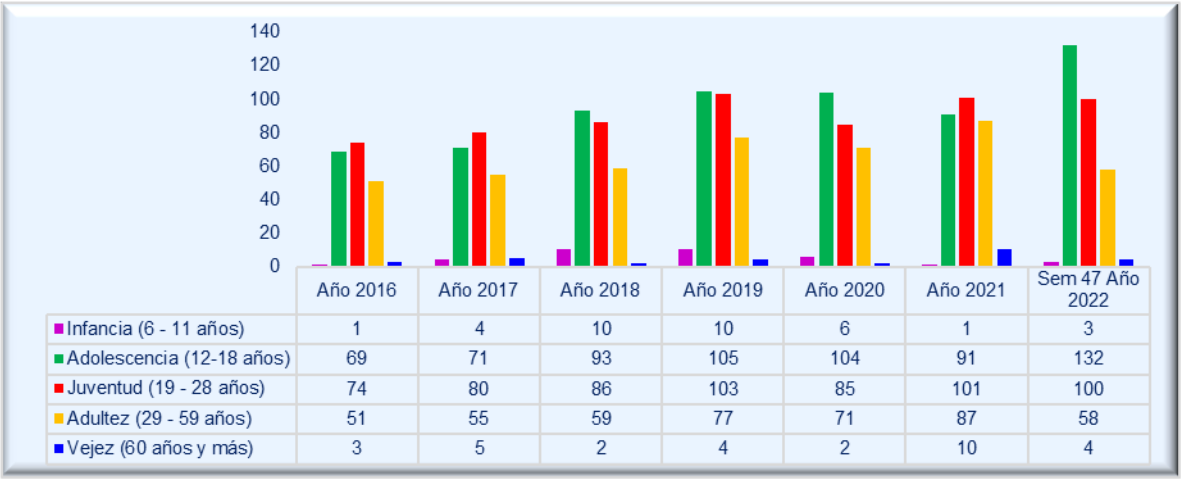
Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Teniendo en cuenta la gráfica siguiente se observa que el mayor número de casos notificados se ubican en la etapa de ciclo de vida correspondiente a Adolescencia con 665 casos notificados con una carga porcentual del 36.6% del total de reportes para el periodo 2016 a 2022, el siguiente grupo afectado por este evento es el de Juventud con 629 casos (34.6%), a continuación, está la etapa de la Adultez con 458 casos (25,2%) (Figura 61).

Respecto a lo anterior la adolescencia como el grupo poblacional más vulnerable ante este fenómeno (según la notificación del evento en el departamento) se determina que son múltiples los factores que afectan su estabilidad y específicamente su salud mental esto debido a características propias de la etapa evolutiva por la que transitan y en consecuencia situaciones asociadas por ejemplo con inadecuadas pautas de crianza, ausencia física o emocional por parte de padres o cuidadores, a débiles habilidades de afrontamiento, falta de control de impulsos, o posibles trastornos mentales (en la mayoría de casos sin diagnostico), entre otras.

A pesar que el porcentaje de casos en menores que integran el grupo poblacional de primera infancia solo representa el 1.9% del total de notificaciones realizadas durante los años del 2016 al 2020, no puede ser subestimado y debe ser considerado como una alerta temprana para el departamento no solo porque en años como el 2018 y el 2019 el porcentaje de casos oscilan entre el 3% y 4% del total de notificaciones realizadas en este periodo, sino por el alcance, impacto y efectos que puede tener que niños de 6 a 11 años se estén autolesionando. Lo anterior conlleva a que las entidades designadas para proteger y atender a la niñez generen estrategias y programas desde las políticas públicas existentes y desde el marco de sus competencias para prevenir y detectar tempranamente los riesgos asociados a estas situaciones (Figura 61).

Figura 61. Notificación de Intento de suicidio, por curso de vida, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Sem 47 Año 2022
Infancia (6 - 11 años)	1	4	10	10	6	1	3
Adolescencia (12-18 años)	69	71	93	105	104	91	132
Juventud (19 - 28 años)	74	80	86	103	85	101	100
Adultez (29 - 59 años)	51	55	59	77	71	87	58
Vejez (60 años y más)	3	5	2	4	2	10	4

Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

La Tasa por 100.000 habitantes durante el 2016 en el departamento fue de 49.06, evidenciado que municipios como Paz de Ariporo (71.86), Yopal (61.59), Recetor (58.38), Tauramena (53.57), Orocué (51.22) y Villanueva (50.43) estuvieron por encima de la media departamental. En el año 2017 Casanare registró una tasa de 52.28 encontrando por encima de esta a los municipios de Chámeza (120.77), Tauramena (91.52), Yopal (68.78), Monterrey (52.65) y Aguazul (52.47). Los municipios de La Salina (141.14), San Luís de Palenque (70.87), Villanueva (65.15), Yopal (71.84), Hato Corozal (64.89) Maní (63.91) y Tauramena (59.51) en el trascurso del 2018 se ubicaron por encima de la media departamental que fue de 59.45 (Tabla 118).

Para el 2019 Casanare obtuvo una tasa de 69.77 siendo los municipios Recetor (116.41), Tauramena (81.82), Aguazul (82.64), Yopal (83.52) y Villanueva (78.23) los registrados por encima de la tasa departamental. Durante el 2020 se registró una tasa del departamento de 61.58, evidenciando por encima de esta a los municipios de Sácama (97.13) seguido por Nunchía (91.82), Pore (82.93), Yopal (78.23), La Salina (73.05), Orocué (71.13) y Aguazul (92.08). En el 2021 la tasa departamental presentada fue de 66.02, ubicando por encima de esta a municipios como Chámeza (112.82), Yopal (88.65). Paz de Ariporo (82.25) y Trinidad (81.04), Támara (75.45) (Tabla 118).

Para la semana epidemiológica No. 47 del año 2022 el departamento muestra una tasa de 63.18 situando arriba de la misma a los municipios de Sabanalarga (137.93), Yopal (88.64), Támara (74.96), La Salina (71.94), Nunchía (67.80), y Aguazul (67.35) (Tabla 118).

De acuerdo con las cifras anteriores el municipio de Yopal mantuvo la tasa por 100.000 habitantes por encima de la departamental durante todo el periodo comprendido 2016 al 2022, además de la capital municipios como Tauramena, Aguazul, Villanueva y La Salina reportan tasas superiores en el curso de varias vigencias (Tabla 118).

Además, es relevante observar y analizar los datos reportados durante los años 2019, 2020, 2021, y 2022, que se relacionan con el antes, durante y después de la aparición del COVID 19. Lo que se puede considerar un factor de riesgo relacionado con el incremento de las conductas suicidas específicamente con los intentos de suicidio donde toma relevancia el impacto de los efectos, consecuencias y secuelas de la emergencia sanitaria. Las diferentes organizaciones que monitorean la salud mental a nivel nacional e internacional han alertado sobre los dichos efectos en la salud mental de la población y se había previsto un aumento de las tasas de conductas suicidas en el mundo.

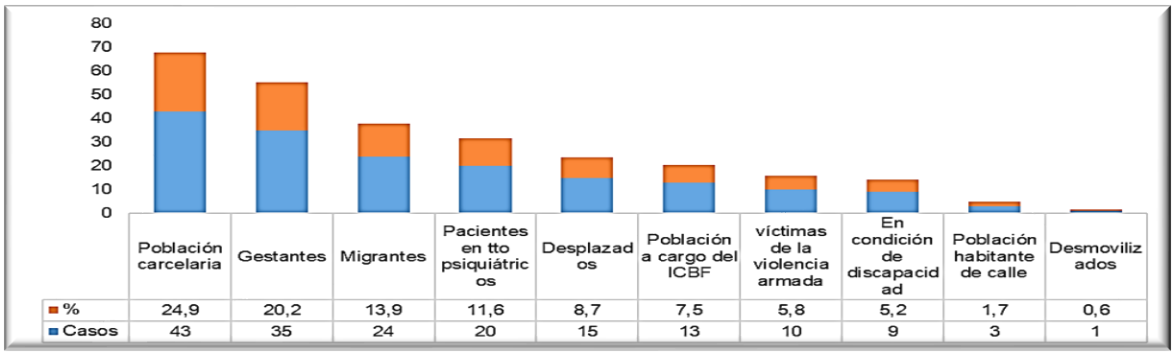
Tabla 118. Tasa de Intento de suicidio, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Municipio De Procedencia	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
	TASA x 100.000 HAB						
Aguazul	45,03	52,47	56,89	82,64	68,40	52,14	67,35
Chámeza	0,00	120,77	0,00	0,00	0,00	112,82	37,37
Hato Corozal	8,32	24,69	64,89	32,78	41,30	40,92	48,79
La Salina	0,00	0,00	141,14	0,00	73,05	0,00	71,94
maní	29,98	41,60	63,91	69,13	22,91	28,37	28,19
Monterrey	41,50	52,65	17,11	44,95	27,76	33,01	21,87
Nunchía	35,06	34,63	33,99	68,67	91,82	34,12	67,80
Orocué	51,22	33,25	40,52	55,94	71,13	39,16	31,13
Paz De Ariporo	71,86	31,00	57,89	56,97	50,87	82,25	52,72
Pore	8,65	42,60	41,78	33,33	82,93	24,65	48,99
Recetor	58,38	0,00	0,00	116,41	55,68	0,00	54,79
Sabanalarga	0,00	0,00	27,59	0,00	28,02	0,00	137,93
Sácama	0,00	0,00	47,85	0,00	97,13	48,12	47,82
San Luís de Palenque	24,40	12,02	70,87	47,74	35,95	0,00	47,19
Támara	14,73	29,12	29,10	29,98	15,23	75,45	74,96
Tauramena	53,57	91,52	59,51	81,82	51,64	59,03	62,57
Trinidad	7,83	23,13	22,67	37,45	44,61	81,04	43,92
Villanueva	50,43	28,97	65,15	78,23	41,45	49,29	54,42
Yopal	61,59	68,78	71,84	83,52	78,23	88,65	88,64
Casanare	49,06	52,28	59,45	69,77	61,58	66,02	67,18

Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

De los 1.817 casos notificados durante el periodo de 2016 a 2022, el 10% de los casos corresponde a población vulnerable, de los cuales el 24,9% corresponde a población carcelaria, seguido por un 20.2% de mujeres en estado de gestación, un 13.9% de población migrante, un 11,6% de pacientes en tratamiento psiquiátrico, 8,7% de personas desplazadas y 8,5% de personas a cargo del ICBF y en menor proporción también se reportaron casos de víctimas de la violencia armada, discapacidad población habitante de calle, desmovilizados, entre otros (Figura 62).

Figura 62. Intento de suicidio, según grupo poblacional vulnerable, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Los conflictos de pareja o expareja (51,1%), los problemas económicos (12,2%), el maltrato físico, psicológico o sexual (11,4%) y los problemas escolares (7,8%) son los principales factores desencadenantes del intento de suicidio de acuerdo con los datos reportados del año 2016 a 2022 (Tabla 119).

Tabla 119. Intento de suicidio, según factor desencadenante, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Factores Desencadenantes	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Total
Conflicto de pareja	65,60%	53,70%	45,70%	50,00%	53,00%	51,20%	46,50%	51,10%
Problemas económicos	0,00%	15,30%	15,10%	12,30%	13,50%	15,00%	9,10%	12,20%
Maltrato físico, psicológico o sexual	0,00%	8,50%	15,50%	15,10%	13,50%	10,60%	9,60%	11,40%
Problemas Escolares /educativos	0,00%	7,90%	11,20%	7,20%	3,50%	5,10%	16,50%	7,80%
Problemas legales o jurídicos	31,30%	5,60%	0,80%	2,70%	2,20%	2,80%	3,50%	5,20%
Muerte de un familiar	0,80%	2,80%	6,60%	3,40%	6,10%	4,70%	9,10%	5,10%
Problemas laborales	0,00%	2,80%	1,90%	5,80%	5,20%	4,70%	3,00%	3,70%
Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	2,30%	3,40%	2,30%	2,40%	2,60%	5,10%	1,70%	2,90%
Suicidio de un familiar	0,00%	0,00%	0,80%	1,00%	0,40%	0,80%	0,90%	0,60%

Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Durante el periodo comprendido del 2016 a la semana epidemiológica 47 las intoxicaciones son el mecanismo utilizado en el 59,9% de los casos, seguido de arma cortopunzante en el 24,5 %, ahorcamiento en el 8,8 % y lanzamiento al vacío 2,9%. Otros mecanismos utilizados con menor frecuencia son: lanzamiento a vehículo y lanzamiento a cuerpo de agua (Tabla 120).

Tabla 120. Intento de suicidio, según grupo poblacional vulnerable, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Factores Desencadenantes	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Total
Intoxicación	73,70%	62,20%	52,50%	57,40%	60,60%	59,87%	58,30%	59,90%

Arma cortopunzante	17,40%	21,20%	28,50%	24,80%	23,70%	26,09%	26,60%	24,50%
Ahorcamiento o asfixia	6,30%	10,60%	7,60%	10,30%	9,50%	7,69%	9,00%	8,80%
Lanzamiento al vacío	1,10%	3,70%	3,00%	3,50%	2,90%	3,34%	2,60%	2,90%
Arma de fuego	0,00%	1,40%	3,00%	0,00%	2,20%	2,01%	1,00%	1,40%
Lanzamiento a vehículo	1,60%	0,50%	3,00%	1,60%	0,70%	0,67%	0,60%	1,20%
Lanzamiento a cuerpo de agua	0,00%	0,00%	1,50%	2,30%	0,40%	0,00%	1,60%	0,90%

Fuente: SIVIGILA - SIVIM, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

7.1.3.6 Consumo de sustancias psicoactivas.

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) tiene diversas consecuencias sociales y sanitarias, por lo anterior y de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social este evento se considera un asunto de salud pública que debe tener un abordaje estructural e integral a partir de intervenciones basadas en la evidencia, con lógicas humanas y fundamentadas en aspectos sociales y de derechos.

Basado en lo anterior, la secretaria de Salud Departamental con el objetivo de conocer el comportamiento de este fenómeno en su territorio crea el subsistema de información VESPA, que a través de la notificación de los 19 municipios del departamento permite monitorear, analizar y contextualizar información de consumo de SPA teniendo en cuenta variables como sexo, edad, condición de vulnerabilidad, tipo de droga, frecuencia de consumo, vías de administración, entre otras.

Durante el periodo comprendido entre los 2016 a 2022 corte semana 47, se notificaron al subsistema de información VESPA 3.480 casos de consumo de SPA. El año con mayor número de casos notificados fue el 2016 con 704 casos, seguido por el 2018 con 632 casos, los años con menos notificación fueron el 2020 y 2021, sin embargo, es de anotar que para la semana 47 el incremento entre 2021 y 2022 es de 10,4%.

Es importante mencionar que entre los años 2016 a 2018 se inició la implementación de dispositivos comunitarios (zonas de orientación escolar y centros de escucha) en el departamento como estrategia de promoción de la salud mental, prevención y detección temprana del consumo de SPA en los ámbitos escolares y comunitarios, lo que se reflejó en el incremento de los casos identificados por consumo.

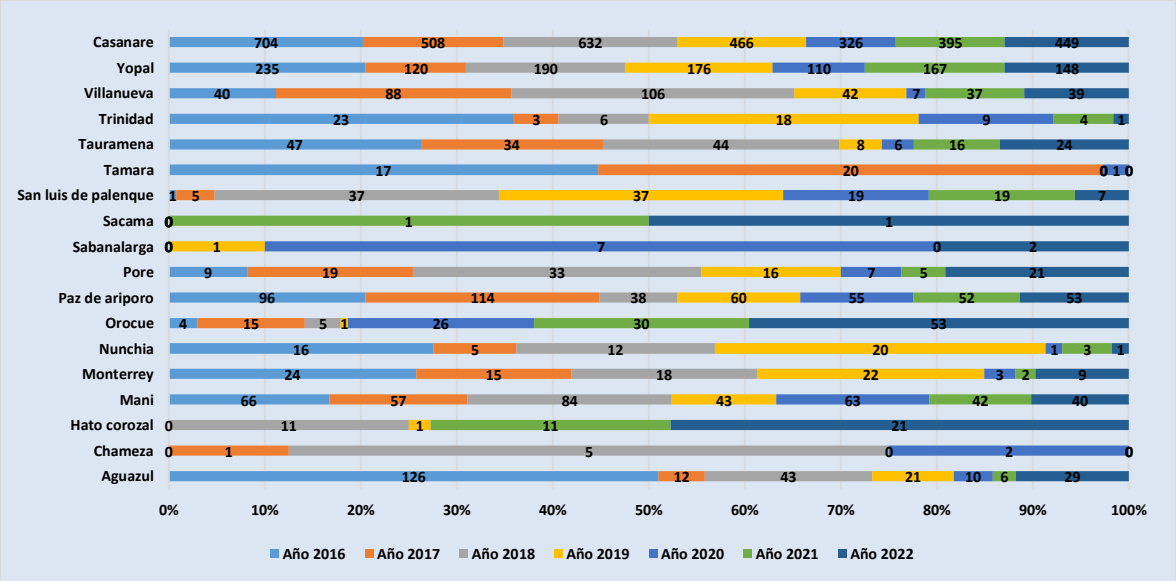
Los datos reportados durante los años 2020 y 2021 están directamente relacionados con la dificultad de notificar a causa de las medidas restrictivas derivadas por la emergencia sanitaria por COVID 19.

Los municipios con mayor número de notificación durante este periodo son: Yopal con 1146 casos representado en el 33% del total de reportes, seguido por el municipio de Paz de Ariporo con 468 casos obteniendo el 13%, Maní el 11% con 395, Villanueva el 10% con 359 y Aguazul el 7% con 247. Estos datos están acordes con la densidad poblacional de cada uno de estos municipios a excepción de Maní (Figura 63).

El consumo de SPA es una conducta comúnmente asociada (especialmente el consumo de alcohol y tabaco) a los roles que los hombres desempeñan en la sociedad, usualmente las mujeres se mantienen en niveles bajos. Sin embargo, ante la apertura del rol de las mujeres a otros espacios sociales se observa que algunos casos ellas han adquirido conductas de riesgo tradicionalmente consideradas típicamente masculinas, lo que se refleja en situaciones como el incremento del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en mujeres adolescentes y jóvenes. El 74,5 % de los casos notificados corresponden a hombres y el 25.5% a mujeres. En el periodo correspondiente a los años 2016 y 2018 se reportaron el mayor número de caso, sin embargo, el número de hombres ha disminuido, mientras que los casos notificados tienen un comportamiento constante con una tendencia leve al aumento (

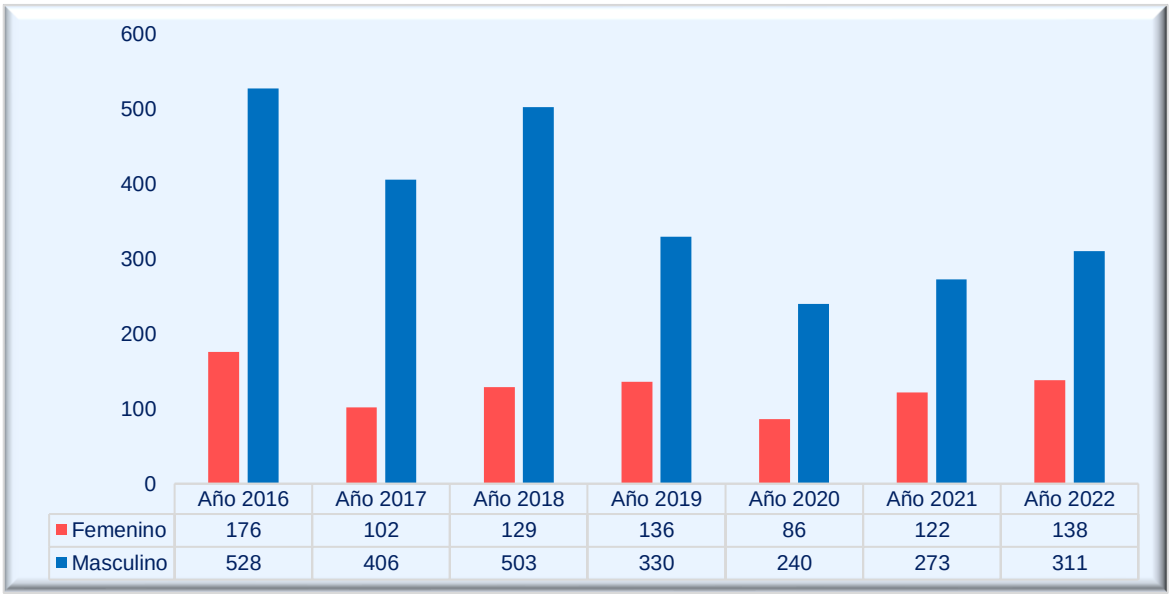
Figura 64).

Figura 63. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, por municipio, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Figura 64. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, por sexo, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Femenino	176	102	129	136	86	122	138
Masculino	528	406	503	330	240	273	311

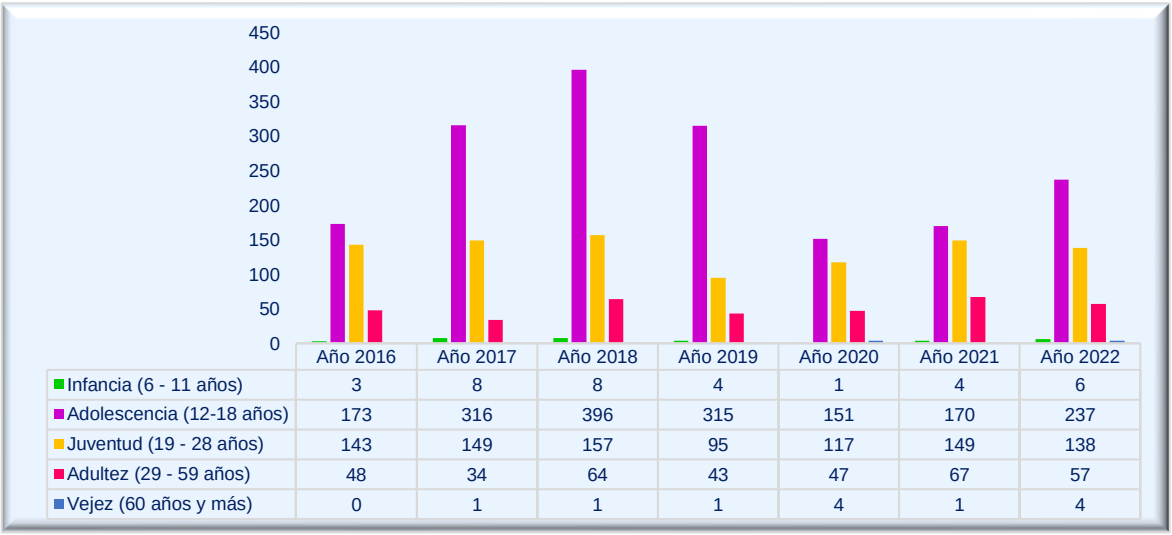
Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

El ciclo de vida correspondiente a adolescencia es la que mayor número de casos ha reportado durante el periodo de 2016 al 2022 representada en un 56,5 %, cabe anotar que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno social que afecta especialmente a esta franja de población, es una realidad con la que los adolescentes tienen que aprender a convivir, el proceso de socialización, con la familia, amigos, colegio y medios de comunicación es fundamental en la reducción del riesgo de inicio o avance a consumos de mayor impacto en esta población. La percepción de riesgo y factores de riesgo, junto al ocio y tiempo libre juegan un papel importante en la vulnerabilidad de población.

En segundo lugar, está la juventud con un 30,5%, posteriormente esta la adultez con un 11,6%. El número de casos reportados en menores de 6 a 11 años es de 34 casos notificados reflejado en un

1,1 % del total. Aunque es uno de los más bajos, se convierte en una alerta temprana para el departamento desde lo sanitario, familiar, comunitario y social por el impacto que tiene el consumo en niños y niñas en su proyecto de vida, sus entornos y su desarrollo biopsicosocial. En términos de salud mental y emocional el consumo a estas edades incrementa el riesgo generar adicciones, puede desencadenar trastornos psicológicos, aumenta el riesgo de conductas suicidas, además que aumenta la vulnerabilidad en los entornos donde interaccionan. Se observa además que los niños que consumieron (especialmente bebidas alcohólicas) lo han hecho dentro del ámbito familiar y muchos de ellos registran antecedentes familiares de consumo. (Figura 65).

Figura 65. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, por curso de vida, Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Infancia (6 - 11 años)	3	8	8	4	1	4	6
Adolescencia (12-18 años)	173	316	396	315	151	170	237
Juventud (19 - 28 años)	143	149	157	95	117	149	138
Adultez (29 - 59 años)	48	34	64	43	47	67	57
Vejez (60 años y más)	0	1	1	1	4	1	4

Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

La Tasa por 100.000 habitantes durante el 2016 en el departamento fue de 174.45, evidenciado que municipios como Maní (395.71), Aguazul (354.61), Paz de Ariporo (275.94), Támara (250.37) y Trinidad (179.98) estuvieron por encima de la media departamental. En el año 2017 Casanare registró una tasa de 123.52 encontrando por encima de esta a los municipios de Maní (338.74), Paz de Ariporo (321.29), Támara (291.21), Villanueva (254.98), Pore (161.90), Tauramena (148.17) y Orocué (141.33). Los municipios de Maní (493.87), San Luís de Palenque (437.04), Villanueva (305.91), Pore (275.76) y Tauramena (187.02) en el trascurso del 2018 se ubicaron por encima de la media departamental que fue de 150.30. (Tabla 73). Para el 2019 Casanare obtuvo una tasa de 108.74 siendo los municipios San Luís de Palenque (441.63), Maní (247.71), Nunchía (228.89), Paz de Ariporo (162.77), Trinidad (134.83), Pore (133.32), Monterrey (123.62) y Villanueva (117.34) los registrados por encima de la tasa departamental. Durante el 2020 se registró una tasa del departamento de 74.91 evidenciando por encima de esta a los municipios de Maní (360.76), seguido por San Luís de Palenque (227.65), Orocué (205.50), Sabanalarga (196.13) y Paz de Ariporo (147.27).

En el 2021 la tasa departamental presentada fue de 89.93, ubicando por encima de esta a municipios como Maní (238.31), San Luís de Palenque (225.57), Orocué (234.96), Paz de Ariporo (137.97), Villanueva (101.32) y Hato Corozal (90.02). (Tabla 73). Para la semana epidemiológica No. 47 del año 2022 el departamento muestra una tasa de 101.57 situando arriba de la misma a los municipios de Orocué (412.42), Maní (225.52), Pore (171.46), Hato Corozal (170.76), Paz de Ariporo (139.72), y Villanueva (108.84).

El municipio de Maní mantuvo la tasa por 100.000 habitantes por encima de la departamental durante todo el periodo comprendido 2016 al 2022, además de este los municipios como Paz de Ariporo, Villanueva, San Luís de Palenque, reportan tasas superiores en el curso de varias vigencias, se observa un comportamiento similar para el municipio de Orocué en los años 2020, 2021 y 2022 (Tabla 121).

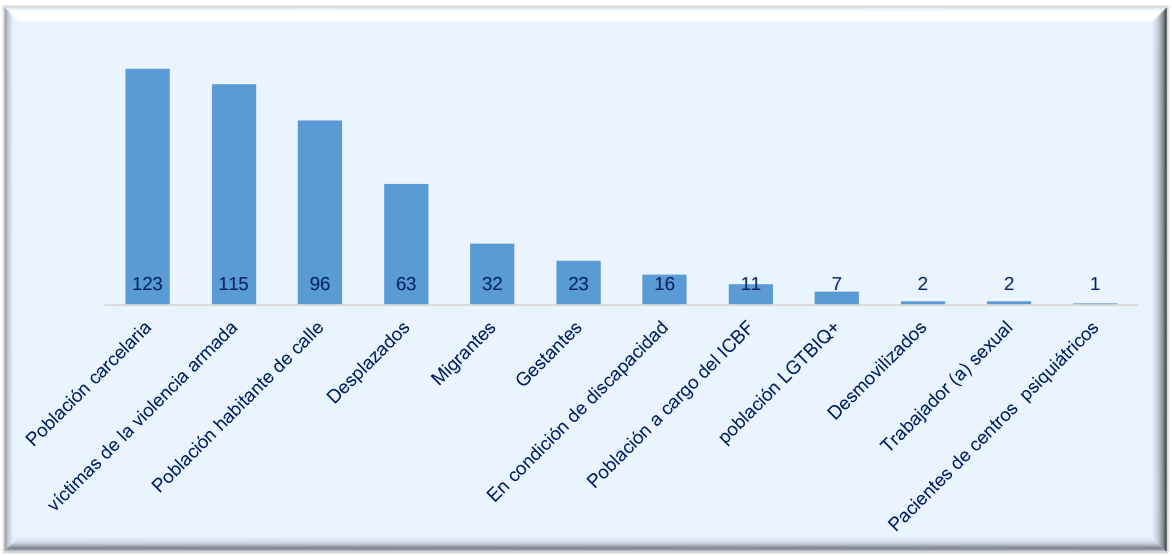
Tabla 121. Tasa de consumo de sustancias psicoactivas, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Municipio	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000
Aguazul	**354.61**	33,14	119,19	55,98	26,31	15,64	77,71
Chameza	0	40,26	80	38,9	37,97	0	0
Hato Corozal	0	0	89,23	8,19	0	**90,02**	**170,76**
Mani	**395,71**	**338,74**	**493,87**	**247,71**	**360,76**	**238,31**	**225,52**
Monterrey	142,29	87,76	102,64	**123,62**	16,66	11	49,2
Nunchia	187	57,72	135,96	**228,89**	11,48	34,12	11,3
Orocue	34.14	**141,33**	40,52	23,97	**205,5**	**203,63**	**412,42**
Paz De Ariporo	**275,94**	**315,65**	107,51	**157,35**	**149,95**	**145,93**	**139,72**
Pore	77,83	**161,9**	**275,76**	**133,32**	58,05	32,87	**171,46**
Recetor	0	0	0	0	55,68	0	0
Sabanalarga	0	0	0	27,91	**196,13**	0	55,17
Sacama	0	0	0	0	0	48,12	47,82
San Luis De Palenque	12,2	48,08	**437,04**	**441,63**	**227,65**	**225,57**	82,58
Tamara	**250,37**	**291,21**	0	0	15,23	0	0
Tauramena	209,8	**148,17**	**187,02**	32,73	23,84	62,97	86,03
Trinidad	**179,98**	23,13	52,9	**134,83**	66,92	29,47	14,64
Villanueva	118,66	**254,98**	**305,91**	**114,55**	19,35	**101,32**	**108,84**
Yopal	146,19	73,65	111,02	101,38	61,34	94,23	81,43
Total	**167,02**	**123,52**	**150,3**	**108,74**	**74,91**	**89,93**	**101,57**

Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

De los 3.480 casos notificados durante el periodo de 2016 a 2022, el 14% de los casos corresponde a población vulnerable, de los cuales el 25,1 % corresponde a población carcelaria, seguido por un 23,4% de personas privada de la libertad, un 19,6% de población habitante de calle, un 12,8 % de población desplazada, con menos porcentaje continúan poblaciones vulneradas como son los migrantes, gestantes, en condición de discapacidad, entre otros. (Figura 66).

Figura 66. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, según tipo de población vulnerable, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.



Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Según el patrón de consumo es posible medir las siguientes variables; droga de inicio, droga 2, droga 3, vías de administración, frecuencias de consumo, lugar de consumo. De los casos notificados a través del VESPA para el periodo del 2016 al 2022 se observa que la DROGA DE INICIO es la marihuana con el 48,71%, seguida por el alcohol con el 27,47 %, tabaco con el 12,86%, inhalables con 4,11%.

Al igual que la anterior, la DROGA DE NOTIFICACIÓN con mayor número de casos es la Marihuana seguida por el alcohol. Así mismo, se observa consumos de nuevas drogas en el departamento como son la heroína, sintéticas y Popper, aunque siguen predominando las drogas de tipo licito e ilícito como el alcohol y el tabaco, no obstante, la marihuana es la sustancia psicoactiva ilícita más prevalente entre los consumidores del departamento y se detecta un incremento en sustancias como la cocaína y e inhalables, por tanto, identificar las frecuencias de consumo de SPA es relevante para el departamento porque estas permiten evidenciar los posibles tipos de consumo que se están en el territorio (Tabla 122).

Tabla 122. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, según patrón de consumo, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

Droga	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Total
Marihuana	234	297	358	232	170	189	213	1693
Alcohol	201	99	148	152	87	140	128	955
Tabaco	239	61	66	24	0	28	29	447
Inhalables	9	23	20	8	32	25	26	143
Sin Identificar	5	3	15	30	28	0	23	104
Cocaína	5	2	11	11	7	7	21	64
Fármacos	1	0	0	3	1	2	5	12
Bazuco	5	15	6	0	0	1	2	29
Drogas Sintética	0	0	1	2	0	3	2	8
Bebidas Energizantes	0	1	0	0	0	0	0	1
Heroína	1	0	1	0	0	0	0	2
Hongos, Yagé O Cacao Sabanero	0	0	0	2	1	0	0	3
Popper	1	0	0	0	0	0	0	1
Tranquilizante	0	7	6	1	0	0	0	14

Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

De acuerdo con lo reportado al sistema de información VESPA durante el periodo 2016 a 2022 las frecuencias de consumo más altas se observan en consumos diarios y semanales lo que permite evidenciar la tendencia a posibles casos de consumo abusivo y adictivo de las sustancias (Tabla 123).

Tabla 123. Reporte del consumo de sustancias psicoactivas, según Tipo de Droga 1, Casanare, 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

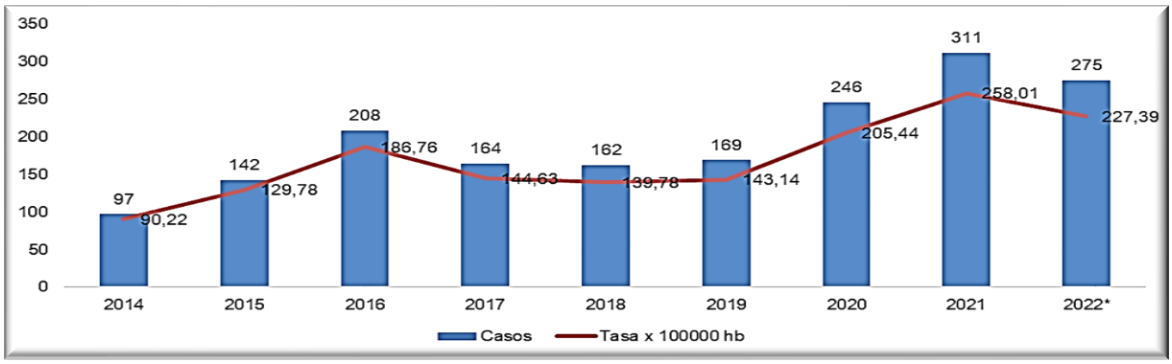
Frecuencia de uso 1	Tipo de Droga 1	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1 a 2 veces diariamente	Marihuana	10	72	66	35	55	37	35
3 a 4 veces diariamente	Marihuana	3	27	18	10	23	27	17
Algunas veces durante los últimos 12 meses	Alcohol		28	29	21	6	13	5
	Marihuana		14	34	29	3	6	25
Algunas veces mensualmente	Alcohol		15	45	39	19	26	35
	Marihuana		35	50	26	5	7	11
Algunas veces semanalmente	Alcohol	3	20	28	21	20	33	38
	Marihuana	8	63	100	62	32	35	38

Fuente: VESPA, Secretaria de Salud de Casanare 2016 a 2022 corte semana epidemiológica 47.

7.1.4 Morbilidad materna extrema

El evento de morbilidad materna extrema presentó una tendencia al aumento en el tiempo a partir del año 2020. Por tanto, es importante evaluar dicho comportamiento y establecer estrategias que permitan reducir los riesgos en esta población gestante (Figura 67).

Figura 67. Tasa de incidencia Morbilidad Materna Extrema, Casanare 2014 a 2022 2022 corte semana epidemiológica 47.

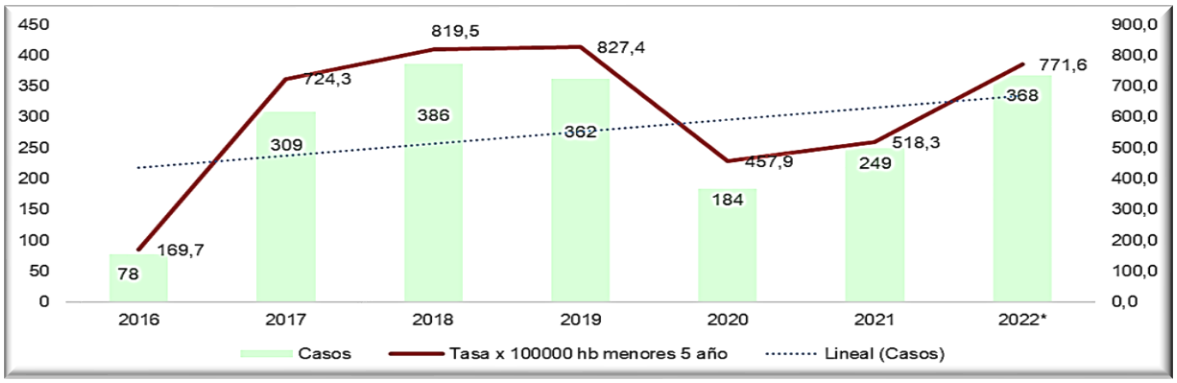


Fuente: Sivigila Casanare 2014 a 2022 corte semana epidemiológica 47

7.1.5 Desnutrición aguda en menores de 5 años

Se observa un comportamiento y tendencia al aumento de los casos de Desnutrición aguda en menores de 5 años en el departamento de Casanare, lo que permite inferir que es importante el análisis de las estrategias relacionadas con seguridad alimentaria y nutricional.

Figura 68. Desnutrición aguda en menores de 5 años, Casanare 2014 a 2022 2022 corte semana epidemiológica 47.

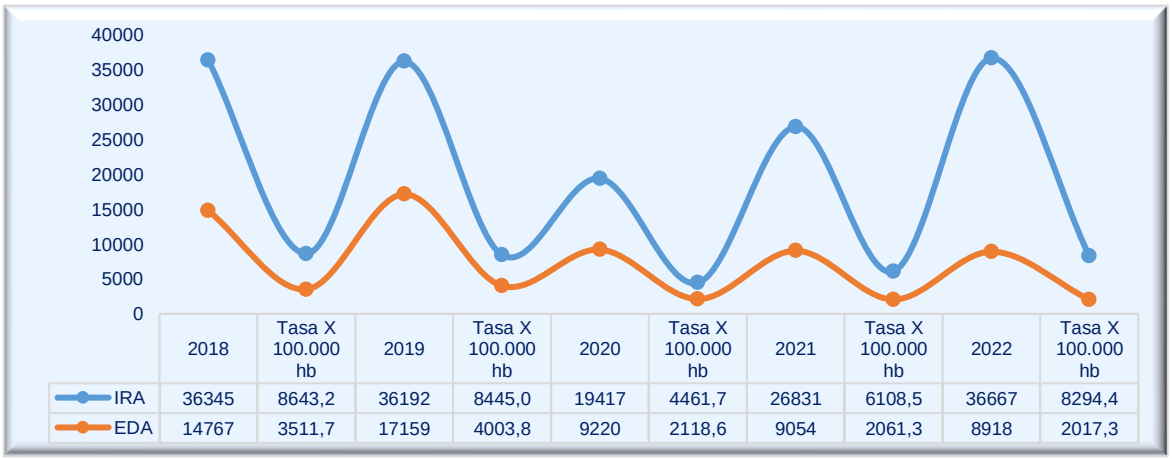


Fuente: Sivigila Casanare 2014 a 2022 corte semana epidemiológica 47

7.1.6 Eventos Colectivos

Se presenta el comportamiento de la notificación de consultas por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda por semana epidemiológica para el período 2018 a 2022 corte semana 45, en el cual se observa una tendencia al aumento estadísticamente significativa para IRA y una leve disminución para EDA (Figura 69).

Figura 69. Comportamiento de la notificación de eventos colectivos (Enfermedad diarreica aguda e Infección Respiratoria Aguda), Casanare, 2018 a 2022 corte semana epidemiológica 45.

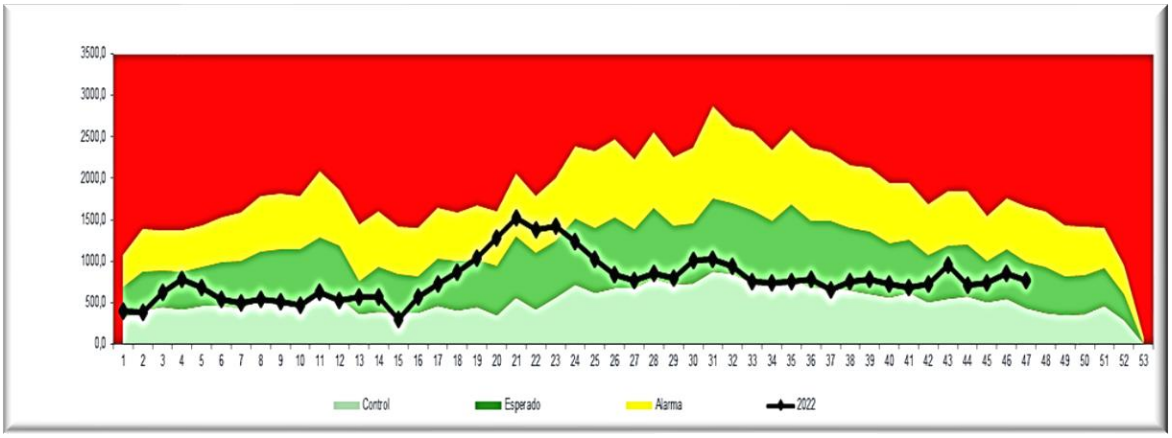


	2018	Tasa X 100.000 hb	2019	Tasa X 100.000 hb	2020	Tasa X 100.000 hb	2021	Tasa X 100.000 hb	2022	Tasa X 100.000 hb
IRA	36345	8643,2	36192	8445,0	19417	4461,7	26831	6108,5	36667	8294,4
EDA	14767	3511,7	17159	4003,8	9220	2118,6	9054	2061,3	8918	2017,3

Fuente: Sivigila Casanare 2018 a 2022 corte semana 45.

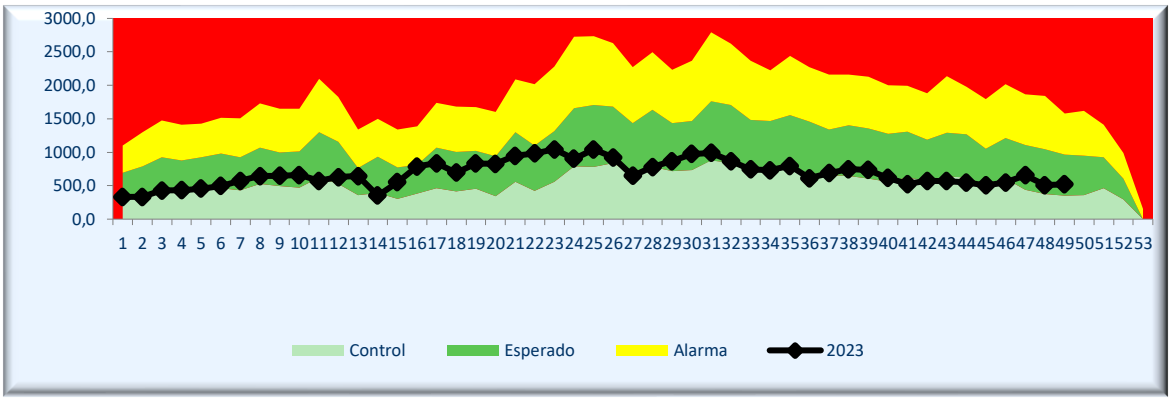
Según el canal endémico para IRA, el departamento se encuentra en zona de casos esperados y para EDA se sitúa dentro de zona de control (Figura 70, Figura 71, Figura 72 y Figura 73)

Figura 70. Canal Endémico de IRA, Casanare 2022 corte semana epidemiológica 45.



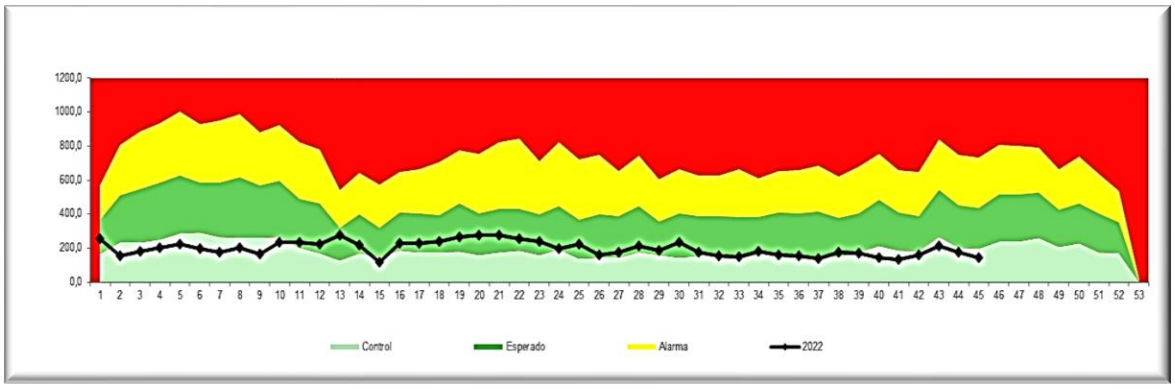
Fuente: Sivigila Casanare 2022 corte semana epidemiológica 45.

Figura 71. Canal Endémico de IRA, Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49.



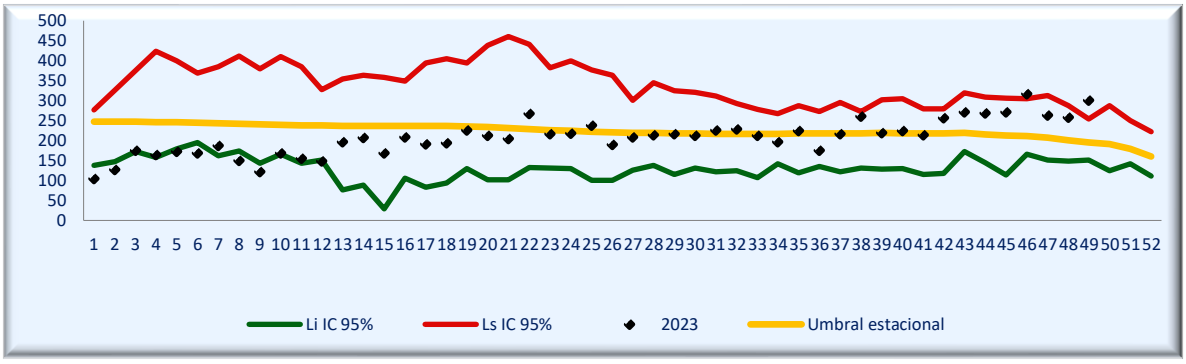
Fuente: Sivigila Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49.

Figura 72. Canal Endémico de EDA, Casanare 2022.



Fuente: Sivigila Casanare 2022 corte semana epidemiológica 45.

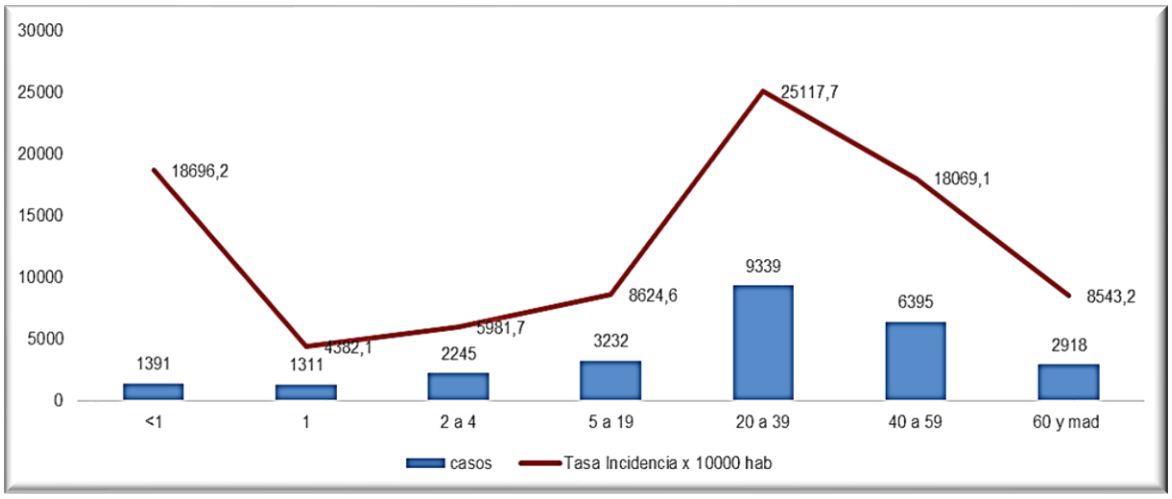
Figura 73. Canal Endémico de EDA, Casanare 2023, corte semana 49.



Fuente: Sivigila Casanare 2023 corte semana epidemiológica 49.

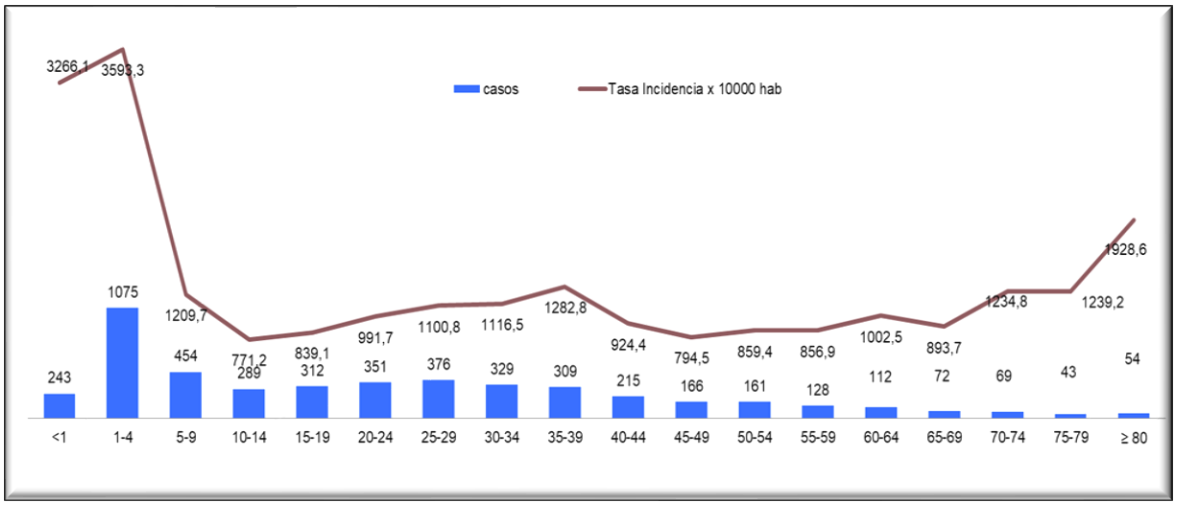
De acuerdo con el rango de edad, el mayor número de consultas por IRA durante el año 2021 lo realizó la población de 20 a 29 años con 9339 casos, seguido de 40 a 59 años con 6395 casos (Figura 74). Para EDA durante el año 2021, el grupo de edad de 1 a 4 años es el más afectado con 1075 consultas (Figura 75).

Figura 74. Tasa de incidencia de IRA, por grupo Etario, Casanare 2021.



Fuente: Sivigila Casanare 2021.

Figura 75. Tasa de incidencia de EDA, por grupo Etario, Casanare 2021.

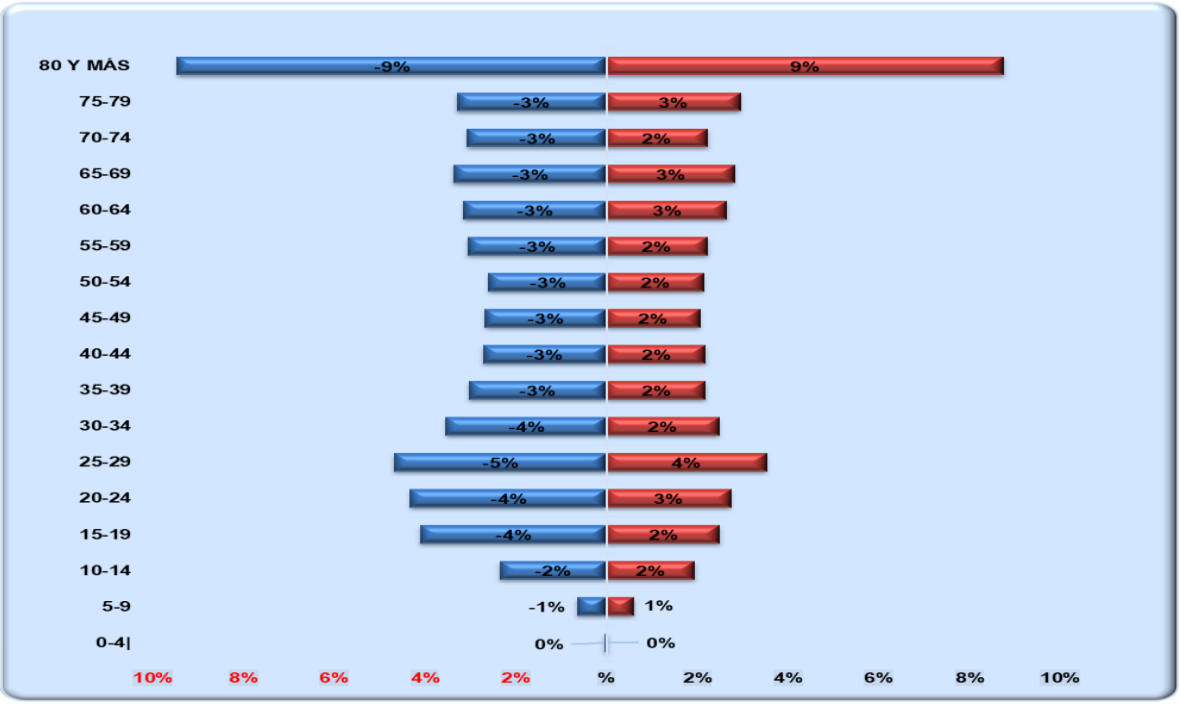


Fuente: Sivigila Casanare 2021.

7.1.7 Análisis de la población con discapacidad

Según los datos del Sistema de Registro de Discapacidad, corte diciembre de 2023 en Casanare se encontraban registradas 15.332 personas, de los cuales el 44% (6.747) mujeres y 56% (8.585) hombres para el año 2022. La pirámide poblacional es de tipo invertido, evidenciándose angosta en la base y amplia en el vértice, lo que indica que la población con algún tipo de discapacidad aumenta considerablemente a medida que aumenta la edad. La discapacidad en el sexo masculino es ligeramente superior a la registrada para el sexo femenino (Figura 76).

Figura 76. Pirámide poblacional de la distribución de las alteraciones permanentes, Casanare 2023.



Fuente: RLCP-CUBO SISPRO-MISANLUD. Fecha de corte 27 de diciembre de 2023

Como principal tipo de discapacidad las alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas presentan la mayor proporción con el 49,34% (5.361) personas, seguido por las discapacidades del sistema nervioso 46,36% (5.037) y el 34,8% (3.757) con alteraciones permanentes de los ojos, durante el año 2023 según el RCLPD. El comportamiento de la discapacidad según tipo de alteración o discapacidad es mayor en hombres que en mujeres. Al margen del tipo y número de sistemas afectados es necesario impulsar estrategias de rehabilitación en esta población, con el objetivo de alcanzar la mayor independencia y adaptación social de ellos (Tabla 124).

Tabla 124. Distribución de las alteraciones permanentes, Casanare, 2023.

Tipo de discapacidad	Femenino	Masculino	No definido	Nr - no reportado	Total general	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2299	3060		2	5361	49,34
El sistema cardiorespiratorio y las defensas	694	759		1	1454	13,38
El sistema genital y reproductivo	273	351		1	625	5,75
El sistema nervioso	2291	2745	1		5037	46,36
La digestión, el metabolismo, las hormonas	406	397		1	804	7,40
La piel	183	174			357	3,29
La voz y el habla	1369	1668		1	3038	27,96
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	166	201			367	3,38

Tipo de discapacidad	Femenino	Masculino	No definido	Nr - no reportado	Total general	%
Los oídos	1001	1139		2	2142	19,71
Los ojos	1675	2082			3757	34,58
Total	**4689**	**6171**	**1**	**4**	**10865**	**100**

*Fuente Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. *Corte diciembre de 2023*. Consultado el 27 de diciembre de 2023. ** Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%.*

7.1.8 Identificación de prioridades en la morbilidad

En la tabla 126 se muestran los eventos priorizados para el Departamento de Casanare. Primeras causas de morbilidad, eventos de alto costo, eventos precursores, la letalidad por eventos de notificación obligatoria y las tasas de incidencia de los eventos de mayor notificación al SIVIGILA en el departamento.

Tabla 125. Identificación de prioridades principales en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Casanare 2022.

Morbilidad	Prioridad	Casanare (2022)	Colombia (2022)	Tendencia	Grupos de Riesgo
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	449,016	91.306.364	Aumento	0
	2.Signos y síntomas mal definidos	114,446	19.459.750	Aumento	0
	3. Condiciones Transmisibles y nutricionales:	55,891	11.666.142	Aumento	0
	4. Lesiones	48,752	7.093,29	Aumento	12
	5. Condiciones maternas perinatales	17,624	2.174.214	Aumento	8
Específica por Subcausas o subgrupos	1.Signos y síntomas mal definidos	114,446	19,459375	Aumento	9
	2.Condiciones orales	67,929	10.078.502	Disminución	8
	3.Enfermedades de los órganos de los sentidos	60,726	7.588.575	Aumento	0
	4, Enfermedades cardiovasculares	57,865	16.840.229	Oscilante	0
	5, Enfermedades musculo-esqueléticas	48,012	11.576.419	Aumento	7
	6. Enfermedades genitourinarias	47,883	9.426.387	Disminución	0
	7, Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	45,103	6.492.042	Aumento	13
	8, Enfermedades infecciosas y parasitarias	27,775	4.757.603	Disminución	0
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	50,15			0
	2. Tasa de incidencia de VIH notificada	23,55	27,7		9
	3. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)				7
Precursores	1. Prevalencia de Diabetes Mellitus	2,38	3,09	Aumento	1
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	6,65	9,13	Aumento	1
	1. IRA por virus nuevo	45,37	4,14	Disminuyo	3

Morbilidad	Prioridad	Casanare (2022)	Colombia (2022)	Tendencia	Grupos de Riesgo
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO´s)	2.Dengue	21,93	8,18	Aumento	10
	3. Agresiones por Animal Potencialmente Transmisores de rabia	7,58	18,72	Aumento	0
	4.VSP de la violencia de género e intrafamiliar	5,27	17,53	Aumento	9
	5 Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada)	2,65	13,37	Aumento	7
	6.Desnutrición en Menores de cinco años	2,23	2,66	Aumento	0
	7 morbilidad Materna Extrema	1,72	4,18	Aumento	0
	8.Intento de suicidio	1,6	4,65	Aumento	9
	9.Varicela individual	1,47	2,82	Oscilante	9
	10.Accidente ofídico	1,09	0,7	Oscilante	
	11. VIH/sida/mortalidad por sida	0,97	2,39	Aumento	9
Discapacidad	1. Proporción de personas con discapacidad en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	21,24	23,63	Disminuyo	16
	2. Proporción de personas con discapacidad en el sistema nervioso	20.07	21,29	Disminuyo	16
	3. Proporción de personas con discapacidad en los ojos	17,95	15,84	Disminuyo	15
	4. Proporción de personas con discapacidad en la voz y habla	10,77	9,33	Disminuyo	15

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO ASIS, CUBOS. Sivigila, Datos para actualización de ASIS 2023.

Conclusiones

En el departamento para el año 2022 se registraron 683.190 consultas, de las cuales el 65,6% (447.771) atenciones corresponden a enfermedades no transmisibles, el 16,68% (113.968) consultas por condiciones mal definidos, el 8,13% (55.530) atenciones por Condiciones transmisibles y nutricionales, seguido del 7,11% (48.590) atenciones por Lesiones y el 2,54% (17.331) por Condiciones maternas.

En Casanare durante el periodo 2009 a 2022 fueron prestadas 598.575 atenciones en primera infancia, para un promedio anual de 42.755, en Infancia se prestaron 465.947 atenciones con un promedio de 33.282 anual, en Adolescencia fueron prestadas 537.390 con un promedio 38.385 anual, en Juventud se realizaron 1.200.830 atenciones con un promedio anual de 85.774, en Adultez fueron 3.012.431 atenciones prestadas con un promedio anual de 215.174 y en el ciclo de vida de vejez se prestaron 1.031.178 con un promedio de 73.656 atenciones. En general se observa que el ciclo vital que más consulta son los adultos con el 40,79, seguido de juventud y vejez.

Para el 2022 las principales causas de morbilidad para las edades de Primera infancia (0 - 5años), Juventud (14 - 26 años), Adultez (27 - 59 años) y Vejez (60 años y más) fue por Enfermedades no transmisibles las cuales generaron el 68,41% de las atenciones en salud en toda la población seguido de las condiciones mal clasificadas con 14,58% y en tercer lugar se posicionan las Condiciones transmisibles y nutricionales con 7,58 %. En los ciclos de vida de primera infancia hasta adolescencia se presentan las Condiciones transmisibles y nutricionales, pero con una mayor proporción en Primera infancia (0 - 5años), Infancia (6 - 11 años) y Adolescencia (12 -8 años), a diferencia de Juventud (14 -

26 años), Adultez (27 - 59 años) y Vejez (60 años y más) donde predominan las Enfermedades no transmisibles.

La Morbilidad por eventos de salud mental en Casanare durante el periodo 2021 presentó una tendencia al aumento de consultas en todos los grupos y con mayor proporción en los trastornos mentales y del comportamiento, dado a que este grupo incluye el mayor número de diagnósticos, seguido de las Epilepsias atenciones y Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, en este último grupo de causas podría pensarse que fue favorecida porque los usuarios no acceden al servicio de salud hasta que presentan conductas asociadas con el abuso y adicción con las sustancias psicoactivas. El ciclo de vida en el que se concentró el mayor número de atenciones fue infancia con 5.307 atenciones, seguido por adultez con 4.641 consultas y juventud con 5.740 atenciones, se podría inferir que en los infantes el incremento en la tendencia para el año 2021 está dado por las condiciones de aislamiento social, cambios de rutinas y perdida de familias y amigos cercanos a su red de apoyo debido a la mortalidad por COVID 19 y las condiciones psicosociales propias de la pandemia.

Respecto a la Morbilidad en Población Migrante, en el departamento de Casanare en el año 2021, se evidencia que, la mayor concentración de servicios utilizados por esta población es en su orden, son procedimientos (37%) y el 32% por consulta externa este comportamiento es similar en Colombia, el 21% de las atenciones, están relacionadas con la entrega de medicamentos y el 5% de estas son hospitalizaciones.

En la población migrante según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA para el 2022 se notificaron 545 casos en población migrante residente en el departamento de Casanare, distribuidos así; 118 (21,6%) infecciones respiratorias agudas, 90 (16,5%) infecciones de transmisión sexual, 79 (14,5%) enfermedades transmitidas por vectores, 73 (13,4%) salud mental/lesiones de causa externa, 62 (11,4%) zoonosis, 61 (11,2%) maternidad segura, 37 (6,8%) vigilancia nutricional, 13 (2,4%) micobacterias, 6 (1,1%) inmunoprevenibles, 3 (0,5%) infecciones asociadas a dispositivos, 2 (0,4%) enfermedades crónicas no transmisibles y 1 (0,2%) vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años.

La prevalencia e incidencia de Enfermedad Renal Crónica - ERC estadio V en fase de reemplazo renal fue inferior a la nacional y estadísticamente significativa, a diferencia de las tasas de incidencia de VIH/SIDA notificada superior al promedio nacional pero estadísticamente no significativa. La mayoría de las personas con Enfermedad Renal Crónica - ERC se encuentran en estadios tempranos de la enfermedad y presenta un incremento comparado con el año anterior, lo que implica la importancia en la prevención secundaria de las aseguradoras en salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante los programas de promoción y prevención.

La prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial presentan una tendencia al incremento frente al año anterior, pero con una tasa inferior a la del promedio nacional y estadísticamente no significativas. La morbilidad por enfermedad renal, evalúa el impacto a largo plazo de las diabetes mellitus y de la hipertensión arterial, donde es esencial la adopción de estrategias para el seguimiento, vigilancia y cumplimiento de las metas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los eventos de notificación obligatoria, refiere que la patología que presentó una mayor letalidad fue la Meningitis tuberculosa, seguido de la Letalidad de Tuberculosis con una tendencia de incremento y

la letalidad por Dengue está por encima de la nación y con una estadística no significativa, pero tendencia al aumento en el tiempo.

La morbilidad de los eventos de notificación obligatoria disminuyó en su notificación al sistema de vigilancia epidemiológica – Sivigila, pasando de 40.950 casos en el 2021 a 33.195 casos en el 2022, gran parte debido al fin de la pandemia de IRA por virus Nuevo. Respecto al comportamiento los eventos de mayor notificación en su orden fueron (IRA por virus nuevo, seguido por Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue, Violencia de genero intrafamiliar y sexual, Morbilidad materna extrema, Intento de suicidio y Desnutrición aguda en menores de 5 años), llama la atención el aumento notificación con respecto al año inmediatamente anterior en los casos de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Desnutrición aguda en menores de 5 año, Morbilidad materna extrema, Intento de Suicidio, Malaria, Cáncer de mamá y del cuello uterino, Cáncer en menor de 18 años y VIH/SIDA/Mortalidad Por SIDA.

Para el año 2023 con corte a la semana epidemiológica 50 se han notificado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica 10.559 eventos, de los cuales se encuentra en primer lugar Dengue (año epidémico), en segundo lugar continua Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con una tendencia al aumento, en su orden VCM, VIF, VSX, Varicela individual, Desnutrición aguda en menores de 5 años, Intento de suicidio, IRA por virus nuevo, Morbilidad Materna Extrema.

Según las alertas epidemiológicas el departamento de Casanare para el año 2022 se estuvo en Epidemia para dengue desde la semana epidemiológica 3 hasta la semana epidemiológica 33, con una mayor concentración de casos desde la semana 9 hasta la semana 25 con un máximo pico epidemiológico en la semana 19, por lo que se considera prioritario continuar con las estrategias relacionadas a controlar e intervenir positivamente los factores de riesgo de los vectores como los focos de proliferación de mosquitos Aedes aegypti, transmisor de enfermedades vectoriales como el dengue, zika y chikungunya. Para el año 2023 la mayor notificación de casos se dio en la semana 22 a 28.

Según la notificación de SIVIGILA y el SIVIM se evidencia una disminución de los casos de Violencia de Género e Intrafamiliar y un aumento significativo para el evento intento de suicidio a diferencia del año anterior.

En el departamento; durante el año 2022, se registraron 15.332 personas, de los cuales el 44% (6.747) mujeres y 56% (8.585) hombres personas con discapacidad, alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas presentan la mayor proporción con el 49,34% (5.361) personas, seguido por las discapacidades del sistema nervioso 46,36% (5.037) y el 34,8% (3.757) con alteraciones permanentes de los ojos.

7.2 Análisis de la mortalidad

7.2.1 Mortalidad general

7.2.1.1 Mortalidad general

Según el reporte de estadísticas sanitarias mundiales – OMS en el año 2023, con datos 2022 son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles - ECNT las que continúan generando la primera causa de muerte, seguido de las enfermedades cardíacas, la demencia y los accidentes cerebrovasculares las principales causas (cardiovasculares (17,9 millones de muertes), el cáncer (9,3 millones de muertes),

las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones de muertes) y la diabetes (2,0 millones de muertes). De continuar esta tendencia, se prevé que, a mediados de siglo, las ENT representen alrededor del 86% de los 90 millones de defunciones anuales; es decir, serán las causantes de 77 millones de muertes, un aumento de casi el 90% en términos absolutos desde 2019.

Para el año 2019, las enfermedades no transmisibles aportaron 7 de las 10 primeras causas de muerte, evidenciando un aumento con relación al año 2000, en el que solo eran cuatro de las 10 primeras causas, lo que sugiere, la priorización de políticas tendientes a la prevención y tratamiento de estas enfermedades. El 71% de las muertes en el mundo son debido a las Enfermedades no Trasmisibles, ENT, responsables de 41 millones de fallecimientos anuales, de los cuales 15 millones corresponden a personas entre los 30 y 69 años, y de éstos el 85% se presenta en los países de ingresos bajos. La región de las Américas aporta 2.2 millones de estas muertes. En el mundo cuatro grupos de enfermedades aportan el 80% de las muertes, 17.9 millones mueren debido a las enfermedades cardiovasculares, 9 millones por cáncer, 33.9 millones por enfermedades respiratorias y 1.6 millones por diabetes, la cual ha tenido un incremento del 70%, sin embargo, en los hombres el aumento ha sido del 80%. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

Las cardiopatías, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y la neumopatía obstructiva crónica provocaron en conjunto 100 millones más de años de vida saludable perdidos en 2019, en comparación con 2000. Los traumatismos son otra importante causa de discapacidad y muerte: se ha registrado un aumento considerable de los traumatismos debidos al tránsito en la Región de África desde 2000, con un aumento de casi el 50 % en el número de muertes y en los años de vida saludable perdidos. Aumentos similares, pero ligeramente inferiores (alrededor del 40%) se observaron también en la Región del Mediterráneo Oriental.

A nivel mundial, las muertes debidas a traumatismos causados por los accidentes de tránsito corresponden en un 75% de los casos a hombres. Se evidencia que las enfermedades transmisibles, han presentado un descenso, no obstante, representan aún un desafío para los países pobres; siendo la neumonía y otras afecciones respiratorias las que más aportaron a la mortalidad. En general en este grupo de causas es notoria la reducción; por ejemplo, se evidencia que patologías como el VIH/SIDA, ha pasado de ser la octava causa de muerte a la 19, debido a las estrategias implementadas para la prevención y la mejora en el acceso al diagnóstico y tratamiento en una gran parte de países, situación similar ocurre con la tuberculosis, en la cual se destaca que actualmente no se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte.

Es importante resaltar que los descensos de las causas de enfermedades transmisibles no son tan evidentes en los países pobres, donde aún siguen cobrando un gran número de vidas, ocupando 6 puestos entre las 10 primeras causas; dentro de éstas se destacan: la malaria (sexta causa), tuberculosis (octava) y VIH/SIDA (novena). En las Américas, la mortalidad atribuible al consumo de drogas casi se ha triplicado y se ha convertido en un factor determinante en la discapacidad, por lo que este consumo ha sido factor principal en la pérdida de años de vida saludables debido a las muertes y la discapacidad, en las otras regiones este factor no se evidencia en las primeras 25.

En Colombia, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares, seguida por enfermedades tumorales, pulmonares y por traumas. En los hombres se observa que las enfermedades cardiovasculares a partir de los 50 años aportan más del 20% de la tasa bruta de mortalidad; los traumas, causan más del 80% de los fallecimientos de personas entre los 15 y 25 años. En las mujeres la mortalidad relacionada según la edad es: las cardiovasculares a partir de los 50

años, aporta un 23%; a partir de los 30, son los tumores con un 25%, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y los traumas en mujeres jóvenes, pero en menor proporción que en los hombres. En enero de 2023 se registraron 22.864 defunciones, de las cuales 54,8% fueron hombres y 45,2% mujeres, las principales cinco causas de defunciones fueron las enfermedades isquémicas del corazón 17,7%, enfermedades cardiovasculares 7,7%, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 6,0%, agresiones (homicidios) 7,0% y enfermedades hipertensivas 4,2%.

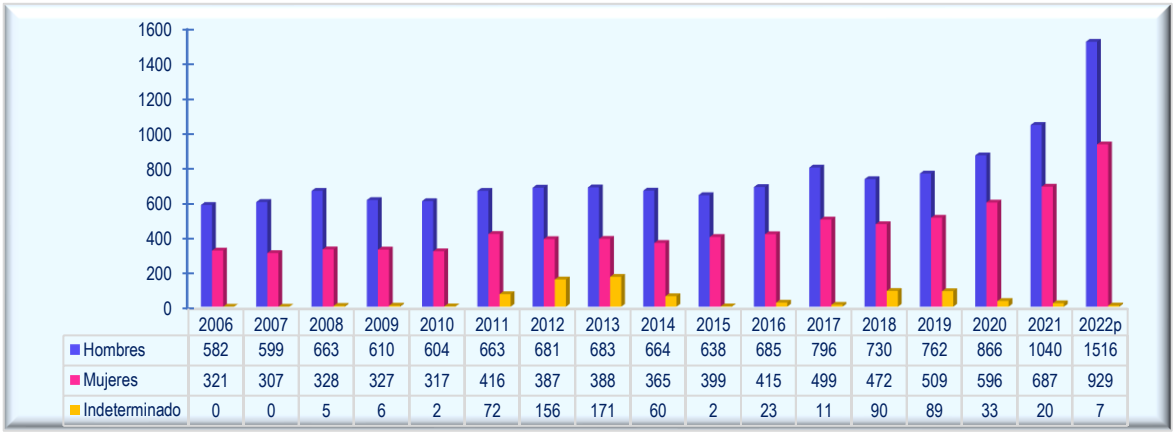
Respecto del comportamiento de la mortalidad según las estadísticas sanitarias y estimaciones de la OMS muestra que la pandemia ocasionó 14.9 millones de muertes entre el 2020 y 2021, encontrando la mayoría de casos en las Américas y Europa con el 72% de los casos notificados a nivel mundial y más de 4.7 millones de muertes, destacando claramente que el Covid 19 sigue siendo una amenaza mundial pese a la disminución de los contagios. A fecha de 2 de agosto de 2023, se han registrado en el mundo alrededor de 769 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2) y a fecha de 12 de junio de 2022, alrededor de 6,3 millones de personas habían fallecido a nivel mundial a consecuencia de la COVID-19. En Colombia se presentaron 142.942 defunciones.

En el actual ASIS 2023, para el análisis de la mortalidad se tomó como referencia los listados de agrupación y clasificación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, por los 6 grandes grupos de causas y las 67 subcausas de muerte. Se presenta en secuencia el total de muertes, las tasas brutas de mortalidad y luego los eventos de la mortalidad con sus respectivas tasas especificas desagregadas por quinquenios para el periodo de 2005 a 2021, de acuerdo al último cierre oficial dado por el DANE para la vigencia 2023; seguidamente, se desarrolla el análisis de tasas ajustadas obtenidas mediante la estimación y ajuste de las tasas por edad según el método directo para una distribución de población hipotética planteada por la OPS.

Es importante mencionar que para el análisis de información de la mortalidad no se tiene en cuenta el evento de Covid 19, dada la eventualidad de la pandemia, de otro lado también se resalta la presentación y análisis de los datos preliminares para el año 2022 (2022p).

En Casanare en el período evaluado, el número de muertes por año presenta una tendencia al aumento, pasando de 903 en 2005 a 2.452 en 2021 y 1.792 en 2022 p, el 60,3% (13.953) corresponde a hombres y 36,46% (8.438) a mujeres y el 3,24% (750) indeterminados (Figura 77).

Figura 77. Distribución de la mortalidad por sexo, Casanare 2005 a 2022 p.

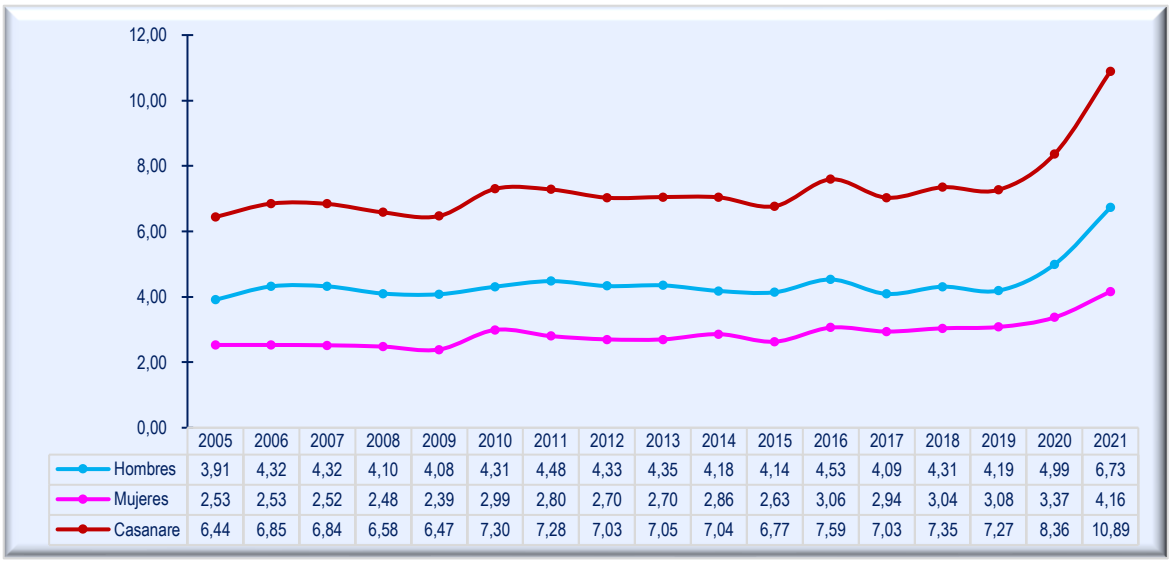


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022p
Hombres	582	599	663	610	604	663	681	683	664	638	685	796	730	762	866	1040	1516
Mujeres	321	307	328	327	317	416	387	388	365	399	415	499	472	509	596	687	929
Indeterminado	0	0	5	6	2	72	156	171	60	2	23	11	90	89	33	20	7

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2021.Datos preliminares 2022 cierre 13/04/2023. Revisado 20 septiembre de 2023

Durante el periodo 2005 a 2021, la tasa de mortalidad en el departamento osciló entre 6,44 y 10,89 defunciones por cada mil habitantes. Para todos los años del periodo, la tasa específica de mortalidad en hombres fue superior a la tasa de mortalidad de las mujeres (Figura 78).

Figura 78. Tasa Bruta de Mortalidad según sexo del fallecido, Casanare, 2005 a 2021.

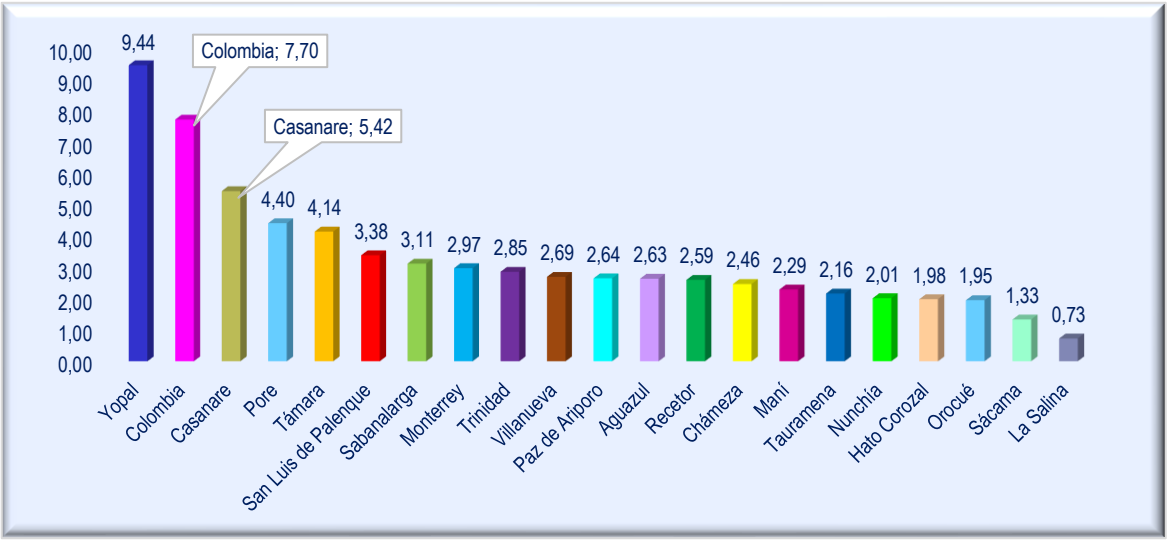


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hombres	3,91	4,32	4,32	4,10	4,08	4,31	4,48	4,33	4,35	4,18	4,14	4,53	4,09	4,31	4,19	4,99	6,73
Mujeres	2,53	2,53	2,52	2,48	2,39	2,99	2,80	2,70	2,70	2,86	2,63	3,06	2,94	3,04	3,08	3,37	4,16
Casanare	6,44	6,85	6,84	6,58	6,47	7,30	7,28	7,03	7,05	7,04	6,77	7,59	7,03	7,35	7,27	8,36	10,89

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2021.Datos preliminares 2022 cierre 13/04/2023. Revisado 20 septiembre de 2023

Yopal es el municipio que presenta la tasa bruta de mortalidad más alta con un promedio superior al Departamento y al país, los demás municipios, presentaron tasas inferiores (
Figura 79).

Figura 79. Tasa Bruta de Mortalidad por municipio de residencia del fallecido, Casanare, 2005 a 2021.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2021.Datos preliminares 2022 cierre 13/04/2023. Revisado 20 septiembre de 2023

En Casanare según la información del DANE, tres de las cinco primeras causas de mortalidad del territorio en 2022 fueron ECNT distribuidas así: Las enfermedades cardio cerebro vasculares han sido la principal causa de mortalidad general en el departamento en los últimos diez años, evidenciando un aumento de 33,1 puntos en la tasa por 100.000 habitantes. Durante este periodo, las neoplasias ocuparon el segundo lugar, con 10,8 puntos por encima de la tasa reportada en 2012. Las enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores fueron la quinta causa de mortalidad en 2022, con un aumento de 3,4 puntos comparado para 2012.

Para el 2022 el departamento presentó una tasa de mortalidad prematura por ECNT de 188,3 por 100.000 habitantes. Los municipios de Támara, Monterrey, Hato Corozal, Maní y Yopal fueron los de mayor mortalidad. Se evidencia un aumento importante en comparación con la tasa alcanzada en el departamento en el 2012 (164,8 x 100.000 hab.). Las enfermedades cardio cerebro vasculares y las neoplasias fueron las dos primeras causas de mortalidad en la población de 30 a 70 años para este periodo (2022).

Durante el periodo de 2012 a 2022 se evidencia una tendencia al aumento para los cuatro grupos de enfermedades no transmisibles, en el siguiente orden (2022): Enfermedades cardio cerebro vasculares, Neoplasias, Diabetes, Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores. Las enfermedades cardio cerebro vasculares fueron la primera causa de mortalidad en población de 30 a 70 años en el departamento para el 2022, con una tasa de mortalidad prematura de 84,7 por 100.000 habitantes, evidenciando un aumento de 9,4 puntos en los últimos diez años (2012: 75,2 x 100.000 hab.). Para 2022 los municipios de Támara, Monterrey, Nunchía, Villanueva y Yopal los que presentaron mayor mortalidad, con tasas de 143,2, 126,6, 116,2, 103,8 y 91,9 respectivamente. El departamento se encuentra por debajo de la tasa de mortalidad prematura nacional (2022: 100,58 por 100.000 habitantes) para estas patologías.

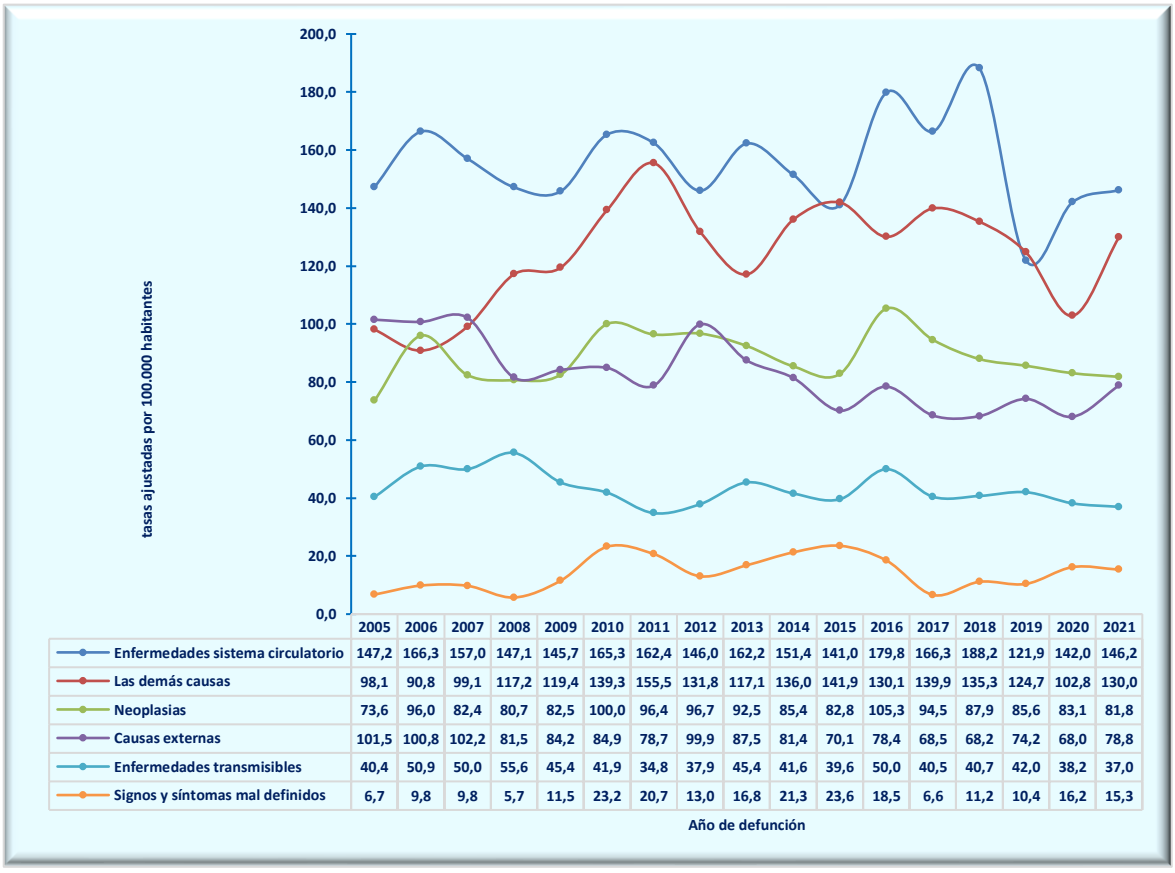
Para el 2012 la tasa de mortalidad prematura por cáncer en el departamento fue de 75,9 por 100.000 habitantes, presentando un aumento considerable para el 2022 con una tasa de 84,2. Los municipios de La Salina, Hato Corozal, Orocué, Maní y San Luis de Palenque fueron los que presentaron mayor mortalidad por esta causa.

7.2.1.2 Mortalidad por Grandes Causas

El perfil de mortalidad por grandes causas, evidencia el riesgo de morir asociado a una variedad de factores, que van desde las características biológicas de los individuos, como edad, sexo, respuesta inmune, entre otras; la calidad y acceso a los servicios de salud; el comportamiento de los individuos, sus hábitos y estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, baja escolaridad, la convivencia social, los diferentes tipos de violencia, entre otros, que se relacionan como circunstancias que llevan a una mayor o menor afectación, en los diferentes municipios y grupos sociales del departamento.

Durante el periodo 2005 a 2021, los grupos de patologías que presentaron las mayores tasas específicas de mortalidad ajustadas fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por la agrupación "las demás causas" y, en tercer lugar, las neoplasias (Figura 80).

Figura 80. Mortalidad por grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.



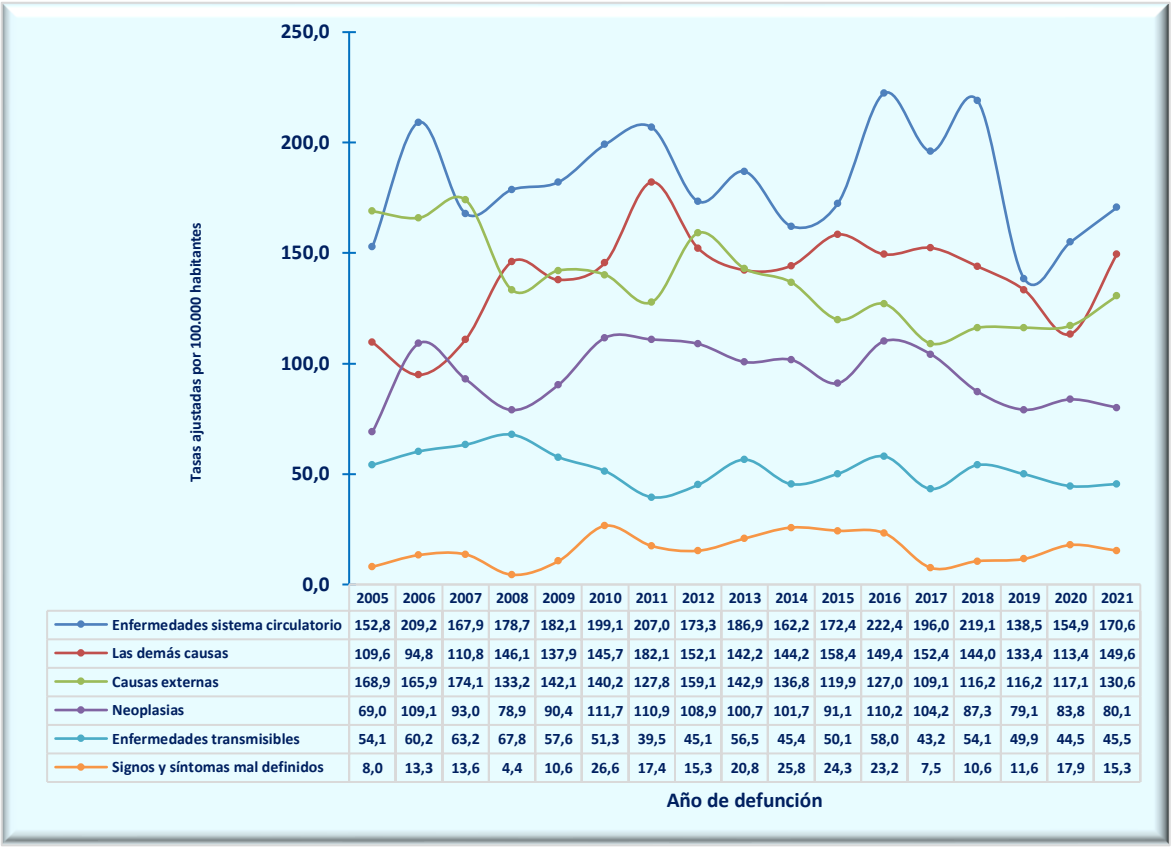
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades sistema circulatorio	147,2	166,3	157,0	147,1	145,7	165,3	162,4	146,0	162,2	151,4	141,0	179,8	166,3	188,2	121,9	142,0	146,2
Las demás causas	98,1	90,8	99,1	117,2	119,4	139,3	155,5	131,8	117,1	136,0	141,9	130,1	139,9	135,3	124,7	102,8	130,0
Neoplasias	73,6	96,0	82,4	80,7	82,5	100,0	96,4	96,7	92,5	85,4	82,8	105,3	94,5	87,9	85,6	83,1	81,8
Causas externas	101,5	100,8	102,2	81,5	84,2	84,9	78,7	99,9	87,5	81,4	70,1	78,4	68,5	68,2	74,2	68,0	78,8
Enfermedades transmisibles	40,4	50,9	50,0	55,6	45,4	41,9	34,8	37,9	45,4	41,6	39,6	50,0	40,5	40,7	42,0	38,2	37,0
Signos y síntomas mal definidos	6,7	9,8	9,8	5,7	11,5	23,2	20,7	13,0	16,8	21,3	23,6	18,5	6,6	11,2	10,4	16,2	15,3

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Al analizar la mortalidad por sexo, se presenta para el año 2021 un mayor número de fallecimientos en hombres por las enfermedades del sistema circulatorio, evidenciándose un leve aumento de 15

fallecimientos más por 100.000 hombres, con respecto a lo observado en 2020. En segundo lugar, se ubica el grupo de causas externas con 149 defunciones por 100.000 hombres, el cual se observa en la mortalidad general con un leve aumento. En tercer lugar, aparecen las tasas de mortalidad por las demás causas con 130 defunciones por 100.000 hombres, pero con una tendencia al aumento respecto del año anterior, situación similar se presenta en las enfermedades transmisibles. Las neoplasias para el año 2021 muestran una tendencia descendente con 3 fallecimientos menos frente al año 2020 (Figura 81).

Figura 81. Mortalidad por grandes causas lista 6/67, en hombres, Casanare 2005 a 2021.



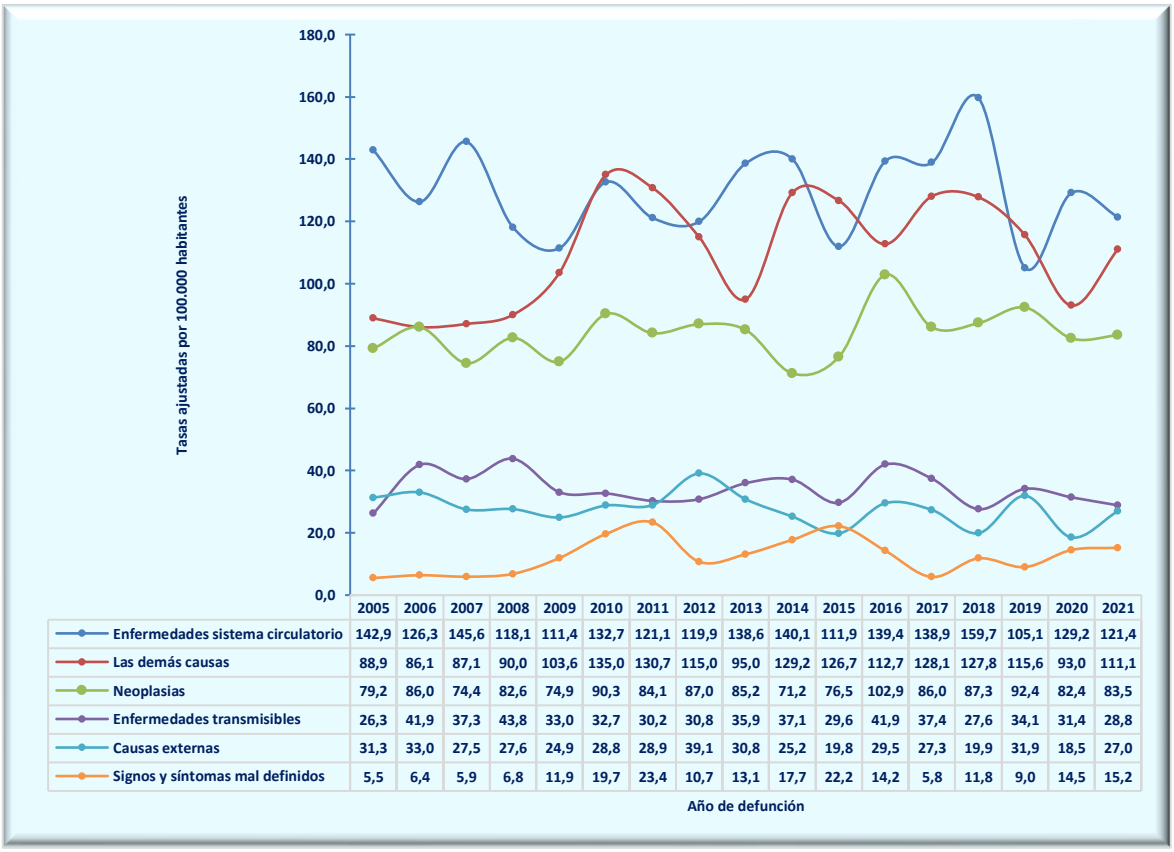
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades sistema circulatorio	152,8	209,2	167,9	178,7	182,1	199,1	207,0	173,3	186,9	162,2	172,4	222,4	196,0	219,1	138,5	154,9	170,6
Las demás causas	109,6	94,8	110,8	146,1	137,9	145,7	182,1	152,1	142,2	144,2	158,4	149,4	152,4	144,0	133,4	113,4	149,6
Causas externas	168,9	165,9	174,1	133,2	142,1	140,2	127,8	159,1	142,9	136,8	119,9	127,0	109,1	116,2	116,2	117,1	130,6
Neoplasias	69,0	109,1	93,0	78,9	90,4	111,7	110,9	108,9	100,7	101,7	91,1	110,2	104,2	87,3	79,1	83,8	80,1
Enfermedades transmisibles	54,1	60,2	63,2	67,8	57,6	51,3	39,5	45,1	56,5	45,4	50,1	58,0	43,2	54,1	49,9	44,5	45,5
Signos y síntomas mal definidos	8,0	13,3	13,6	4,4	10,6	26,6	17,4	15,3	20,8	25,8	24,3	23,2	7,5	10,6	11,6	17,9	15,3

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Con relación a las mujeres, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar y cambia la tendencia al descenso con 7 defunciones más, llegando a 121 defunciones por 100.000 mujeres en el año 2021. El grupo de las demás causas, ocupa un segundo lugar, con 111 defunciones por 100.000 mujeres con una tendencia al aumento con 18 defunciones menos frente al año anterior y en tercer lugar está el grupo de las neoplasias con 83 defunciones por 100.000 mujeres, con la tendencia a la disminución con 1 defunción menos. Es importante observar el aumento en las defunciones por causas externas en 8 defunciones por 100.000 mujeres (Figura 82).

Al comparar las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres podemos observar dos diferencias importantes: Primero, si bien es cierto que el grupo de enfermedades del sistema circulatorio es el que genera más fallecimientos en ambos grupos, las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres, observándose 49 fallecimientos más en hombres por 100.000, en el año 2021. En segundo lugar, en las mujeres se observa un leve aumento de los fallecimientos por signos y síntomas mal definidos, a diferencia de los hombres donde se presenta una disminución de 3 defunciones comparados con el año anterior. Además, es importante mencionar que en los hombres las neoplasias se han reducido frente al año anterior mientras que en las mujeres se presenta una tendencia al aumento.

Figura 82. Mortalidad por grandes causas lista 6/67, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades sistema circulatorio	142,9	126,3	145,6	118,1	111,4	132,7	121,1	119,9	138,6	140,1	111,9	139,4	138,9	159,7	105,1	129,2	121,4
Las demás causas	88,9	86,1	87,1	90,0	103,6	135,0	130,7	115,0	95,0	129,2	126,7	112,7	128,1	127,8	115,6	93,0	111,1
Neoplasias	79,2	86,0	74,4	82,6	74,9	90,3	84,1	87,0	85,2	71,2	76,5	102,9	86,0	87,3	92,4	82,4	83,5
Enfermedades transmisibles	26,3	41,9	37,3	43,8	33,0	32,7	30,2	30,8	35,9	37,1	29,6	41,9	37,4	27,6	34,1	31,4	28,8
Causas externas	31,3	33,0	27,5	27,6	24,9	28,8	28,9	39,1	30,8	25,2	19,8	29,5	27,3	19,9	31,9	18,5	27,0
Signos y síntomas mal definidos	5,5	6,4	5,9	6,8	11,9	19,7	23,4	10,7	13,1	17,7	22,2	14,2	5,8	11,8	9,0	14,5	15,2

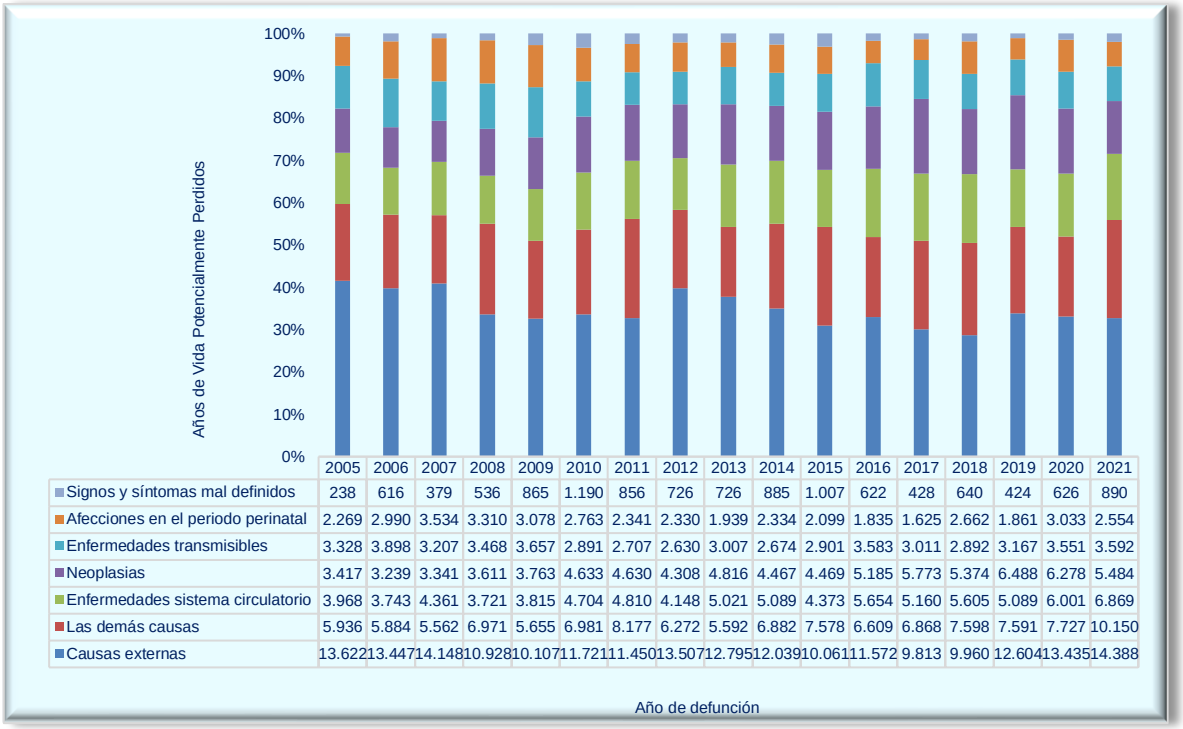
Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.1.3 Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos AVPP, por las causas agrupadas en la lista 6/67 de la OPS, identificando las AVPP como indicador de mortalidad prematura, se observa que el 32,8% (14.388) de dicha mortalidad en el año 2021, es atribuido a causas externas. En segundo lugar, aparecen las demás causas aportando el 23% de los AVPP (agrupación de diagnósticos conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias

nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76)), las enfermedades del sistema circulatorio generaron cada una entre el 23% y 16% del total de AVPP en el último año evaluado. Las enfermedades trasmisibles generaron el 8% (3.592) del total de AVPP en 2021. Es preocupante que continúen las causas externas contribuyendo a este indicador, debido a que son causas en parte prevenibles y que además afectan personas en la edad económicamente productiva, afligiendo no solo a la familia, sino a la sociedad en general, alterando el desarrollo económico y social del territorio (Figura 83).

Figura 83. Distribución porcentual de Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.

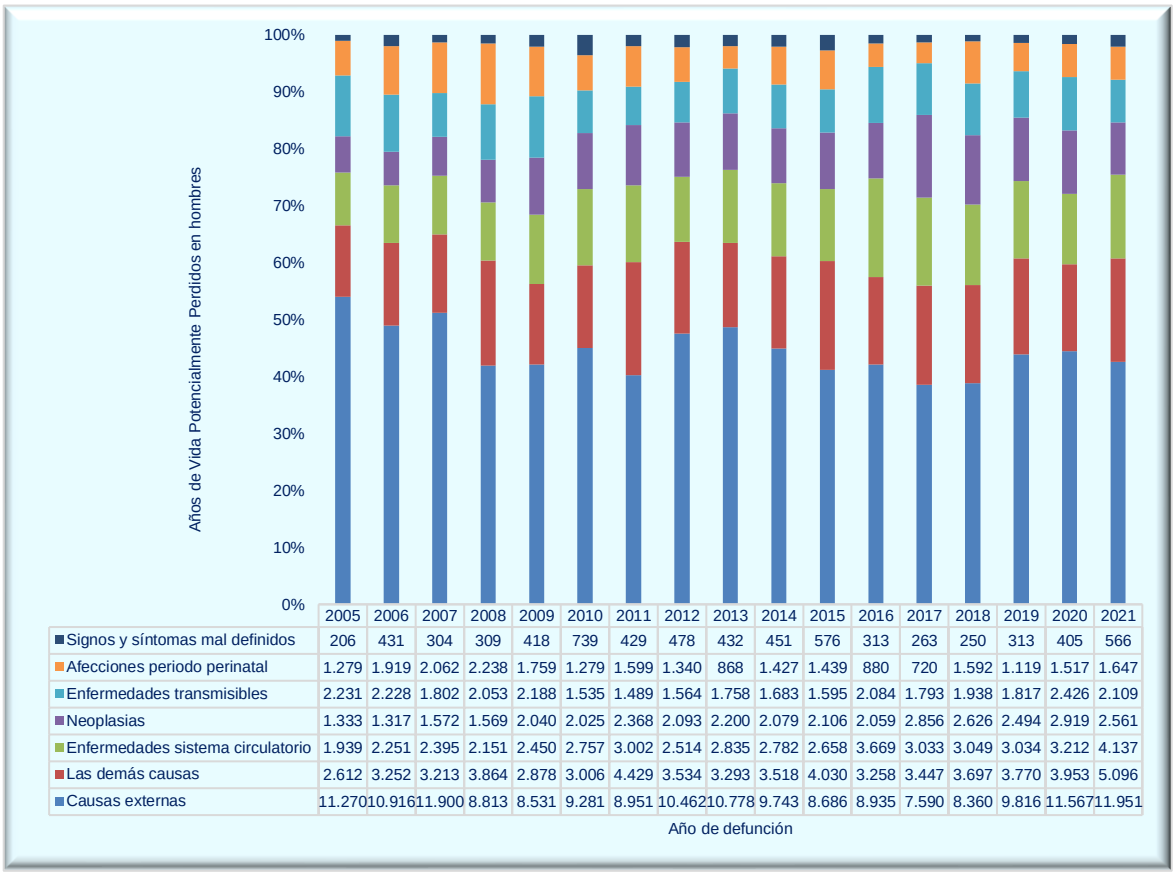


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Signos y síntomas mal definidos	238	616	379	536	865	1.190	856	726	726	885	1.007	622	428	640	424	626	890
Afecciones en el periodo perinatal	2.269	2.990	3.534	3.310	3.078	2.763	2.341	2.330	1.939	2.334	2.099	1.835	1.625	2.662	1.861	3.033	2.554
Enfermedades transmisibles	3.328	3.898	3.207	3.468	3.657	2.891	2.707	2.630	3.007	2.674	2.901	3.583	3.011	2.892	3.167	3.551	3.592
Neoplasias	3.417	3.239	3.341	3.611	3.763	4.633	4.630	4.308	4.816	4.467	4.469	5.185	5.773	5.374	6.488	6.278	5.484
Enfermedades sistema circulatorio	3.968	3.743	4.361	3.721	3.815	4.704	4.810	4.148	5.021	5.089	4.373	5.654	5.160	5.605	5.089	6.001	6.869
Las demás causas	5.936	5.884	5.562	6.971	5.655	6.981	8.177	6.272	5.592	6.882	7.578	6.609	6.868	7.598	7.591	7.727	10.150
Causas externas	13.622	13.447	14.148	10.928	10.107	11.721	11.450	13.507	12.795	12.039	10.061	11.572	9.813	9.960	12.604	13.435	14.388

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Los hombres aportan el 64% de todos los AVPP, equivalentes a 28.067 años perdidos durante el año 2021, lo que significa que ellos tienen más riesgo de morir prematuramente que las mujeres quienes aportan 15.860 AVPP. El mayor número de AVPP en los hombres está dado por las causas externas, registrando 11.951 AVPP en el año 2020, 44% del total de años perdidos en este grupo poblacional; estos datos evidencian una vez más la gran afectación de los hombres con las causas externas de muerte, para lo cual se requiere la intervención de varios sectores de la sociedad. La segunda causa AVPP en los hombres son las demás causas, las cuales generaron el 16% de años potenciales de vida perdidos en este grupo poblacional y las Enfermedades sistema circulatorio aportan el 13% de AVPP (Figura 84).

Figura 84. Distribución porcentual de Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP) en hombres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.

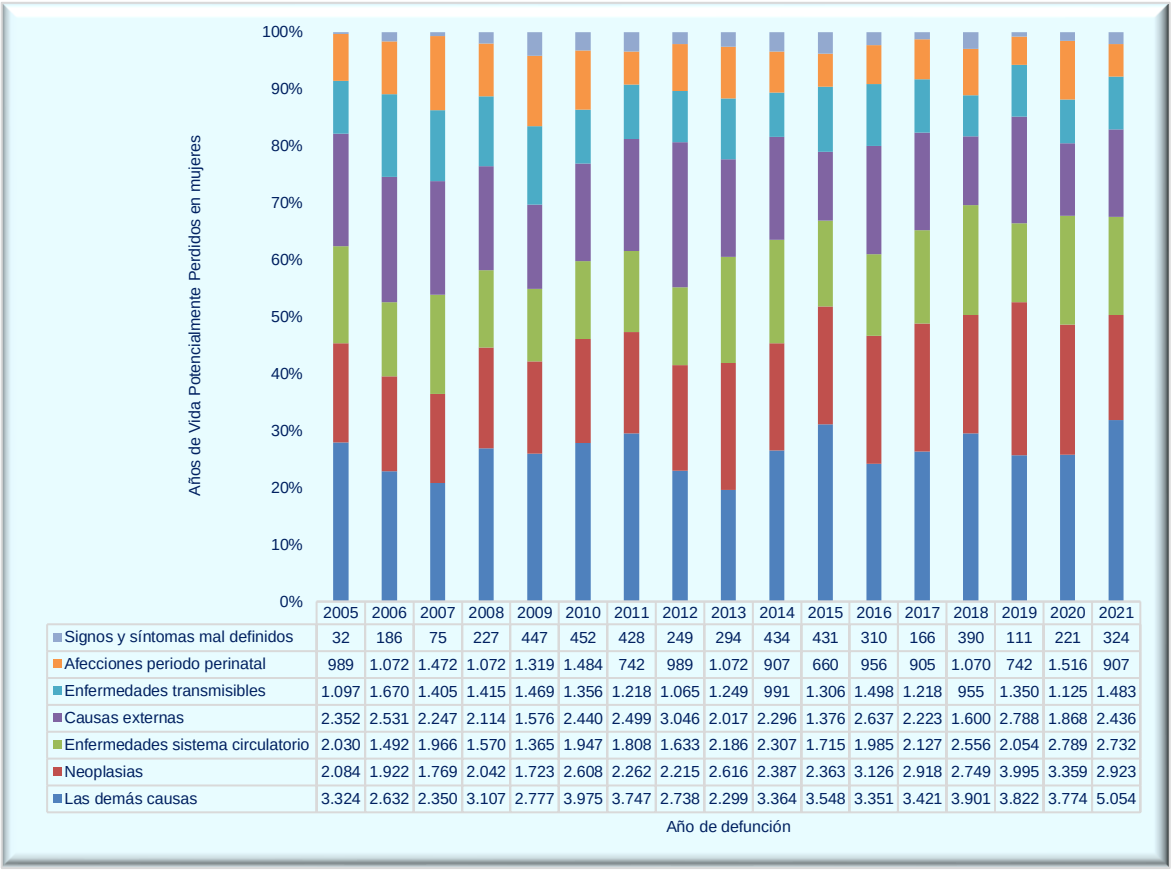


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Signos y síntomas mal definidos	206	431	304	309	418	739	429	478	432	451	576	313	263	250	313	405	566
Afecciones periodo perinatal	1.279	1.919	2.062	2.238	1.759	1.279	1.599	1.340	868	1.427	1.439	880	720	1.592	1.119	1.517	1.647
Enfermedades transmisibles	2.231	2.228	1.802	2.053	2.188	1.535	1.489	1.564	1.758	1.683	1.595	2.084	1.793	1.938	1.817	2.426	2.109
Neoplasias	1.333	1.317	1.572	1.569	2.040	2.025	2.368	2.093	2.200	2.079	2.106	2.059	2.856	2.626	2.494	2.919	2.561
Enfermedades sistema circulatorio	1.939	2.251	2.395	2.151	2.450	2.757	3.002	2.514	2.835	2.782	2.658	3.669	3.033	3.049	3.034	3.212	4.137
Las demás causas	2.612	3.252	3.213	3.864	2.878	3.006	4.429	3.534	3.293	3.518	4.030	3.258	3.447	3.697	3.770	3.953	5.096
Causas externas	11.270	10.916	11.900	8.813	8.531	9.281	8.951	10.462	10.778	9.743	8.686	8.935	7.590	8.360	9.816	11.567	11.951

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

En las mujeres las demás causas aportan el 32% que corresponde al mayor número de AVPP para el año 2021, lo que permite enfocar acciones que faciliten el fortalecimiento de estrategias y modelos relacionadas con estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades crónicas. En segundo lugar, se encuentra los años potenciales de vida perdidos por el grupo de las neoplasias, las cuales generaron el 18% de AVPP en las mujeres, lo que evidencia la necesidad de fortalecer programas de prevención como la vacunación (VPH), detección temprana y tratamiento oportuno, de cara a impactar esta causa de muerte. De otra parte, las enfermedades del sistema circulatorio aportan el 17% de AVPP en las mujeres en el año 2021.

Figura 85. Distribución porcentual de Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP) en mujeres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.



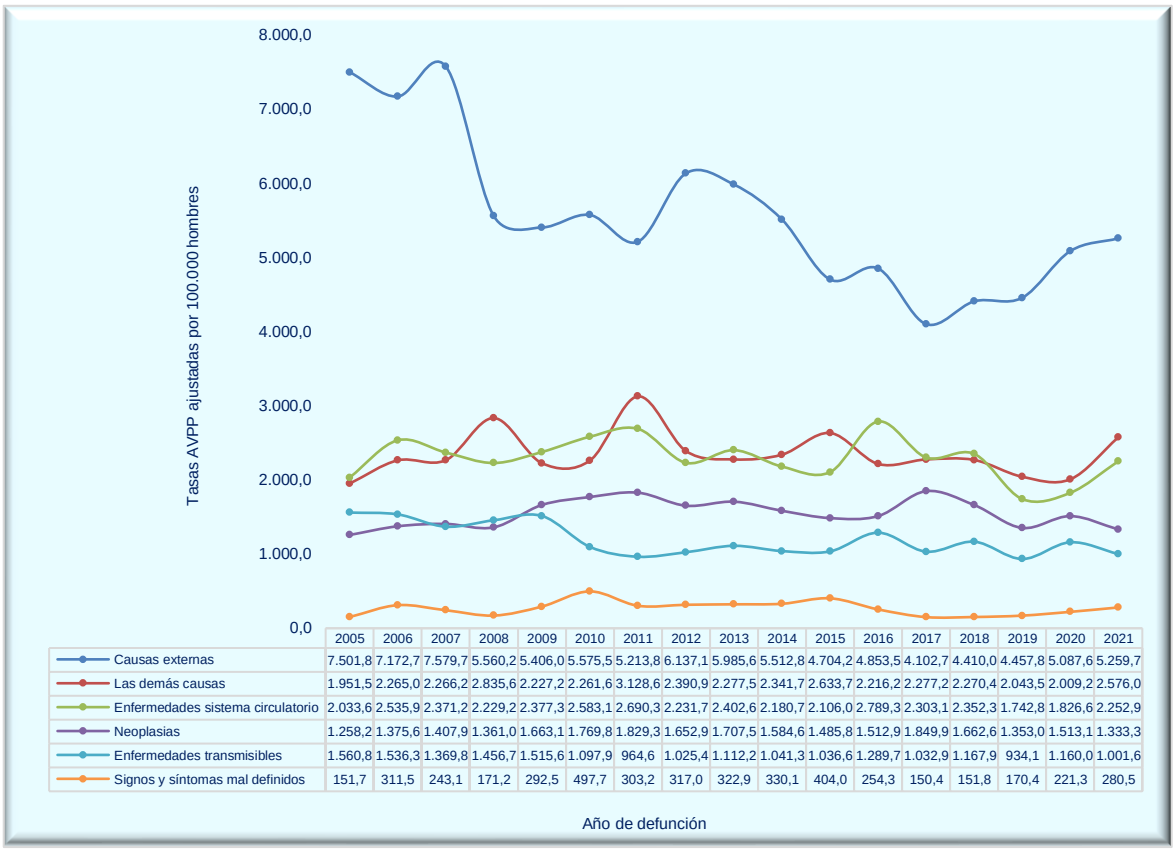
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Signos y síntomas mal definidos	32	186	75	227	447	452	428	249	294	434	431	310	166	390	111	221	324
Afecciones periodo perinatal	989	1.072	1.472	1.072	1.319	1.484	742	989	1.072	907	660	956	905	1.070	742	1.516	907
Enfermedades transmisibles	1.097	1.670	1.405	1.415	1.469	1.356	1.218	1.065	1.249	991	1.306	1.498	1.218	955	1.350	1.125	1.483
Causas externas	2.352	2.531	2.247	2.114	1.576	2.440	2.499	3.046	2.017	2.296	1.376	2.637	2.223	1.600	2.788	1.868	2.436
Enfermedades sistema circulatorio	2.030	1.492	1.966	1.570	1.365	1.947	1.808	1.633	2.186	2.307	1.715	1.985	2.127	2.556	2.054	2.789	2.732
Neoplasias	2.084	1.922	1.769	2.042	1.723	2.608	2.262	2.215	2.616	2.387	2.363	3.126	2.918	2.749	3.995	3.359	2.923
Las demás causas	3.324	2.632	2.350	3.107	2.777	3.975	3.747	2.738	2.299	3.364	3.548	3.351	3.421	3.901	3.822	3.774	5.054

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Durante el período evaluado la principal causa de AVPP en el departamento es el grupo de causas externas, las cuales en el período 2005 y 2007 presentaron las tasas más altas con 4594,4 y 4544,0 AVPP por 100.000 habitantes, a partir de este año se observó una tendencia franca hacia el descenso, que lastimosamente durante los años 2012, 2017 evidencia una curva ligeramente ascendente, con 3980,6 y 3146,5 y AVPP por esta causa y nuevamente a partir del 2019, 2020 y 2021 se presenta una tendencia leve al ascenso con 2869,9, 2964,7 y 3171,9 por tanto, es prioritario que en el departamento se realice un trabajo articulado entre todos los actores y sectores, para impactar de raíz un problema que tiene múltiples causas y está atravesado por intereses de diversa índole.

En segundo lugar, como causa de AVPP se presentan las demás causas “enfermedades crónicas no trasmisibles”, las cuales presentan una tendencia de aumento en los años 2008, 2011, 2015, 2021 con tasas 2510,6, 2868,9, 2479,1 y 2534,1 aparecen como un factor de muerte prematura muy importante en el departamento, en tercer lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 1893,8 AVPP en el año 2021, mientras que las neoplasias fueron el grupo de patologías con el mayor riesgo de generar AVPP con una tasa de 1443,1 AVPP por 100.000 habitantes, las enfermedades trasmisibles presentaron una tasa de 860,2 AVPP por 100.000 habitantes, en el territorio (Figura 86).

Figura 86. Tasa Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.



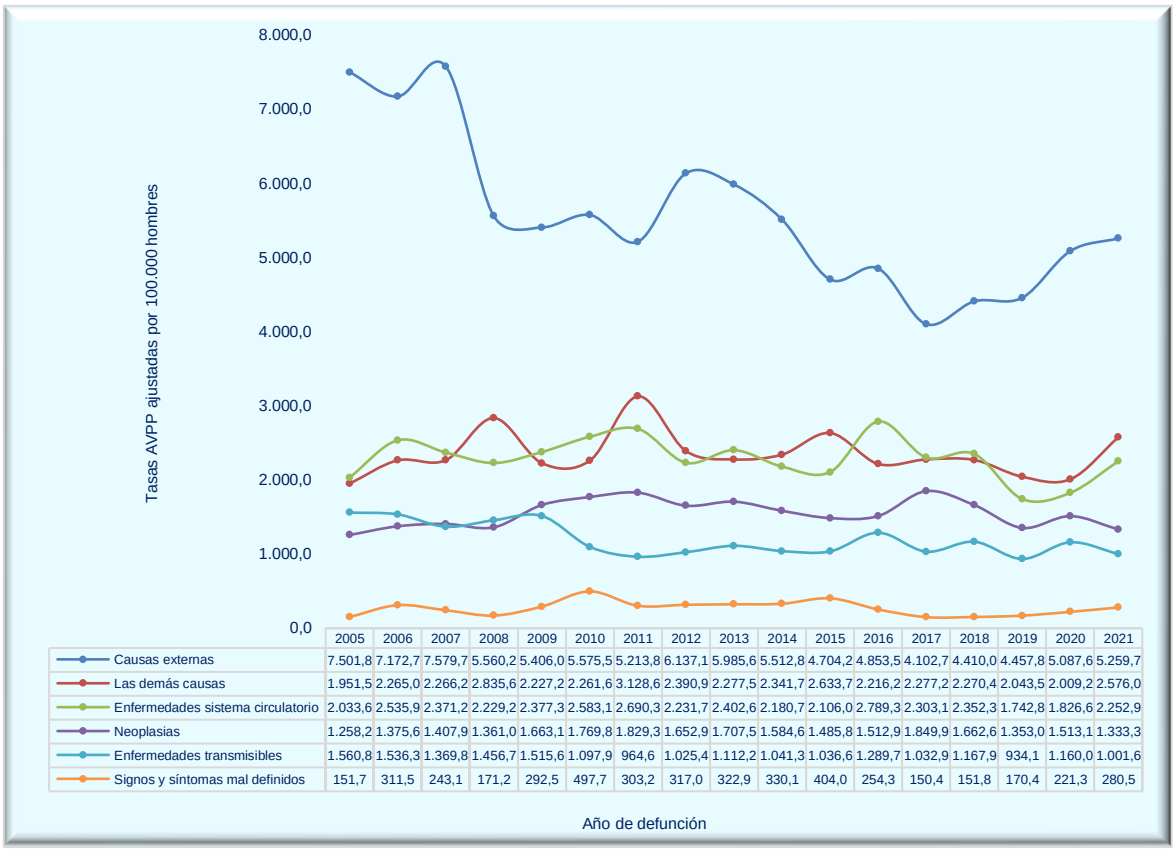
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Causas externas	7.501,8	7.172,7	7.579,7	5.560,2	5.406,0	5.575,5	5.213,8	6.137,1	5.985,6	5.512,8	4.704,2	4.853,5	4.102,7	4.410,0	4.457,8	5.087,6	5.259,7
Las demás causas	1.951,5	2.265,0	2.266,2	2.835,6	2.227,2	2.261,6	3.128,6	2.390,9	2.277,5	2.341,7	2.633,7	2.216,2	2.277,2	2.270,4	2.043,5	2.009,2	2.576,0
Enfermedades sistema circulatorio	2.033,6	2.535,9	2.371,2	2.229,2	2.377,3	2.583,1	2.690,3	2.231,7	2.402,6	2.180,7	2.106,0	2.789,3	2.303,1	2.352,3	1.742,8	1.826,6	2.252,9
Neoplasias	1.258,2	1.375,6	1.407,9	1.361,0	1.663,1	1.769,8	1.829,3	1.652,9	1.707,5	1.584,6	1.485,8	1.512,9	1.849,9	1.662,6	1.353,0	1.513,1	1.333,3
Enfermedades transmisibles	1.560,8	1.536,3	1.369,8	1.456,7	1.515,6	1.097,9	964,6	1.025,4	1.112,2	1.041,3	1.036,6	1.289,7	1.032,9	1.167,9	934,1	1.160,0	1.001,6
Signos y síntomas mal definidos	151,7	311,5	243,1	171,2	292,5	497,7	303,2	317,0	322,9	330,1	404,0	254,3	150,4	151,8	170,4	221,3	280,5

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Las tasas de AVPP en los hombres, nuevamente evidencian claramente como las causas externas se constituyen en el mayor riesgo para generar años perdidos en este grupo, con una tendencia al ascenso a partir del año 2018, observándose en el 2021 una tasa de 5259.7 AVPP por 100.000 hombres. Las demás causas ocupan el segundo lugar con una tasa de 2576,0 AVPP por 100.000 hombres para el 2021 y una tendencia al descenso desde el año 2018 hasta el 2020, pero con un comportamiento ascendente en el año evaluado.

En su orden, las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en tercer lugar con una tendencia de aumento frente al año 2020 y una tasa de 2252,9 AVPP por 100.000 hombres. Las neoplasias tienen una leve tendencia al descenso frente al año 2020 y una tasa de 1333,3 AVPP por 100.000 hombres, así mismo, las enfermedades transmisibles y los signos y síntomas mal definidos presentan un comportamiento de leve aumento para el año 2021 con 1001,6 y 280,5 AVPP por 100.000 hombres del departamento (Figura 87).

Figura 87. Tasa Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), en hombres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.

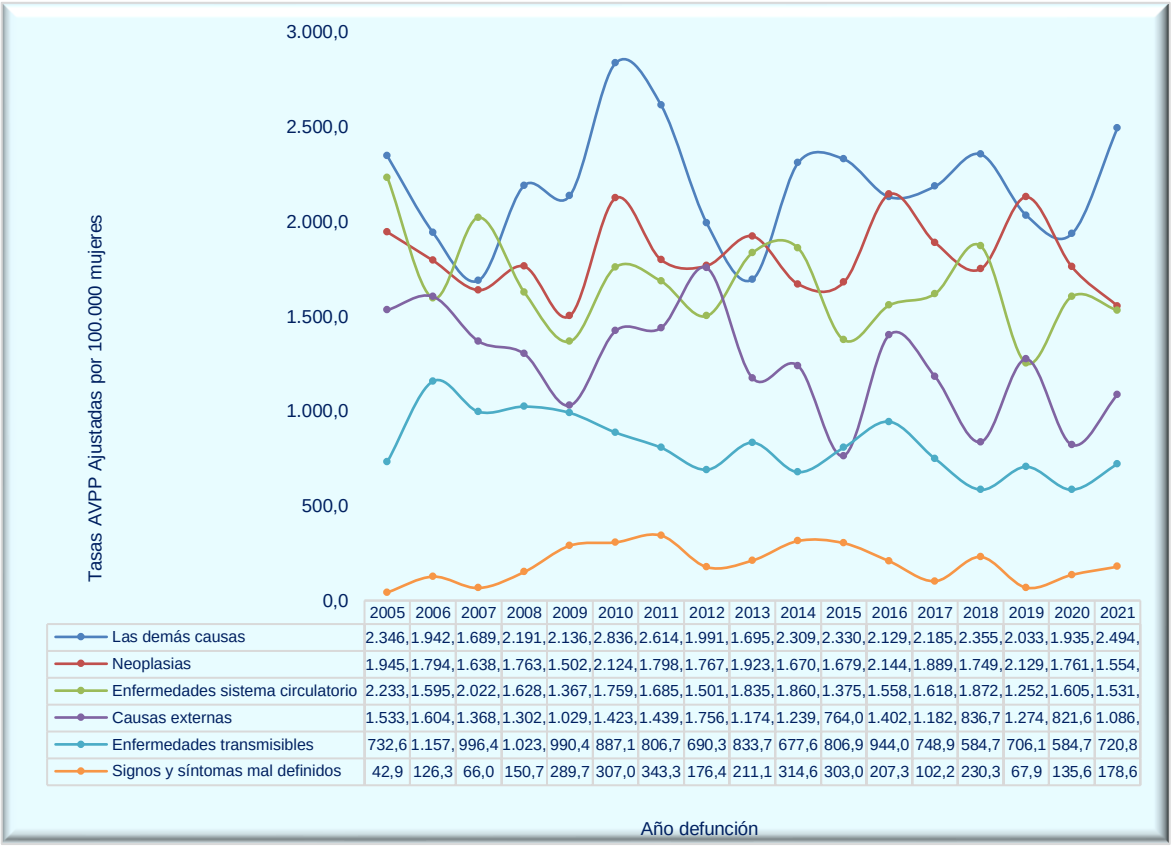


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Causas externas	7.501,8	7.172,7	7.579,7	5.560,2	5.406,0	5.575,5	5.213,8	6.137,1	5.985,6	5.512,8	4.704,2	4.853,5	4.102,7	4.410,0	4.457,8	5.087,6	5.259,7
Las demás causas	1.951,5	2.265,0	2.266,2	2.835,6	2.227,2	2.261,6	3.128,6	2.390,9	2.277,5	2.341,7	2.633,7	2.216,2	2.277,2	2.270,4	2.043,5	2.009,2	2.576,0
Enfermedades sistema circulatorio	2.033,6	2.535,9	2.371,2	2.229,2	2.377,3	2.583,1	2.690,3	2.231,7	2.402,6	2.180,7	2.106,0	2.789,3	2.303,1	2.352,3	1.742,8	1.826,6	2.252,9
Neoplasias	1.258,2	1.375,6	1.407,9	1.361,0	1.663,1	1.769,8	1.829,3	1.652,9	1.707,5	1.584,6	1.485,8	1.512,9	1.849,9	1.662,6	1.353,0	1.513,1	1.333,3
Enfermedades transmisibles	1.560,8	1.536,3	1.369,8	1.456,7	1.515,6	1.097,9	964,6	1.025,4	1.112,2	1.041,3	1.036,6	1.289,7	1.032,9	1.167,9	934,1	1.160,0	1.001,6
Signos y síntomas mal definidos	151,7	311,5	243,1	171,2	292,5	497,7	303,2	317,0	322,9	330,1	404,0	254,3	150,4	151,8	170,4	221,3	280,5

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

En las mujeres las tasas más altas de AVPP, las demás causas, con 2494,5 AVPP por 100.000 mujeres en 2021, con una tendencia ascendente. Le sigue en importancia el grupo de las neoplasias el cual generó una tasa de 1554,7 AVPP por 100.000 mujeres. Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el tercer lugar con una tasa de 1531,6 de AVPP para el año 2021 con una tendencia al aumento frente al año 2020, lo cual coincide con las tasas presentadas en los hombres. Aunque a diferencia de los hombres las causas externas se ubican en un cuarto lugar, se observó en el año 2021 un aumento, siendo de 1086,6 AVPP por 100.000 mujeres (Figura 88).

Figura 88. Tasa Años de vida Potencialmente perdidos (AVPP), en mujeres, según grandes causas lista 6/67. Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Las demás causas	2.346,	1.942,	1.689,	2.191,	2.136,	2.836,	2.614,	1.991,	1.695,	2.309,	2.330,	2.129,	2.185,	2.355,	2.033,	1.935,	2.494,
Neoplasias	1.945,	1.794,	1.638,	1.763,	1.502,	2.124,	1.798,	1.767,	1.923,	1.670,	1.679,	2.144,	1.889,	1.749,	2.129,	1.761,	1.554,
Enfermedades sistema circulatorio	2.233,	1.595,	2.022,	1.628,	1.367,	1.759,	1.685,	1.501,	1.835,	1.860,	1.375,	1.558,	1.618,	1.872,	1.252,	1.605,	1.531,
Causas externas	1.533,	1.604,	1.368,	1.302,	1.029,	1.423,	1.439,	1.756,	1.174,	1.239,	764,0	1.402,	1.182,	836,7	1.274,	821,6	1.086,
Enfermedades transmisibles	732,6	1.157,	996,4	1.023,	990,4	887,1	806,7	690,3	833,7	677,6	806,9	944,0	748,9	584,7	706,1	584,7	720,8
Signos y síntomas mal definidos	42,9	126,3	66,0	150,7	289,7	307,0	343,3	176,4	211,1	314,6	303,0	207,3	102,2	230,3	67,9	135,6	178,6

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2 Mortalidad especifica por subgrupo

7.2.2.1 Mortalidad especifica por subgrupo de causas

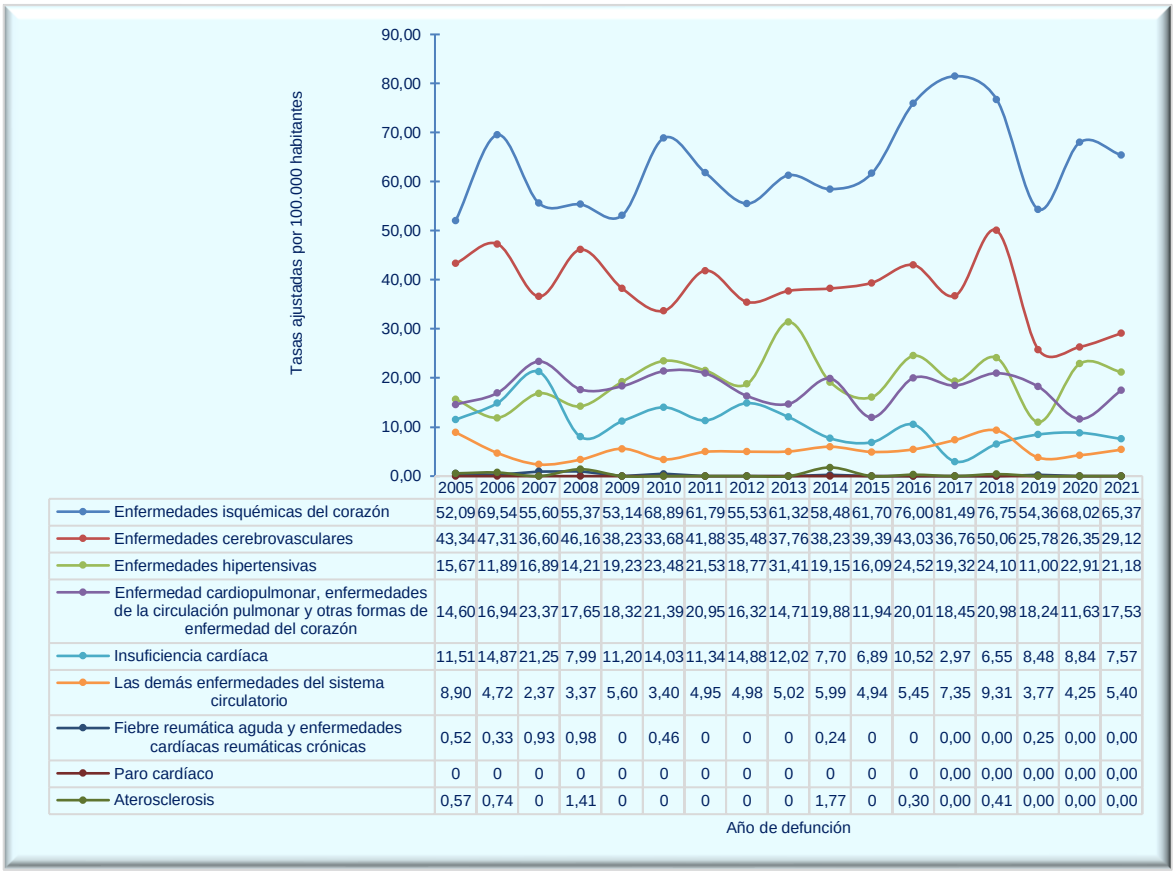
Es importante, revisar cómo se desagregan esos grandes grupos y poder hacer una mayor focalización de las causas, de tal manera que éste análisis aporte más elementos para los tomadores de decisiones. Además, se exalta que durante el período evaluado (2005 a 2021) las enfermedades del sistema circulatorio son las responsables de la tasa más alta de mortalidad en el grupo de grandes causas, comportamiento consistente con lo que pasa en Colombia y el mundo en general, razón por la cual para el análisis de los subgrupos se toma en primer lugar a este subgrupo.

7.2.2.2 Tasa de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio

El riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares en el departamento está dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, siendo el padecimiento que genera el mayor número de estas muertes, con tasas que oscilan en el período 2005 a 2021, entre 52,09 y 65,3 por 100.000 habitantes con una tendencia al descenso en comparación con el año 2020, presentando la tasa más alta del periodo en 2017 con 81,49 por 100.000 habitantes, en segundo lugar se sitúa enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 29,12 por 100.000 habitantes mostrando un leve aumento, y en tercer lugar están las enfermedades hipertensivas con una tasa de 21,18 por 100.000 habitantes en

el año 2021 con una tendencia al descenso, situación que podría relacionarse con los diferentes factores de riesgo desencadenantes como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias, alto nivel de estrés, la diabetes, la edad, entre otros. Además, según la literatura, en los últimos años, los especialistas han observado que existe cierta concentración de patologías cardiovasculares en algunas familias, por lo que se considera que podría existir un indicio de causa genética (Figura 89).

Figura 89. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio. Casanare 2005 a 2021.

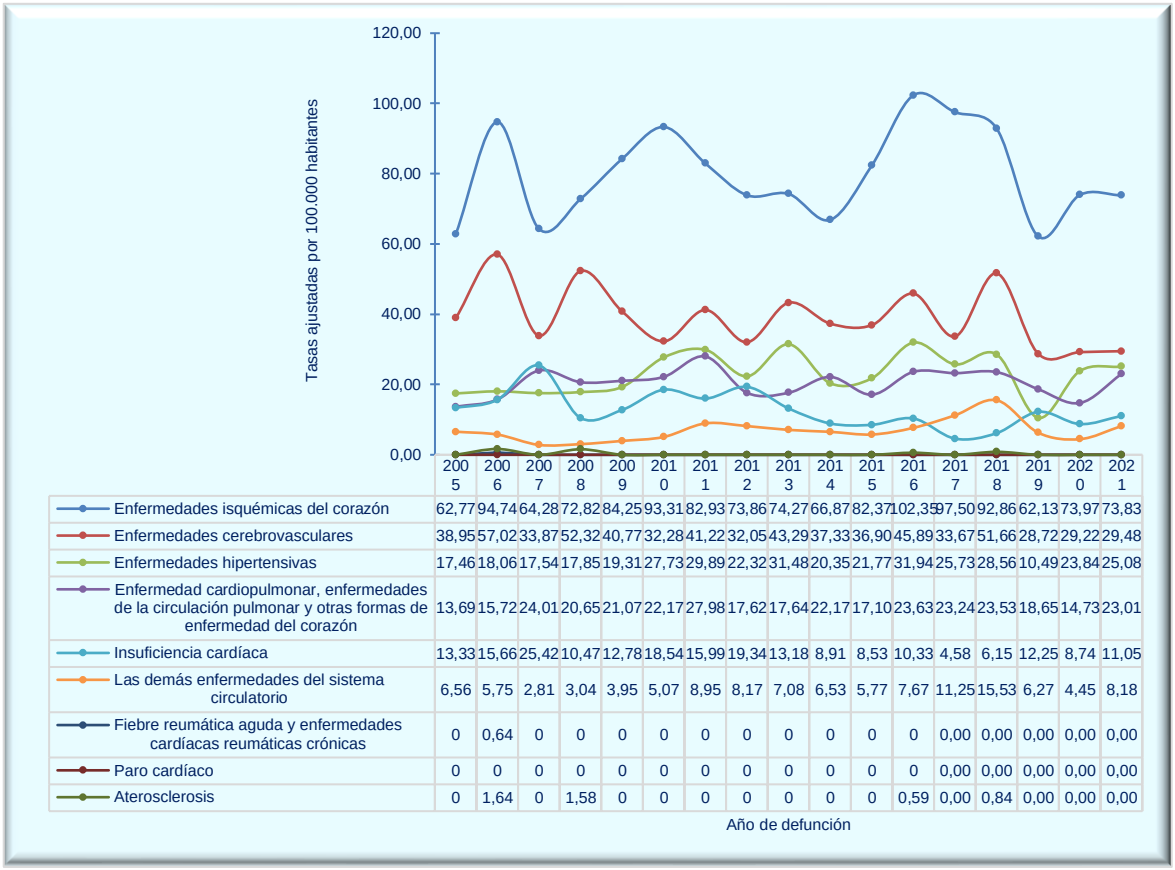


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades isquémicas del corazón	52,09	69,54	55,60	55,37	53,14	68,89	61,79	55,53	61,32	58,48	61,70	76,00	81,49	76,75	54,36	68,02	65,37
Enfermedades cerebrovasculares	43,34	47,31	36,60	46,16	38,23	33,68	41,88	35,48	37,76	38,23	39,39	43,03	36,76	50,06	25,78	26,35	29,12
Enfermedades hipertensivas	15,67	11,89	16,89	14,21	19,23	23,48	21,53	18,77	31,41	19,15	16,09	24,52	19,32	24,10	11,00	22,91	21,18
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	14,60	16,94	23,37	17,65	18,32	21,39	20,95	16,32	14,71	19,88	11,94	20,01	18,45	20,98	18,24	11,63	17,53
Insuficiencia cardíaca	11,51	14,87	21,25	7,99	11,20	14,03	11,34	14,88	12,02	7,70	6,89	10,52	2,97	6,55	8,48	8,84	7,57
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,90	4,72	2,37	3,37	5,60	3,40	4,95	4,98	5,02	5,99	4,94	5,45	7,35	9,31	3,77	4,25	5,40
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,52	0,33	0,93	0,98	0	0,46	0	0	0	0,24	0	0	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00
Paro cardíaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aterosclerosis	0,57	0,74	0	1,41	0	0	0	0	0	1,77	0	0,30	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Respecto al riesgo de tener una patología cardiovascular, los hombres presentan mayor riesgo que las mujeres, debido a que los expertos atribuyen que las hormonas femeninas ejercen un efecto protector; de hecho, con la menopausia, se produce un aumento del índice de las enfermedades del corazón en la mujer. Para el periodo evaluado 2005 a 2021 la patología del sistema circulatorio por la que más se enferman los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares con tasas que oscilan entre 62,77 a 73,83 por 100.000 hombres con un comportamiento similar para el año 2021 frente al año anterior (Figura 90).

Figura 90. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio, en hombres, Casanare 2005 a 2021.

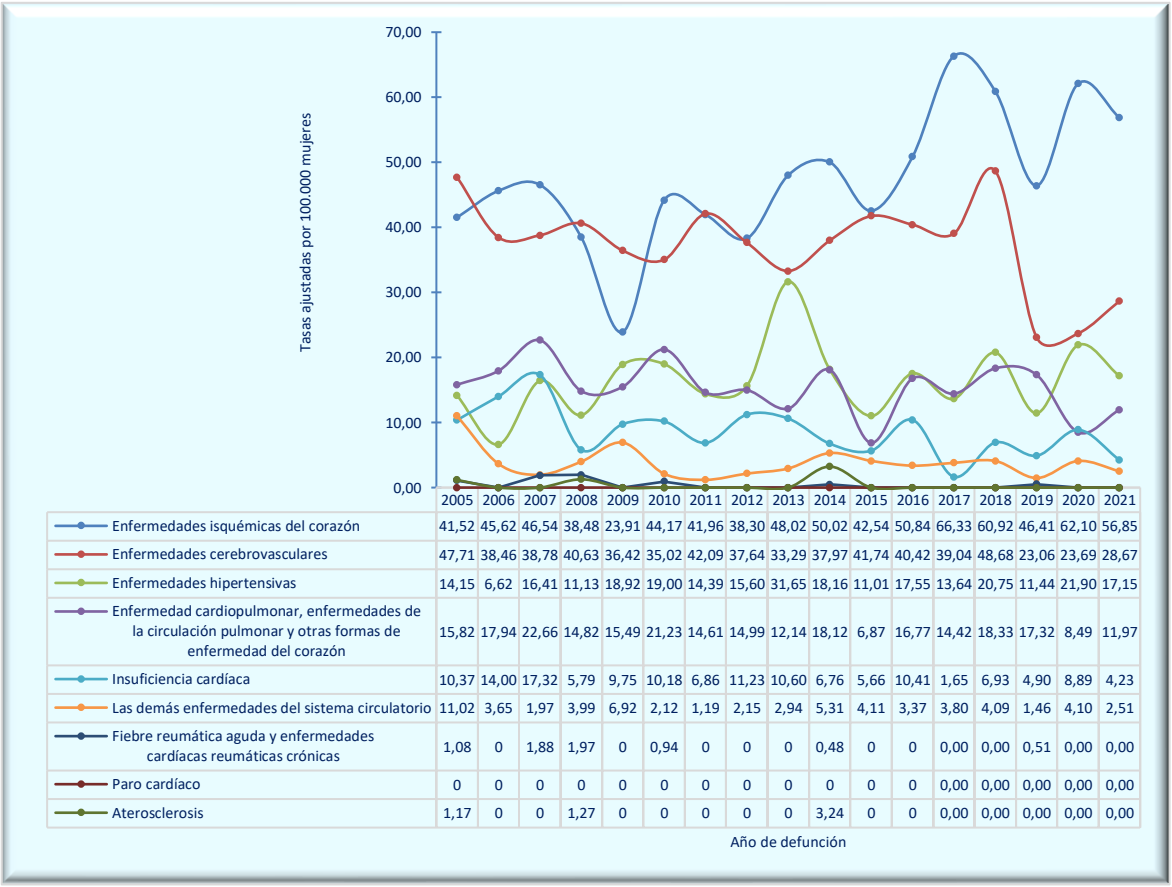


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades isquémicas del corazón	62,77	94,74	64,28	72,82	84,25	93,31	82,93	73,86	74,27	66,87	82,37	102,35	97,50	92,86	62,13	73,97	73,83
Enfermedades cerebrovasculares	38,95	57,02	33,87	52,32	40,77	32,28	41,22	32,05	43,29	37,33	36,90	45,89	33,67	51,66	28,72	29,22	29,48
Enfermedades hipertensivas	17,46	18,06	17,54	17,85	19,31	27,73	29,89	22,32	31,48	20,35	21,77	31,94	25,73	28,56	10,49	23,84	25,08
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	13,69	15,72	24,01	20,65	21,07	22,17	27,98	17,62	17,64	22,17	17,10	23,63	23,24	23,53	18,65	14,73	23,01
Insuficiencia cardíaca	13,33	15,66	25,42	10,47	12,78	18,54	15,99	19,34	13,18	8,91	8,53	10,33	4,58	6,15	12,25	8,74	11,05
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,56	5,75	2,81	3,04	3,95	5,07	8,95	8,17	7,08	6,53	5,77	7,67	11,25	15,53	6,27	4,45	8,18
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0	0,64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Paro cardíaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aterosclerosis	0	1,64	0	1,58	0	0	0	0	0	0	0	0,59	0,00	0,84	0,00	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

En las mujeres el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares está dado en primer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, con tasas que oscilan en el período 2005 -2021, entre 41,5 y 56,85 por 100.000 mujeres y una tendencia al descenso frente al año anterior. Para el año 2021 la tasa fue de 28,7 defunciones por 100.000 mujeres, seguido de las enfermedades cerebrovasculares, en tercer lugar, se encuentran las enfermedades hipertensivas con tasas de 14,1 y 17,5 defunciones por 100.000 mujeres, evidenciándose una leve disminución de 4,3 puntos porcentuales frente al año anterior (Figura 91).

Figura 91. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades del sistema circulatorio, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades isquémicas del corazón	41,52	45,62	46,54	38,48	23,91	44,17	41,96	38,30	48,02	50,02	42,54	50,84	66,33	60,92	46,41	62,10	56,85
Enfermedades cerebrovasculares	47,71	38,46	38,78	40,63	36,42	35,02	42,09	37,64	33,29	37,97	41,74	40,42	39,04	48,68	23,06	23,69	28,67
Enfermedades hipertensivas	14,15	6,62	16,41	11,13	18,92	19,00	14,39	15,60	31,65	18,16	11,01	17,55	13,64	20,75	11,44	21,90	17,15
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	15,82	17,94	22,66	14,82	15,49	21,23	14,61	14,99	12,14	18,12	6,87	16,77	14,42	18,33	17,32	8,49	11,97
Insuficiencia cardíaca	10,37	14,00	17,32	5,79	9,75	10,18	6,86	11,23	10,60	6,76	5,66	10,41	1,65	6,93	4,90	8,89	4,23
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	11,02	3,65	1,97	3,99	6,92	2,12	1,19	2,15	2,94	5,31	4,11	3,37	3,80	4,09	1,46	4,10	2,51
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1,08	0	1,88	1,97	0	0,94	0	0	0	0,48	0	0	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00
Paro cardíaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aterosclerosis	1,17	0	0	1,27	0	0	0	0	0	3,24	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

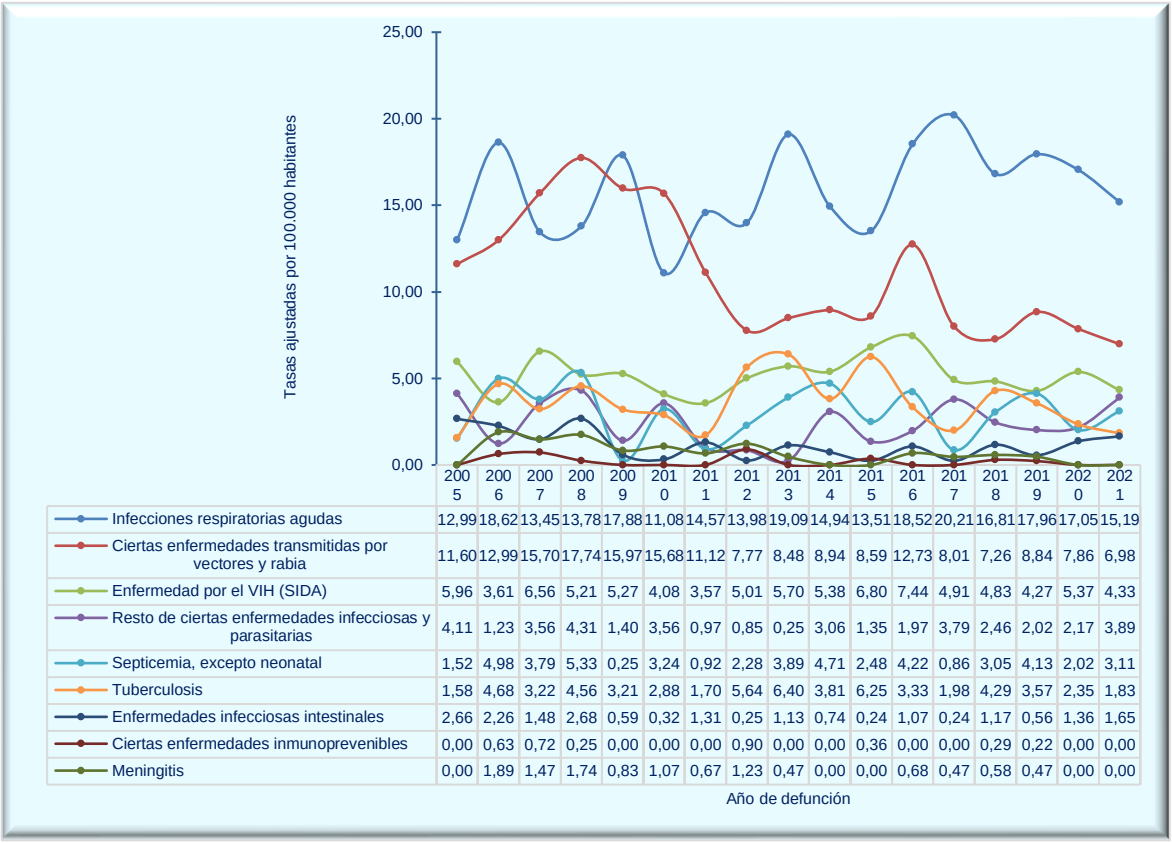
Año de defunción

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2.3 Tasa de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles.

Durante todo el período evaluado las infecciones respiratorias son las responsables de la tasa más alta de mortalidad en este grupo de causas y en los períodos comprendidos entre el 2006, 2007, 2013 y 2017 continúa una clara tendencia al aumento. En el año 2021 a pesar que sigue siendo la primera causa de mortalidad en este grupo, se observó una leve disminución con relación al año 2021, con una tasa de 15 defunciones por 100.000 habitantes, con una mayor presentación en hombres que mujeres. En segundo lugar, en este grupo de causas se observan ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, con una tasa de 6,98 muertes por 100.000 habitantes, y continúa una leve tendencia al descenso frente al año anterior, tanto en hombres como en mujeres. En tercer lugar, se ubica el VIH/SIDA, con una tasa de 4,3 defunciones por 100.000 habitantes, con un leve descenso frente al año 2020, se evidencia una clara diferencia en el riesgo asociada al sexo, para hombres es mayor la tasa de incidencia frente a las mujeres con 6,94 fallecimientos por 100.000 hombres. (Figura 92, Figura 93 y Figura 94).

Figura 92. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades Transmisibles, Casanare 2005 a 2021.

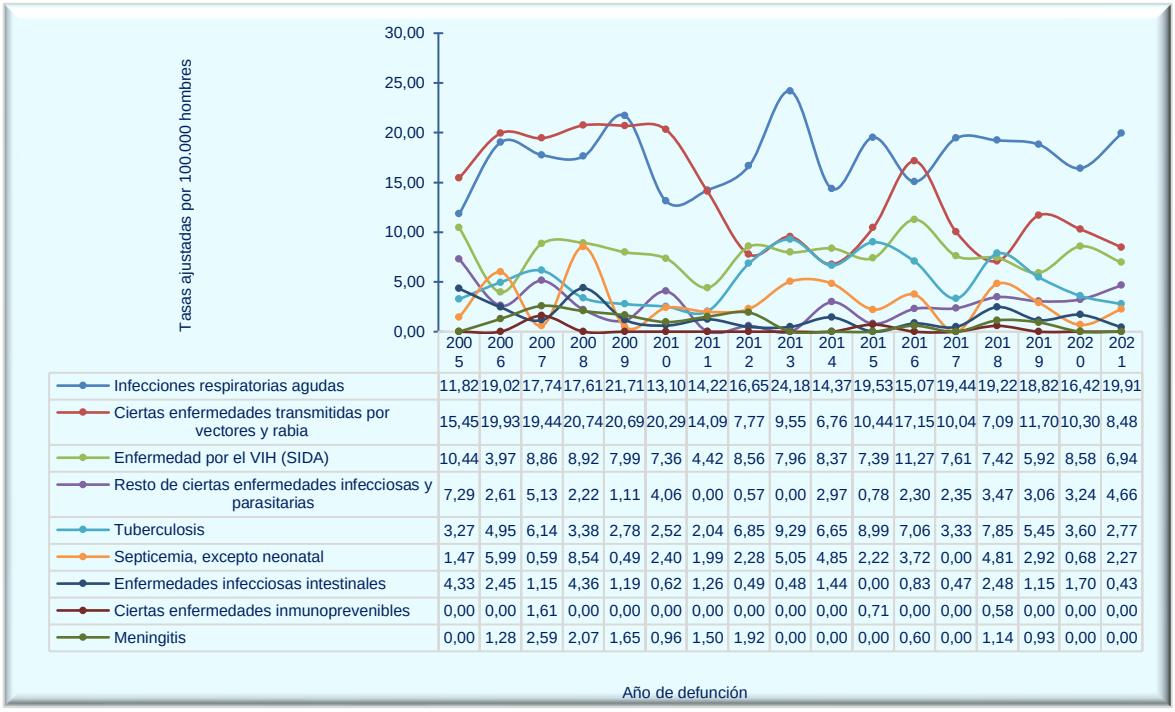


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Infecciones respiratorias agudas	12,99	18,62	13,45	13,78	17,88	11,08	14,57	13,98	19,09	14,94	13,51	18,52	20,21	16,81	17,96	17,05	15,19
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	11,60	12,99	15,70	17,74	15,97	15,68	11,12	7,77	8,48	8,94	8,59	12,73	8,01	7,26	8,84	7,86	6,98
Enfermedad por el VIH (SIDA)	5,96	3,61	6,56	5,21	5,27	4,08	3,57	5,01	5,70	5,38	6,80	7,44	4,91	4,83	4,27	5,37	4,33
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,11	1,23	3,56	4,31	1,40	3,56	0,97	0,85	0,25	3,06	1,35	1,97	3,79	2,46	2,02	2,17	3,89
Septicemia, excepto neonatal	1,52	4,98	3,79	5,33	0,25	3,24	0,92	2,28	3,89	4,71	2,48	4,22	0,86	3,05	4,13	2,02	3,11
Tuberculosis	1,58	4,68	3,22	4,56	3,21	2,88	1,70	5,64	6,40	3,81	6,25	3,33	1,98	4,29	3,57	2,35	1,83
Enfermedades infecciosas intestinales	2,66	2,26	1,48	2,68	0,59	0,32	1,31	0,25	1,13	0,74	0,24	1,07	0,24	1,17	0,56	1,36	1,65
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,63	0,72	0,25	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,29	0,22	0,00	0,00
Meningitis	0,00	1,89	1,47	1,74	0,83	1,07	0,67	1,23	0,47	0,00	0,00	0,68	0,47	0,58	0,47	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

La disminución en la tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles se presentó en mujeres mientras que en hombres presentó un leve incremento, sin embargo, en ambos grupos poblacionales, la infección respiratoria representa el mayor riesgo de mortalidad por enfermedades trasmisibles, en segundo lugar, están ciertas enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis con una tasa de 8,4 fallecimientos por 100.000 hombres y de 5,5 defunciones por 100.000 mujeres, seguido de enfermedad por el VIH con una tasa de 6,94 defunciones por 100.000 hombres para el año 2021 y con un descenso significativo frente al año 2020, a diferencia de las mujeres, donde representa la sexta causa de muerte dentro de este subgrupo, y la tercera causa de muerte está dada por la septicemia excepto neonatal con una tasa de 3,8 fallecimientos por 100.000 mujeres. La cuarta causa de mortalidad tanto para hombres como mujeres, es restos de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, patología que está asociada a condiciones socio-económicas precarias, deficitario acceso a los servicios de salud y factores propios del individuo como su sistema inmunológico, entre los cuales el VIH/SIDA, tuberculosis, entre otras. (Figura 93 y Figura 94).

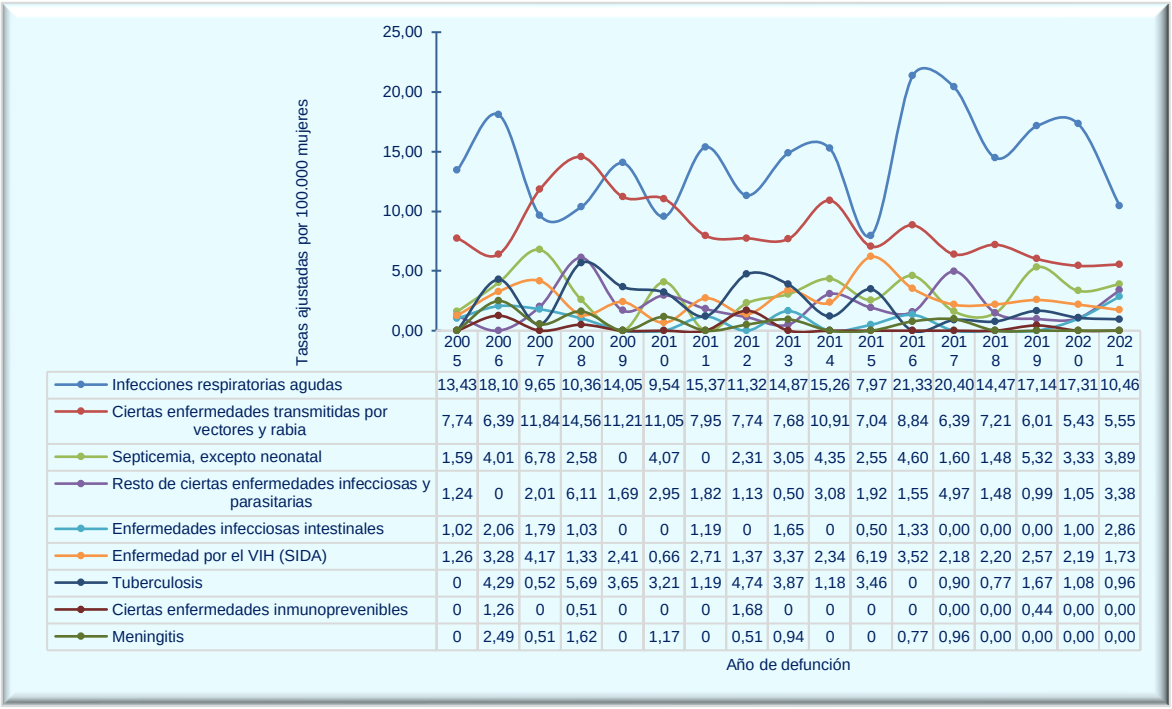
Figura 93. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades Transmisibles, en hombres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Infecciones respiratorias agudas	11,82	19,02	17,74	17,61	21,71	13,10	14,22	16,65	24,18	14,37	19,53	15,07	19,44	19,22	18,82	16,42	19,91
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	15,45	19,93	19,44	20,74	20,69	20,29	14,09	7,77	9,55	6,76	10,44	17,15	10,04	7,09	11,70	10,30	8,48
Enfermedad por el VIH (SIDA)	10,44	3,97	8,86	8,92	7,99	7,36	4,42	8,56	7,96	8,37	7,39	11,27	7,61	7,42	5,92	8,58	6,94
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7,29	2,61	5,13	2,22	1,11	4,06	0,00	0,57	0,00	2,97	0,78	2,30	2,35	3,47	3,06	3,24	4,66
Tuberculosis	3,27	4,95	6,14	3,38	2,78	2,52	2,04	6,85	9,29	6,65	8,99	7,06	3,33	7,85	5,45	3,60	2,77
Septicemia, excepto neonatal	1,47	5,99	0,59	8,54	0,49	2,40	1,99	2,28	5,05	4,85	2,22	3,72	0,00	4,81	2,92	0,68	2,27
Enfermedades infecciosas intestinales	4,33	2,45	1,15	4,36	1,19	0,62	1,26	0,49	0,48	1,44	0,00	0,83	0,47	2,48	1,15	1,70	0,43
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,00	1,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00	0,00	0,58	0,00	0,00	0,00
Meningitis	0,00	1,28	2,59	2,07	1,65	0,96	1,50	1,92	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	1,14	0,93	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Figura 94. Tasa de Mortalidad ajustada por enfermedades Transmisibles, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



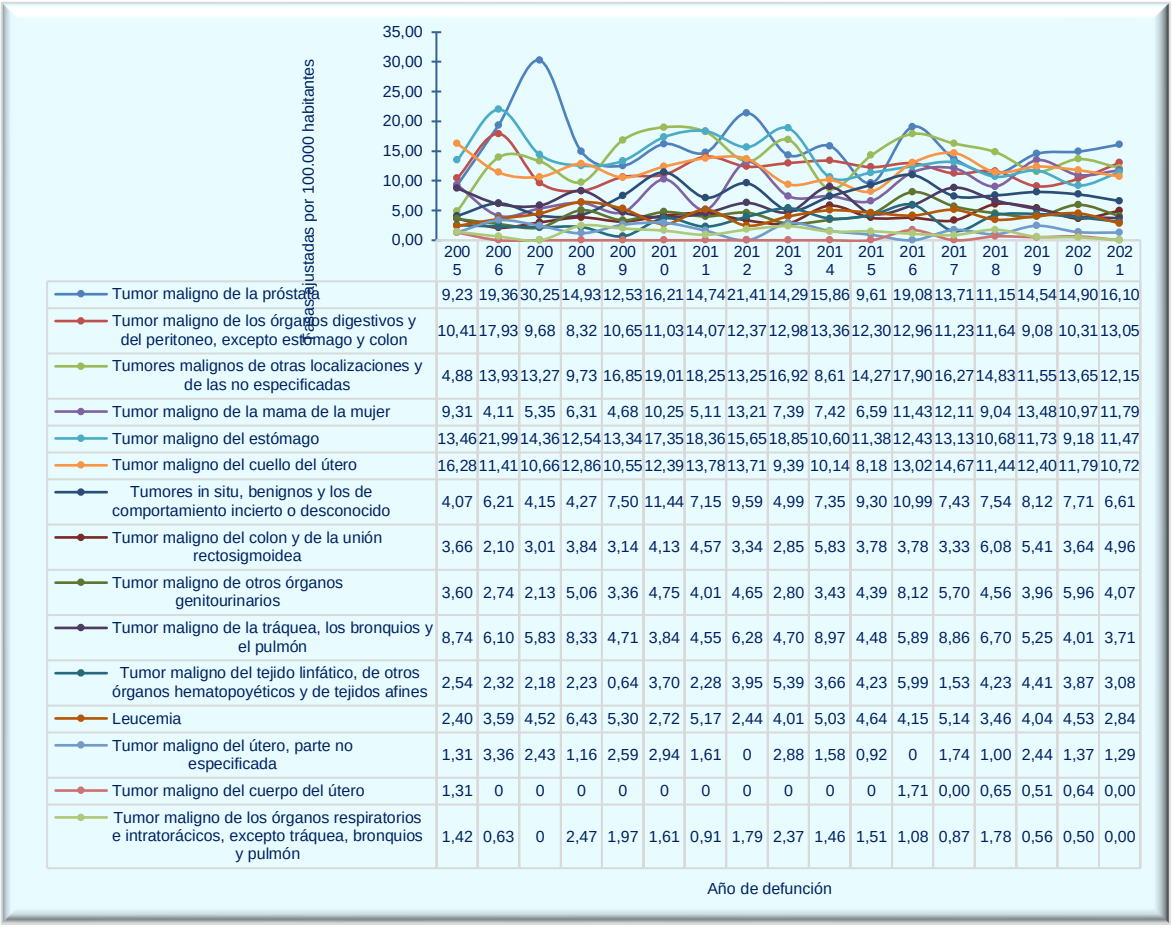
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Infecciones respiratorias agudas	13,43	18,10	9,65	10,36	14,05	9,54	15,37	11,32	14,87	15,26	7,97	21,33	20,40	14,47	17,14	17,31	10,46
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	7,74	6,39	11,84	14,56	11,21	11,05	7,95	7,74	7,68	10,91	7,04	8,84	6,39	7,21	6,01	5,43	5,55
Septicemia, excepto neonatal	1,59	4,01	6,78	2,58	0	4,07	0	2,31	3,05	4,35	2,55	4,60	1,60	1,48	5,32	3,33	3,89
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,24	0	2,01	6,11	1,69	2,95	1,82	1,13	0,50	3,08	1,92	1,55	4,97	1,48	0,99	1,05	3,38
Enfermedades infecciosas intestinales	1,02	2,06	1,79	1,03	0	0	1,19	0	1,65	0	0,50	1,33	0,00	0,00	0,00	1,00	2,86
Enfermedad por el VIH (SIDA)	1,26	3,28	4,17	1,33	2,41	0,66	2,71	1,37	3,37	2,34	6,19	3,52	2,18	2,20	2,57	2,19	1,73
Tuberculosis	0	4,29	0,52	5,69	3,65	3,21	1,19	4,74	3,87	1,18	3,46	0	0,90	0,77	1,67	1,08	0,96
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0	1,26	0	0,51	0	0	0	1,68	0	0	0	0	0,00	0,00	0,44	0,00	0,00
Meningitis	0	2,49	0,51	1,62	0	1,17	0	0,51	0,94	0	0	0,77	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2.4 Tasa de mortalidad por Neoplasias.

A partir del año 2015 el tumor maligno de próstata, tumor maligno de cáncer de cuello uterino y los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, se han ubicado en los primeros lugares con las tasas más altas y sostenidas de mortalidad en el grupo de las neoplasias, situación similar para tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, tumor maligno del estómago y tumor maligno de la mama de la mujer. Para el año 2021, en primer lugar, se reporta tumor maligno de la próstata con una tasa de 16,1 muertes por 100.000 habitantes, con una tendencia ascendente, seguido de tumores malignos de los órganos digestivos, y del peritoneo excepto estómago y colon con 13,05 fallecimiento por 100.000 habitantes con una leve tendencia al aumento, tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con 12,1 defunciones por 100.000 habitantes con un leve descenso, tumor maligno de la mama con 11,79 defunciones, tumor maligno de estómago con 11,47 defunciones, con un leve aumento frente al año anterior, seguido de tumor maligno de cuello uterino con 10,7 defunciones por 100.000 habitantes y una leve tendencia a la disminución frente al año anterior (Figura 95).

Figura 95. Tasa de Mortalidad ajustada por Neoplasias, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tumor maligno de la próstata	9,23	19,36	30,25	14,93	12,53	16,21	14,74	21,41	14,29	15,86	9,61	19,08	13,71	11,15	14,54	14,90	16,10
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,41	17,93	9,68	8,32	10,65	11,03	14,07	12,37	12,98	13,36	12,30	12,96	11,23	11,64	9,08	10,31	13,05
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	4,88	13,93	13,27	9,73	16,85	19,01	18,25	13,25	16,92	8,61	14,27	17,90	16,27	14,83	11,55	13,65	12,15
Tumor maligno de la mama de la mujer	9,31	4,11	5,35	6,31	4,68	10,25	5,11	13,21	7,39	7,42	6,59	11,43	12,11	9,04	13,48	10,97	11,79
Tumor maligno del estómago	13,46	21,99	14,36	12,54	13,34	17,35	18,36	15,65	18,85	10,60	11,38	12,43	13,13	10,68	11,73	9,18	11,47
Tumor maligno del cuello del útero	16,28	11,41	10,66	12,86	10,55	12,39	13,78	13,71	9,39	10,14	8,18	13,02	14,67	11,44	12,40	11,79	10,72
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	4,07	6,21	4,15	4,27	7,50	11,44	7,15	9,59	4,99	7,35	9,30	10,99	7,43	7,54	8,12	7,71	6,61
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	3,66	2,10	3,01	3,84	3,14	4,13	4,57	3,34	2,85	5,83	3,78	3,78	3,33	6,08	5,41	3,64	4,96
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,60	2,74	2,13	5,06	3,36	4,75	4,01	4,65	2,80	3,43	4,39	8,12	5,70	4,56	3,96	5,96	4,07
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,74	6,10	5,83	8,33	4,71	3,84	4,55	6,28	4,70	8,97	4,48	5,89	8,86	6,70	5,25	4,01	3,71
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2,54	2,32	2,18	2,23	0,64	3,70	2,28	3,95	5,39	3,66	4,23	5,99	1,53	4,23	4,41	3,87	3,08
Leucemia	2,40	3,59	4,52	6,43	5,30	2,72	5,17	2,44	4,01	5,03	4,64	4,15	5,14	3,46	4,04	4,53	2,84
Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,31	3,36	2,43	1,16	2,59	2,94	1,61	0	2,88	1,58	0,92	0	1,74	1,00	2,44	1,37	1,29
Tumor maligno del cuerpo del útero	1,31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,71	0,00	0,65	0,51	0,64	0,00
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,42	0,63	0	2,47	1,97	1,61	0,91	1,79	2,37	1,46	1,51	1,08	0,87	1,78	0,56	0,50	0,00

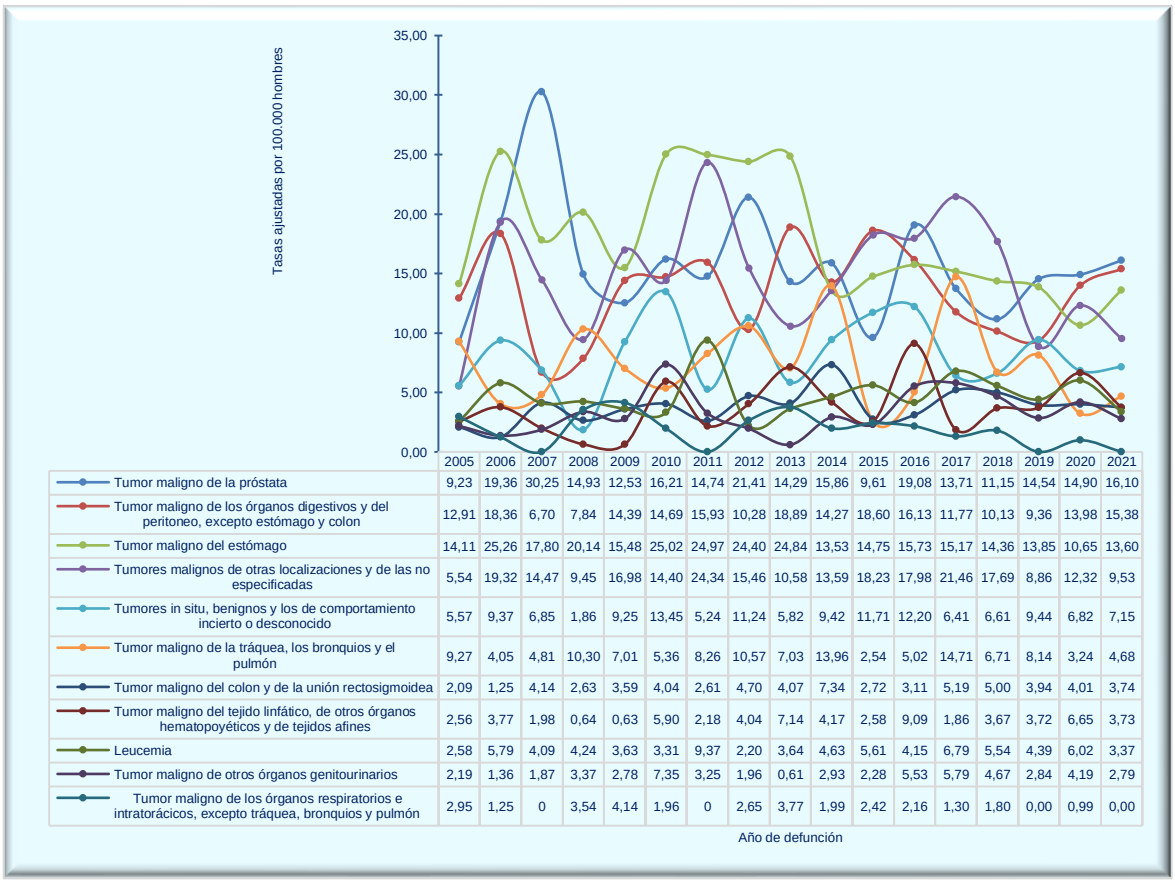
Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Durante el año 2021, los tumores de próstata y tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y tumores malignos del estómago son las tres primeras causas de muerte en hombres con tasas de 16,1, 15,3 y 13,6 defunciones por 100.000 hombres, con una tendencia ascendente. En mujeres los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, tumor maligno de la mamá y tumor maligno del cuello uterino representan las tasas más altas de mortalidad para este subgrupo, con tasas de 14,5, 11,79 y 10,7 fallecimientos por 100.000 mujeres, con un comportamiento descendente en la primera y tercera subcausa y un leve descenso en tumor maligno de la mama, estos comportamientos de incremento pueden estar relacionado a una mayor oportunidad en el diagnóstico y tratamiento en este tipo de tumor, por lo que se hace indispensable establecer estrategias de detección temprana articuladas a los servicios de salud, con el fin de garantizar una atención médica oportuna y pertinente de cara a aumentar la sobrevida.

De otra parte, es importante que en los actores y sectores responsables, revise el comportamiento de este tipo de cáncer por zona rural y urbana, debido al acceso a los diagnósticos y tratamientos que genera una inequidad en contra de las mujeres que habitan los municipios más alejados, en la zona rural, afectadas por barreras económicas, geográficas y culturales, para las cuales no operan de una manera oportuna los programas de detección temprana, promoción y mantenimiento frente a las

cuales se hace necesario fortalecer, tanto el recurso humano, como tecnológico de la región. (Figura 96 y Figura 97).

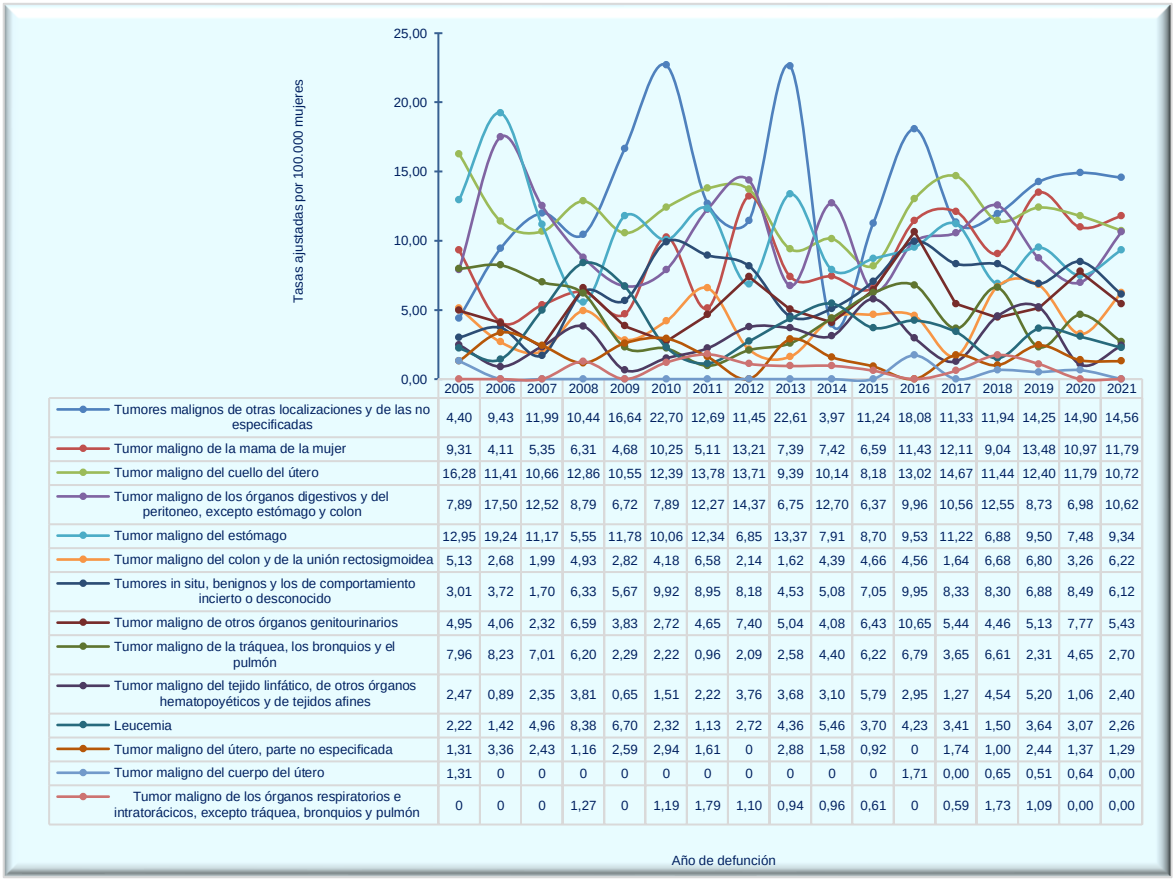
Figura 96. Tasa de Mortalidad ajustada por Neoplasias, en hombres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tumor maligno de la próstata	9,23	19,36	30,25	14,93	12,53	16,21	14,74	21,41	14,29	15,86	9,61	19,08	13,71	11,15	14,54	14,90	16,10
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	12,91	18,36	6,70	7,84	14,39	14,69	15,93	10,28	18,89	14,27	18,60	16,13	11,77	10,13	9,36	13,98	15,38
Tumor maligno del estómago	14,11	25,26	17,80	20,14	15,48	25,02	24,97	24,40	24,84	13,53	14,75	15,73	15,17	14,36	13,85	10,65	13,60
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	5,54	19,32	14,47	9,45	16,98	14,40	24,34	15,46	10,58	13,59	18,23	17,98	21,46	17,69	8,86	12,32	9,53
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	5,57	9,37	6,85	1,86	9,25	13,45	5,24	11,24	5,82	9,42	11,71	12,20	6,41	6,61	9,44	6,82	7,15
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	9,27	4,05	4,81	10,30	7,01	5,36	8,26	10,57	7,03	13,96	2,54	5,02	14,71	6,71	8,14	3,24	4,68
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	2,09	1,25	4,14	2,63	3,59	4,04	2,61	4,70	4,07	7,34	2,72	3,11	5,19	5,00	3,94	4,01	3,74
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2,56	3,77	1,98	0,64	0,63	5,90	2,18	4,04	7,14	4,17	2,58	9,09	1,86	3,67	3,72	6,65	3,73
Leucemia	2,58	5,79	4,09	4,24	3,63	3,31	9,37	2,20	3,64	4,63	5,61	4,15	6,79	5,54	4,39	6,02	3,37
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	2,19	1,36	1,87	3,37	2,78	7,35	3,25	1,96	0,61	2,93	2,28	5,53	5,79	4,67	2,84	4,19	2,79
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,95	1,25	0	3,54	4,14	1,96	0	2,65	3,77	1,99	2,42	2,16	1,30	1,80	0,00	0,99	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Figura 97. Tasa de Mortalidad ajustada por Neoplasias, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



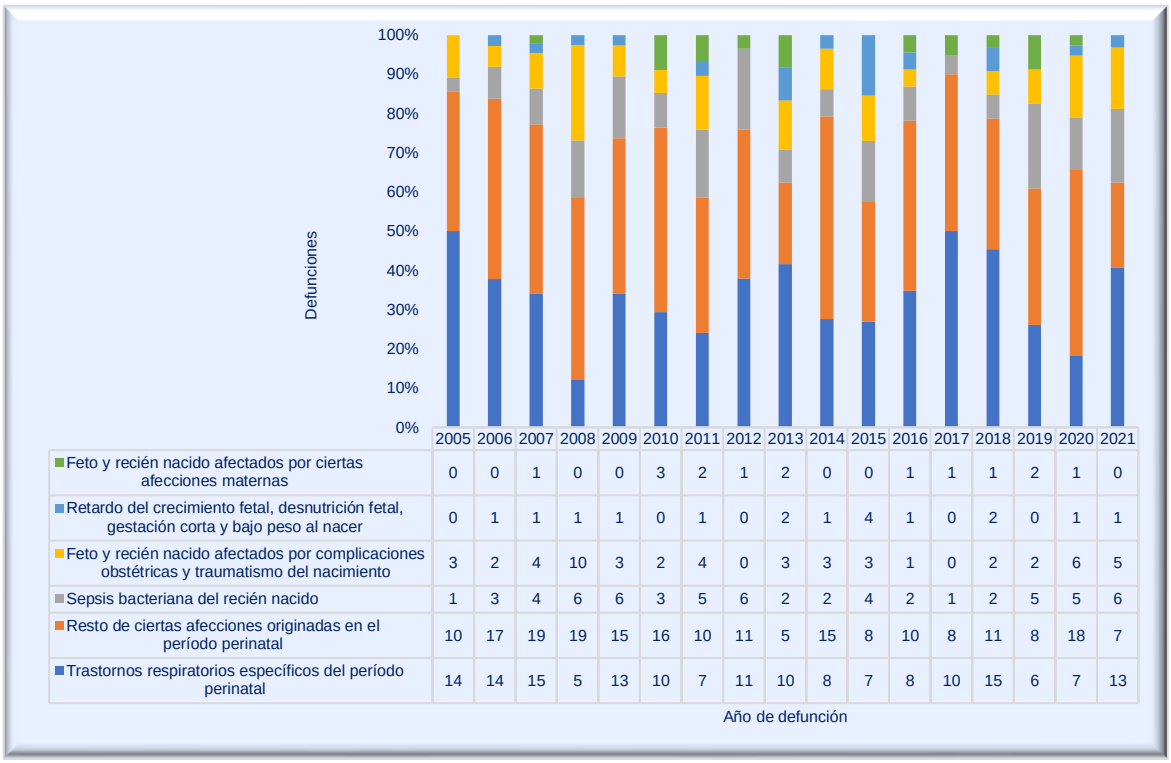
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	4,40	9,43	11,99	10,44	16,64	22,70	12,69	11,45	22,61	3,97	11,24	18,08	11,33	11,94	14,25	14,90	14,56
Tumor maligno de la mama de la mujer	9,31	4,11	5,35	6,31	4,68	10,25	5,11	13,21	7,39	7,42	6,59	11,43	12,11	9,04	13,48	10,97	11,79
Tumor maligno del cuello del útero	16,28	11,41	10,66	12,86	10,55	12,39	13,78	13,71	9,39	10,14	8,18	13,02	14,67	11,44	12,40	11,79	10,72
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	7,89	17,50	12,52	8,79	6,72	7,89	12,27	14,37	6,75	12,70	6,37	9,96	10,56	12,55	8,73	6,98	10,62
Tumor maligno del estómago	12,95	19,24	11,17	5,55	11,78	10,06	12,34	6,85	13,37	7,91	8,70	9,53	11,22	6,88	9,50	7,48	9,34
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,13	2,68	1,99	4,93	2,82	4,18	6,58	2,14	1,62	4,39	4,66	4,56	1,64	6,68	6,80	3,26	6,22
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	3,01	3,72	1,70	6,33	5,67	9,92	8,95	8,18	4,53	5,08	7,05	9,95	8,33	8,30	6,88	8,49	6,12
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,95	4,06	2,32	6,59	3,83	2,72	4,65	7,40	5,04	4,08	6,43	10,65	5,44	4,46	5,13	7,77	5,43
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	7,96	8,23	7,01	6,20	2,29	2,22	0,96	2,09	2,58	4,40	6,22	6,79	3,65	6,61	2,31	4,65	2,70
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2,47	0,89	2,35	3,81	0,65	1,51	2,22	3,76	3,68	3,10	5,79	2,95	1,27	4,54	5,20	1,06	2,40
Leucemia	2,22	1,42	4,96	8,38	6,70	2,32	1,13	2,72	4,36	5,46	3,70	4,23	3,41	1,50	3,64	3,07	2,26
Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,31	3,36	2,43	1,16	2,59	2,94	1,61	0	2,88	1,58	0,92	0	1,74	1,00	2,44	1,37	1,29
Tumor maligno del cuerpo del útero	1,31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,71	0,00	0,65	0,51	0,64	0,00
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0	0	0	1,27	0	1,19	1,79	1,10	0,94	0,96	0,61	0	0,59	1,73	1,09	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2.5 Mortalidad Perinatal por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Con relación a este grupo de causas, se evidencia que las subcausas de trastornos respiratorios específicos del período perinatal generaron el 40,6% del total de muertes presentadas en este grupo, pasando de 17 muertes en 2005 a 13 muertes en el año 2021, y el resto de las de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con el 21,8% con una disminución significativa frente al año 2020, el tercer porcentaje de muertes (18,7%) lo aportan el resto de las sepsis bacterianas del recién nacido, con valores observados durante el período evaluado entre 2 y 6 muertes, con tendencia al aumento durante los años 2005 y 2021, las muertes relacionadas con el feto y recién nacido afectado por las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, ocupan un cuarto lugar en la mortalidad Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, que van desde 3 y 5 muertes, en general puede decirse que existe una tendencia al aumento en los últimos años analizados de las muertes originadas en el período perinatal, lo cual indica que se deben fortalecer y/o mejorar las estrategias relacionadas con la calidad de los servicios prestados durante el embarazo, el parto y el puerperio, tamizajes, adherencia de las guías de práctica clínica, atención a la embarazada y el recién nacido (Figura 98).

Figura 98. Tasa de Mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Casanare 2005 a 2021.

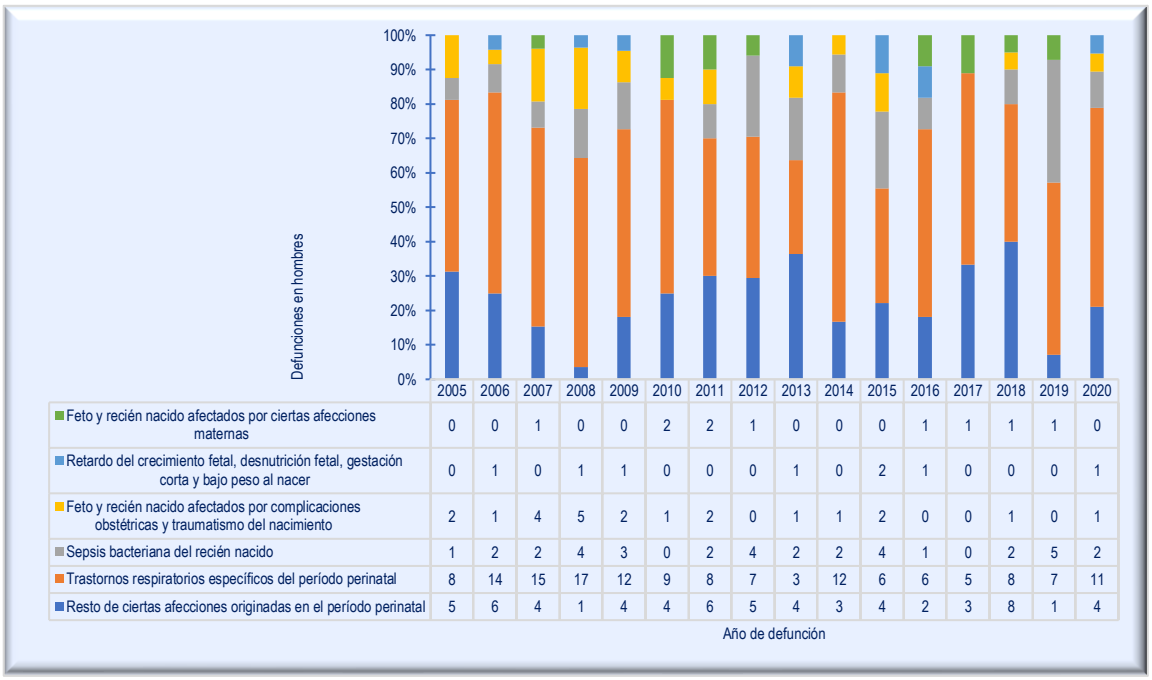


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0	0	1	0	0	3	2	1	2	0	0	1	1	1	2	1	0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	1	1	1	1	0	1	0	2	1	4	1	0	2	0	1	1
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	3	2	4	10	3	2	4	0	3	3	3	1	0	2	2	6	5
Sepsis bacteriana del recién nacido	1	3	4	6	6	3	5	6	2	2	4	2	1	2	5	5	6
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10	17	19	19	15	16	10	11	5	15	8	10	8	11	8	18	7
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	14	14	15	5	13	10	7	11	10	8	7	8	10	15	6	7	13

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Por sexo del recién nacido, se observa que, en los hombres, las subcausas trastornos respiratorios específicos es la primera causa de mortalidad en el período perinatal, con 8 casos en el 2021 y la segunda causa es resto de las de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Situación similar presentada en las mujeres, el primer lugar lo ocupa causa trastornos respiratorios específico con 5 defunciones en el año 2021, seguido de Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con 2 muertes y una tendencia a la disminución respecto del año anterior (Figura 99 y Figura 100).

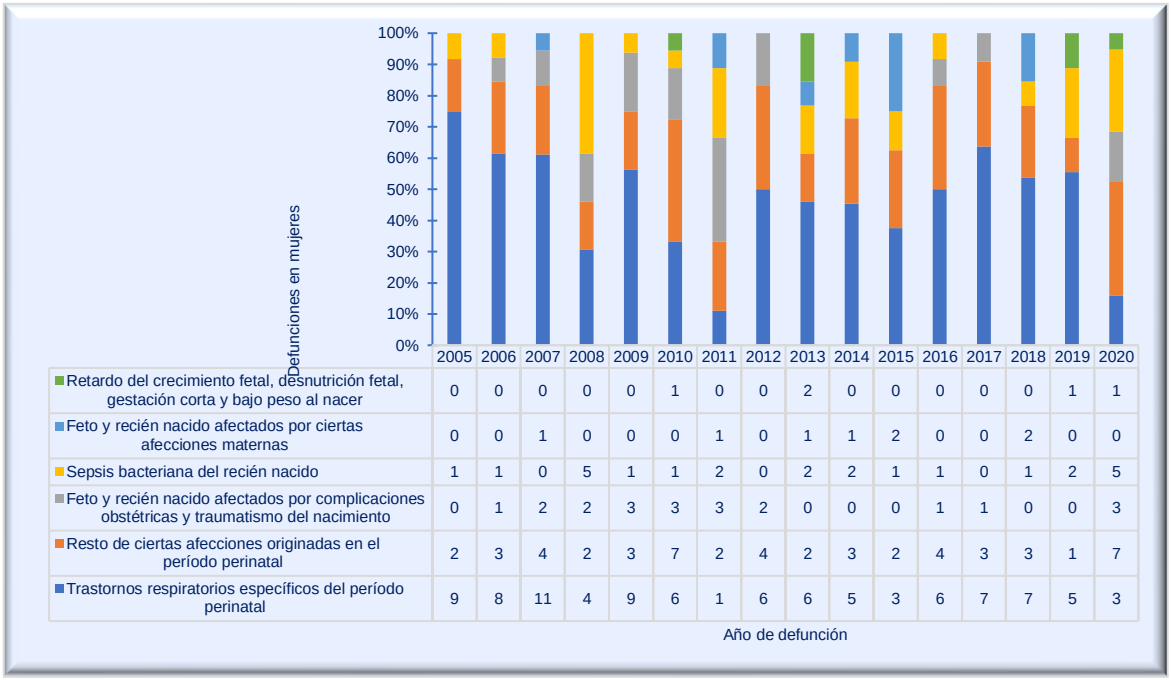
Figura 99. Tasa de Mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, en hombres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0	0	1	0	0	2	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	2	1	4	5	2	1	2	0	1	1	2	0	0	1	0	1
Sepsis bacteriana del recién nacido	1	2	2	4	3	0	2	4	2	2	4	1	0	2	5	2
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	8	14	15	17	12	9	8	7	3	12	6	6	5	8	7	11
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5	6	4	1	4	4	6	5	4	3	4	2	3	8	1	4

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Figura 100. Tasa de Mortalidad ajustada por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



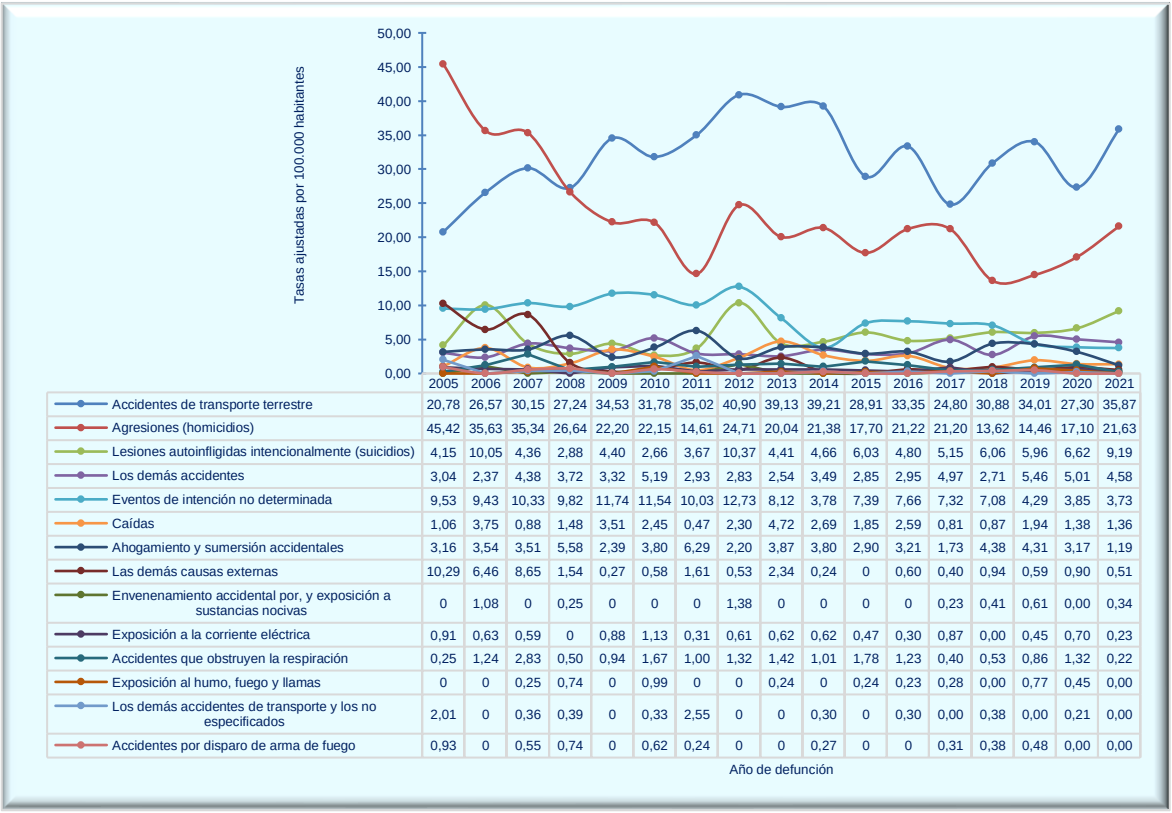
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	2	0	0
Sepsis bacteriana del recién nacido	1	1	0	5	1	1	2	0	2	2	1	1	0	1	2	5
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0	1	2	2	3	3	3	2	0	0	0	1	1	0	0	3
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2	3	4	2	3	7	2	4	2	3	2	4	3	3	1	7
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	9	8	11	4	9	6	1	6	6	5	3	6	7	7	5	3

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2.6 Tasa de mortalidad por causas externas

El grupo de las causas externas, aporta a la mortalidad un riesgo tanto para hombres como para mujeres, no obstante, el riesgo de los hombres es mucho mayor. Al desagregar en cada subgrupo, es evidente que los accidentes de transporte terrestre se posicionan como la causa que origina el mayor riesgo de muerte dentro de este grupo, en la población en general, con tasas que oscilan entre 20,7 y 35,8 muertes por 100.000 habitantes, si bien presentó un descenso en el año 2020 para el año 2021 se observa un incremento estadísticamente significativo, para los años 2012, 2014 y 2021 se presentaron las tasas más altas de los 16 años evaluados. De otra parte, las agresiones (homicidios), se posicionan como la segunda causa que origina un alto riesgo de muerte dentro de este grupo, con una reducción notoria comparado con el año 2005, sin embargo, en los últimos tres años se presenta una tendencia de aumento significativo de las muertes. Las lesiones autoinfligidas (suicidios), presentan una tendencia de incremento significativo, con tasas de 4,1 a 9,1 muertes por 100.000 habitantes, es de anotar que todas son causas en su mayoría evitables, que obedecen entre otros factores, al comportamiento, la tolerancia y convivencia social de la población (Figura 101).

Figura 101. Tasa de Mortalidad ajustada por causas externas, Casanare 2005 a 2021.



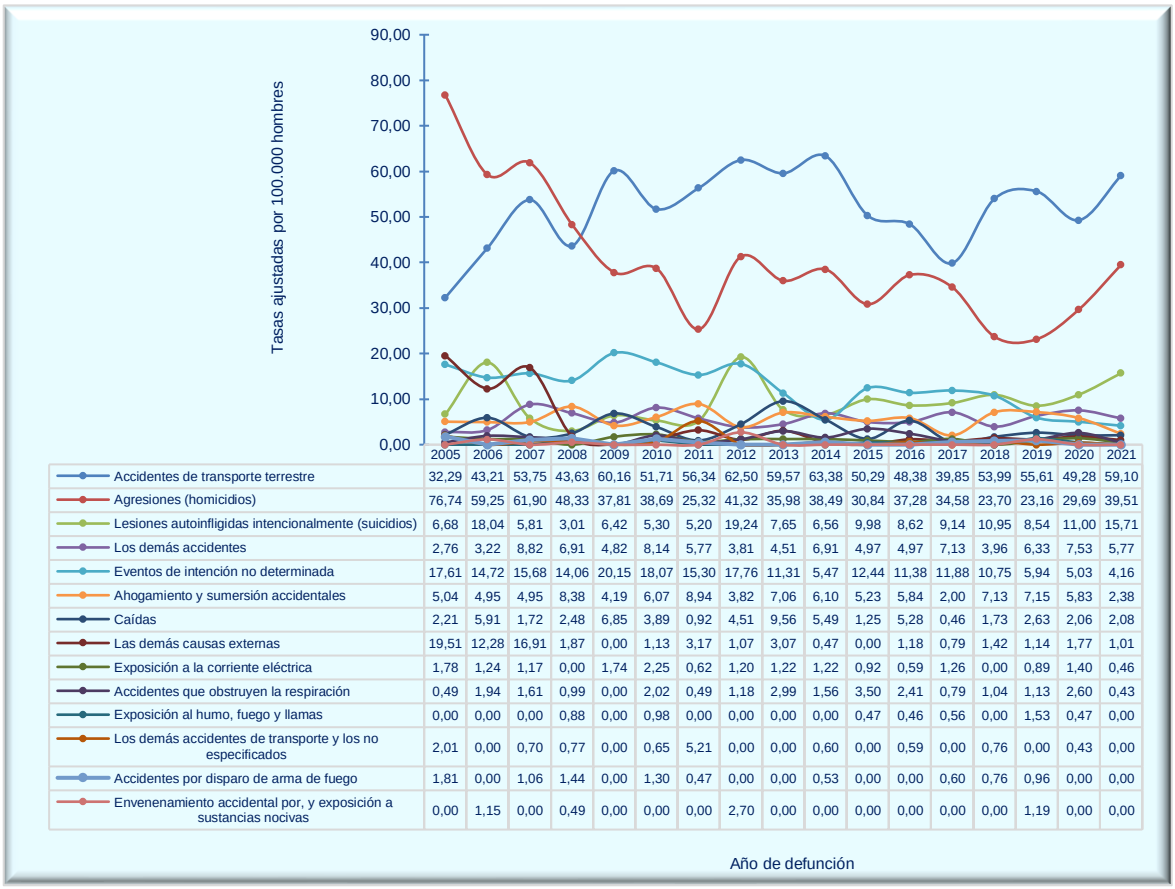
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Accidentes de transporte terrestre	20,78	26,57	30,15	27,24	34,53	31,78	35,02	40,90	39,13	39,21	28,91	33,35	24,80	30,88	34,01	27,30	35,87
Agresiones (homicidios)	45,42	35,63	35,34	26,64	22,20	22,15	14,61	24,71	20,04	21,38	17,70	21,22	21,20	13,62	14,46	17,10	21,63
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4,15	10,05	4,36	2,88	4,40	2,66	3,67	10,37	4,41	4,66	6,03	4,80	5,15	6,06	5,96	6,62	9,19
Los demás accidentes	3,04	2,37	4,38	3,72	3,32	5,19	2,93	2,83	2,54	3,49	2,85	2,95	4,97	2,71	5,46	5,01	4,58
Eventos de intención no determinada	9,53	9,43	10,33	9,82	11,74	11,54	10,03	12,73	8,12	3,78	7,39	7,66	7,32	7,08	4,29	3,85	3,73
Caídas	1,06	3,75	0,88	1,48	3,51	2,45	0,47	2,30	4,72	2,69	1,85	2,59	0,81	0,87	1,94	1,38	1,36
Ahogamiento y sumersión accidentales	3,16	3,54	3,51	5,58	2,39	3,80	6,29	2,20	3,87	3,80	2,90	3,21	1,73	4,38	4,31	3,17	1,19
Las demás causas externas	10,29	6,46	8,65	1,54	0,27	0,58	1,61	0,53	2,34	0,24	0	0,60	0,40	0,94	0,59	0,90	0,51
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0	1,08	0	0,25	0	0	0	1,38	0	0	0	0	0,23	0,41	0,61	0,00	0,34
Exposición a la corriente eléctrica	0,91	0,63	0,59	0	0,88	1,13	0,31	0,61	0,62	0,62	0,47	0,30	0,87	0,00	0,45	0,70	0,23
Accidentes que obstruyen la respiración	0,25	1,24	2,83	0,50	0,94	1,67	1,00	1,32	1,42	1,01	1,78	1,23	0,40	0,53	0,86	1,32	0,22
Exposición al humo, fuego y llamas	0	0	0,25	0,74	0	0,99	0	0	0,24	0	0,24	0,23	0,28	0,00	0,77	0,45	0,00
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	2,01	0	0,36	0,39	0	0,33	2,55	0	0	0,30	0	0,30	0,00	0,38	0,00	0,21	0,00
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,93	0	0,55	0,74	0	0,62	0,24	0	0	0,27	0	0	0,31	0,38	0,48	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Al analizar el grupo de causas externas por sexo, se evidencia que la muerte por accidentes de transporte ocupa el primer lugar, no obstante, el riesgo para los hombres es mucho mayor, con una

tasa de 59,1 defunciones por 100.000 hombres en el año 2020 y de 12,7 muertes por 100.000 mujeres, con una marcada tendencia al incremento tanto en hombres como en las mujeres. Los homicidios representan la segunda causa de muerte en este grupo, tanto en hombres como en mujeres, con tasas de 3,8 fallecimientos por 100.000 mujeres y 39.5 defunciones por 100.000 hombres, con una leve reducción en mujeres, las lesiones autoinfligidas (suicidios) ocupan el tercer lugar de riesgo de forma general y en hombres en estos últimos con una tasa de 15,7 por 100.000 hombres, eventos de intención no determinada con 2,66 muertes por 100.000 mujeres, sin embargo, para las mujeres la tercera sub-causa de muerte está dada por eventos de intención no determinadas con 3,2 defunciones. En cada una de estas tres causas dentro del grupo analizado, pudo observarse un mayor riesgo para los hombres con respecto a las tasas presentadas en las mujeres. Basados en lo anterior, es importante que se continúe con las estrategias de promoción de la seguridad vial y las acciones de prevención de las violencias, agresiones, homicidios y suicidios (Figura 102 y Figura 103).

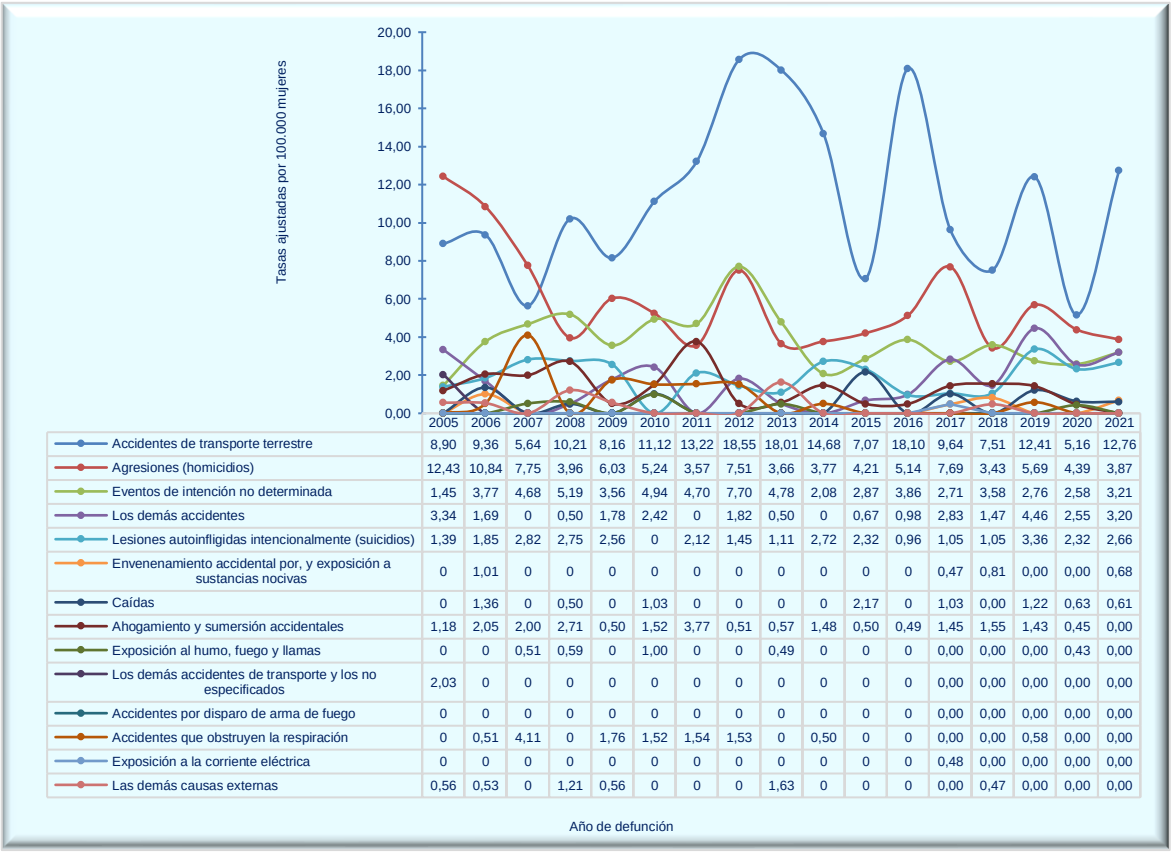
Figura 102. Tasa de Mortalidad ajustada por causas externas, en hombres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Accidentes de transporte terrestre	32,29	43,21	53,75	43,63	60,16	51,71	56,34	62,50	59,57	63,38	50,29	48,38	39,85	53,99	55,61	49,28	59,10
Agresiones (homicidios)	76,74	59,25	61,90	48,33	37,81	38,69	25,32	41,32	35,98	38,49	30,84	37,28	34,58	23,70	23,16	29,69	39,51
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	6,68	18,04	5,81	3,01	6,42	5,30	5,20	19,24	7,65	6,56	9,98	8,62	9,14	10,95	8,54	11,00	15,71
Los demás accidentes	2,76	3,22	8,82	6,91	4,82	8,14	5,77	3,81	4,51	6,91	4,97	4,97	7,13	3,96	6,33	7,53	5,77
Eventos de intención no determinada	17,61	14,72	15,68	14,06	20,15	18,07	15,30	17,76	11,31	5,47	12,44	11,38	11,88	10,75	5,94	5,03	4,16
Ahogamiento y sumersión accidentales	5,04	4,95	4,95	8,38	4,19	6,07	8,94	3,82	7,06	6,10	5,23	5,84	2,00	7,13	7,15	5,83	2,38
Caídas	2,21	5,91	1,72	2,48	6,85	3,89	0,92	4,51	9,56	5,49	1,25	5,28	0,46	1,73	2,63	2,06	2,08
Las demás causas externas	19,51	12,28	16,91	1,87	0,00	1,13	3,17	1,07	3,07	0,47	0,00	1,18	0,79	1,42	1,14	1,77	1,01
Exposición a la corriente eléctrica	1,78	1,24	1,17	0,00	1,74	2,25	0,62	1,20	1,22	1,22	0,92	0,59	1,26	0,00	0,89	1,40	0,46
Accidentes que obstruyen la respiración	0,49	1,94	1,61	0,99	0,00	2,02	0,49	1,18	2,99	1,56	3,50	2,41	0,79	1,04	1,13	2,60	0,43
Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,00	0,00	0,88	0,00	0,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,46	0,56	0,00	1,53	0,47	0,00
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	2,01	0,00	0,70	0,77	0,00	0,65	5,21	0,00	0,00	0,60	0,00	0,59	0,00	0,76	0,00	0,43	0,00
Accidentes por disparo de arma de fuego	1,81	0,00	1,06	1,44	0,00	1,30	0,47	0,00	0,00	0,53	0,00	0,00	0,60	0,76	0,96	0,00	0,00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,00	1,15	0,00	0,49	0,00	0,00	0,00	2,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,19	0,00	0,00

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Figura 103. Tasa de Mortalidad ajustada por causas externas, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Accidentes de transporte terrestre	8,90	9,36	5,64	10,21	8,16	11,12	13,22	18,55	18,01	14,68	7,07	18,10	9,64	7,51	12,41	5,16	12,76
Agresiones (homicidios)	12,43	10,84	7,75	3,96	6,03	5,24	3,57	7,51	3,66	3,77	4,21	5,14	7,69	3,43	5,69	4,39	3,87
Eventos de intención no determinada	1,45	3,77	4,68	5,19	3,56	4,94	4,70	7,70	4,78	2,08	2,87	3,86	2,71	3,58	2,76	2,58	3,21
Los demás accidentes	3,34	1,69	0	0,50	1,78	2,42	0	1,82	0,50	0	0,67	0,98	2,83	1,47	4,46	2,55	3,20
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	1,39	1,85	2,82	2,75	2,56	0	2,12	1,45	1,11	2,72	2,32	0,96	1,05	1,05	3,36	2,32	2,66
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0	1,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,47	0,81	0,00	0,00	0,68
Caídas	0	1,36	0	0,50	0	1,03	0	0	0	0	2,17	0	1,03	0,00	1,22	0,63	0,61
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,18	2,05	2,00	2,71	0,50	1,52	3,77	0,51	0,57	1,48	0,50	0,49	1,45	1,55	1,43	0,45	0,00
Exposición al humo, fuego y llamas	0	0	0,51	0,59	0	1,00	0	0	0,49	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,43	0,00
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	2,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Accidentes por disparo de arma de fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Accidentes que obstruyen la respiración	0	0,51	4,11	0	1,76	1,52	1,54	1,53	0	0,50	0	0	0,00	0,00	0,58	0,00	0,00
Exposición a la corriente eléctrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00
Las demás causas externas	0,56	0,53	0	1,21	0,56	0	0	0	1,63	0	0	0	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00

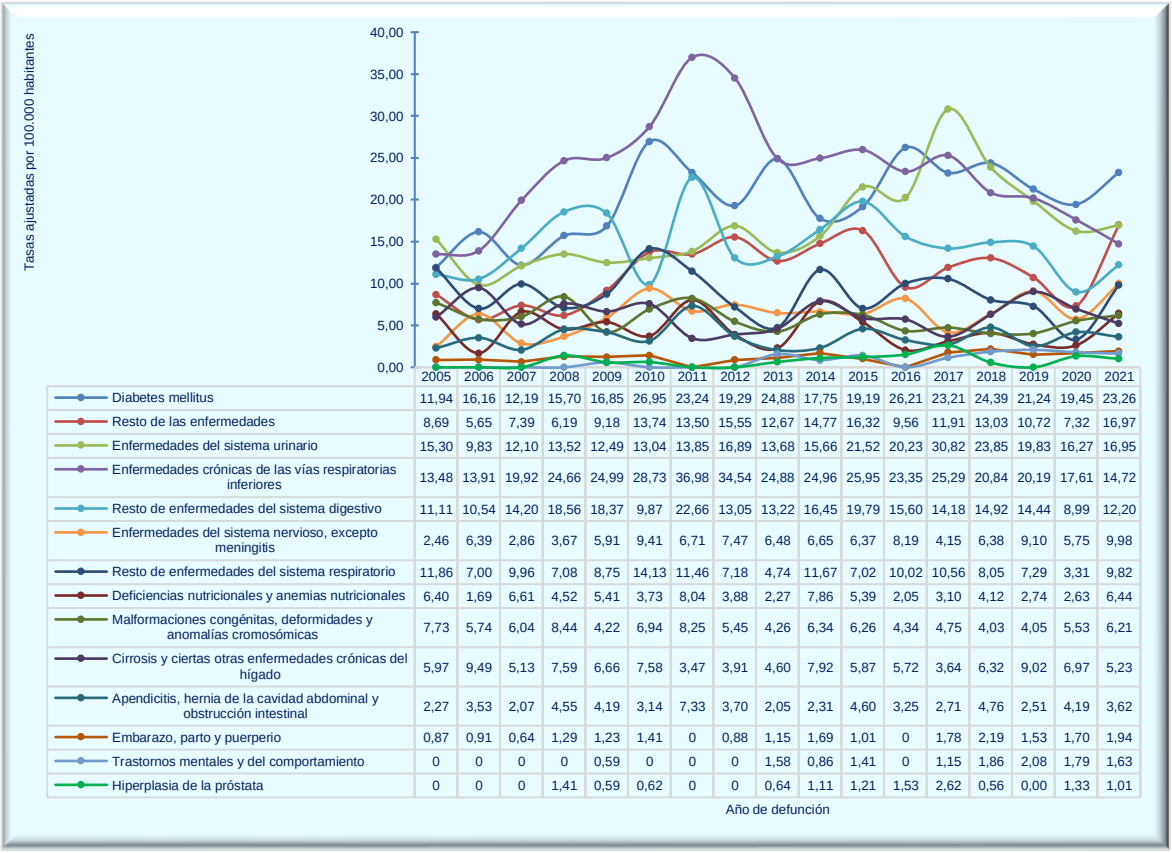
Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2.7 Tasa de mortalidad por las demás causas

En el grupo de las demás causas, se encuentran la diabetes, restos de las enfermedades y las enfermedades del sistema urinario ocupando los tres primeros lugares de mortalidad. Para el año 2021, la diabetes genera el mayor número de muertes en la población general, con una tasa de 23,3 defunciones por 100.000 habitantes, con una tendencia en el tiempo al aumento, aunque para el año 2020 presentó una leve disminución, en segundo lugar, se encuentra las restos de las enfermedades con 16,9 defunciones por 100.000 habitantes con una tendencia al aumento y la tercera causa de muerte de este subgrupo son las enfermedades del sistema urinario con tasas que oscilan entre 15,3 y 16,9 por 100.000 habitantes, con una tendencia a la disminución a partir del año 2017 y leve aumento en el año evaluado.

En general las mortalidades por las enfermedades de este grupo de las demás causas presentan una tendencia creciente para el 2021, excepto por enfermedades crónicas de las vías respiratorias, cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado. Hay que mencionar que la diabetes es un evento precursor para otras patologías, por tanto, es prioridad la mejora en la oportunidad del diagnóstico, avances en la disponibilidad de medicamentos y en el impacto de la educación en el autocontrol metabólico, entre otros (Figura 104).

Figura 104. Tasa de Mortalidad ajustada por las demás causas, Casanare 2005 a 2021.

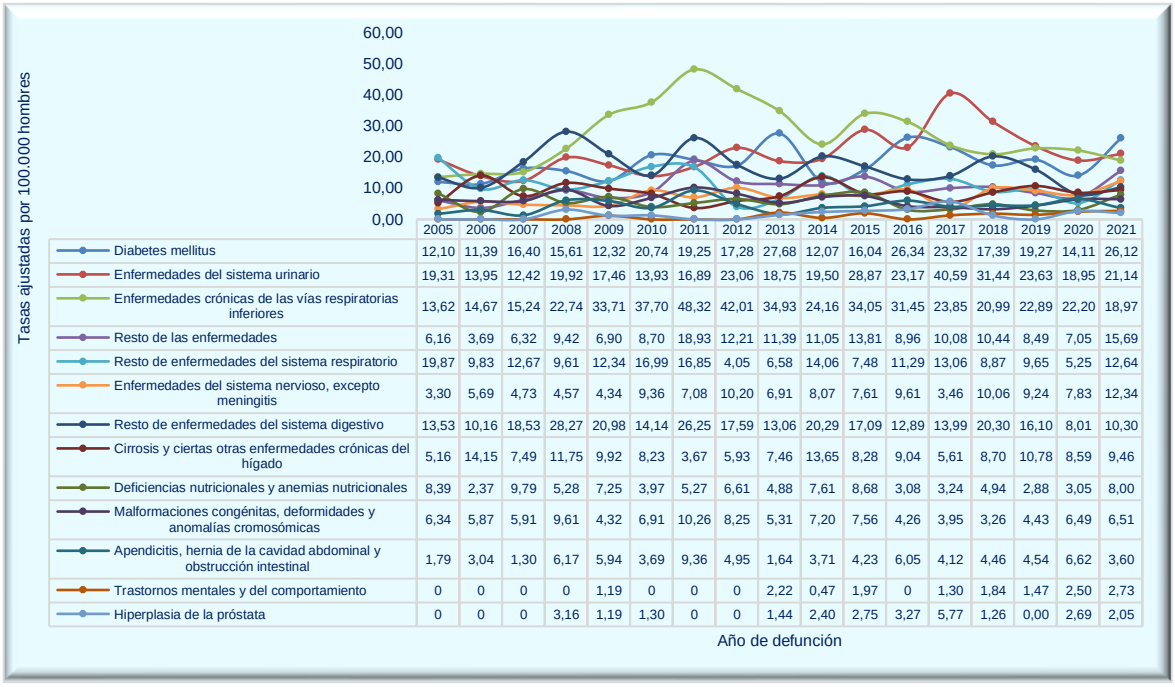


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Diabetes mellitus	11,94	16,16	12,19	15,70	16,85	26,95	23,24	19,29	24,88	17,75	19,19	26,21	23,21	24,39	21,24	19,45	23,26
Resto de las enfermedades	8,69	5,65	7,39	6,19	9,18	13,74	13,50	15,55	12,67	14,77	16,32	9,56	11,91	13,03	10,72	7,32	16,97
Enfermedades del sistema urinario	15,30	9,83	12,10	13,52	12,49	13,04	13,85	16,89	13,68	15,66	21,52	20,23	30,82	23,85	19,83	16,27	16,95
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	13,48	13,91	19,92	24,66	24,99	28,73	36,98	34,54	24,88	24,96	25,95	23,35	25,29	20,84	20,19	17,61	14,72
Resto de enfermedades del sistema digestivo	11,11	10,54	14,20	18,56	18,37	9,87	22,66	13,05	13,22	16,45	19,79	15,60	14,18	14,92	14,44	8,99	12,20
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2,46	6,39	2,86	3,67	5,91	9,41	6,71	7,47	6,48	6,65	6,37	8,19	4,15	6,38	9,10	5,75	9,98
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	11,86	7,00	9,96	7,08	8,75	14,13	11,46	7,18	4,74	11,67	7,02	10,02	10,56	8,05	7,29	3,31	9,82
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	6,40	1,69	6,61	4,52	5,41	3,73	8,04	3,88	2,27	7,86	5,39	2,05	3,10	4,12	2,74	2,63	6,44
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,73	5,74	6,04	8,44	4,22	6,94	8,25	5,45	4,26	6,34	6,26	4,34	4,75	4,03	4,05	5,53	6,21
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,97	9,49	5,13	7,59	6,66	7,58	3,47	3,91	4,60	7,92	5,87	5,72	3,64	6,32	9,02	6,97	5,23
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	2,27	3,53	2,07	4,55	4,19	3,14	7,33	3,70	2,05	2,31	4,60	3,25	2,71	4,76	2,51	4,19	3,62
Embarazo, parto y puerperio	0,87	0,91	0,64	1,29	1,23	1,41	0	0,88	1,15	1,69	1,01	0	1,78	2,19	1,53	1,70	1,94
Trastornos mentales y del comportamiento	0	0	0	0	0,59	0	0	0	1,58	0,86	1,41	0	1,15	1,86	2,08	1,79	1,63
Hiperplasia de la próstata	0	0	0	1,41	0,59	0,62	0	0	0,64	1,11	1,21	1,53	2,62	0,56	0,00	1,33	1,01

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Para el último año analizado en las demás causas, tanto en hombres como en mujeres la diabetes ocupa el primer lugar con una tasa de 26,2 defunciones por 100.000 hombres, con un marcado incremento comparado con el año anterior, para mujeres la con una tasa de 20,1 muertes por 100.000 mujeres con un leve incremento. En segundo lugar, en los hombres se encuentran las enfermedades del sistema urinario con una tasa de 21,6 fallecidos por 100.000 hombres, para las mujeres se encuentra restos de enfermedades con 18,6 muertes por 100.000 mujeres y un aumento significativo. En tercer lugar, en hombres se observa las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y en mujeres resto de enfermedades del sistema digestivo, con una tendencia estadísticamente significativa frente al año anterior. (Figura 105 y Figura 106).

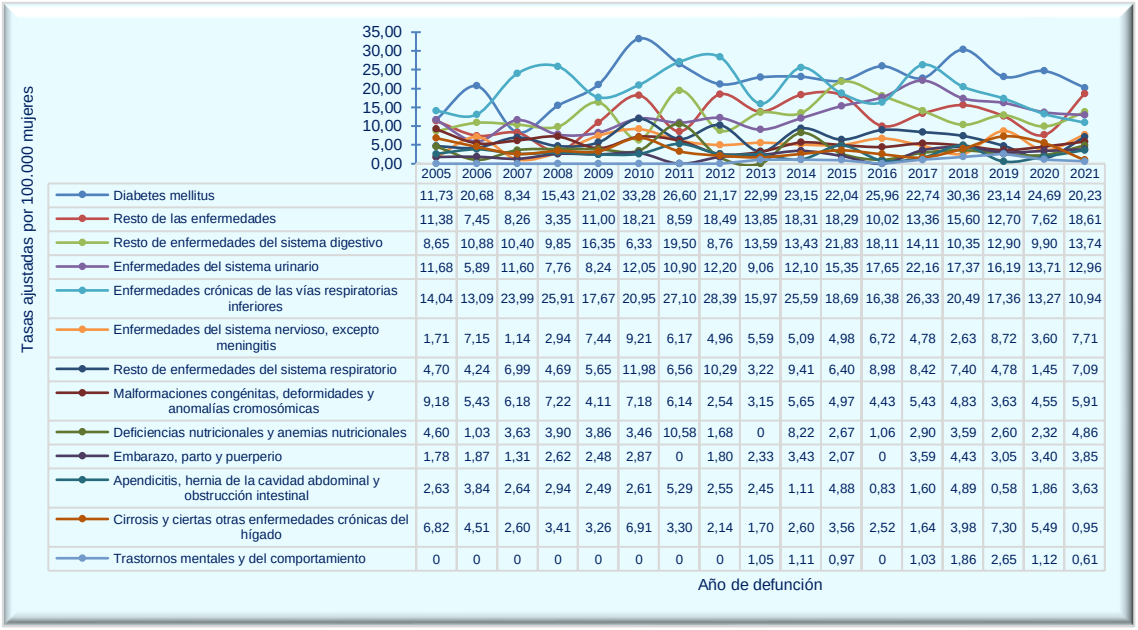
Figura 105. Tasa de Mortalidad ajustada por las demás causas, en hombres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Diabetes mellitus	12,10	11,39	16,40	15,61	12,32	20,74	19,25	17,28	27,68	12,07	16,04	26,34	23,32	17,39	19,27	14,11	26,12
Enfermedades del sistema urinario	19,31	13,95	12,42	19,92	17,46	13,93	16,89	23,06	18,75	19,50	28,87	23,17	40,59	31,44	23,63	18,95	21,14
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	13,62	14,67	15,24	22,74	33,71	37,70	48,32	42,01	34,93	24,16	34,05	31,45	23,85	20,99	22,89	22,20	18,97
Resto de las enfermedades	6,16	3,69	6,32	9,42	6,90	8,70	18,93	12,21	11,39	11,05	13,81	8,96	10,08	10,44	8,49	7,05	15,69
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	19,87	9,83	12,67	9,61	12,34	16,99	16,85	4,05	6,58	14,06	7,48	11,29	13,06	8,87	9,65	5,25	12,64
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	3,30	5,69	4,73	4,57	4,34	9,36	7,08	10,20	6,91	8,07	7,61	9,61	3,46	10,06	9,24	7,83	12,34
Resto de enfermedades del sistema digestivo	13,53	10,16	18,53	28,27	20,98	14,14	26,25	17,59	13,06	20,29	17,09	12,89	13,99	20,30	16,10	8,01	10,30
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,16	14,15	7,49	11,75	9,92	8,23	3,67	5,93	7,46	13,65	8,28	9,04	5,61	8,70	10,78	8,59	9,46
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	8,39	2,37	9,79	5,28	7,25	3,97	5,27	6,61	4,88	7,61	8,68	3,08	3,24	4,94	2,88	3,05	8,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,34	5,87	5,91	9,61	4,32	6,91	10,26	8,25	5,31	7,20	7,56	4,26	3,95	3,26	4,43	6,49	6,51
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1,79	3,04	1,30	6,17	5,94	3,69	9,36	4,95	1,64	3,71	4,23	6,05	4,12	4,46	4,54	6,62	3,60
Trastornos mentales y del comportamiento	0	0	0	0	1,19	0	0	0	2,22	0,47	1,97	0	1,30	1,84	1,47	2,50	2,73
Hiperplasia de la próstata	0	0	0	3,16	1,19	1,30	0	0	1,44	2,40	2,75	3,27	5,77	1,26	0,00	2,69	2,05

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Figura 106. Tasa de Mortalidad ajustada por las demás causas, en mujeres, Casanare 2005 a 2021.



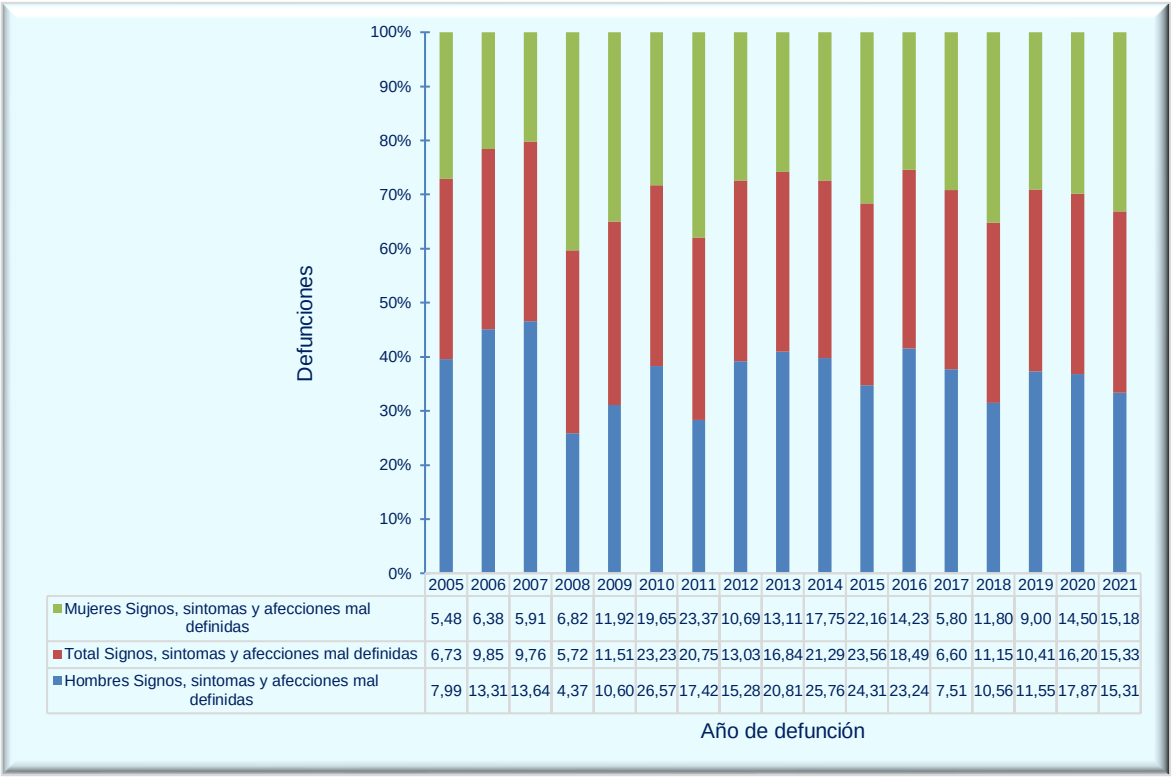
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Diabetes mellitus	11,73	20,68	8,34	15,43	21,02	33,28	26,60	21,17	22,99	23,15	22,04	25,96	22,74	30,36	23,14	24,69	20,23
Resto de las enfermedades	11,38	7,45	8,26	3,35	11,00	18,21	8,59	18,49	13,85	18,31	18,29	10,02	13,36	15,60	12,70	7,62	18,61
Resto de enfermedades del sistema digestivo	8,65	10,88	10,40	9,85	16,35	6,33	19,50	8,76	13,59	13,43	21,83	18,11	14,11	10,35	12,90	9,90	13,74
Enfermedades del sistema urinario	11,68	5,89	11,60	7,76	8,24	12,05	10,90	12,20	9,06	12,10	15,35	17,65	22,16	17,37	16,19	13,71	12,96
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	14,04	13,09	23,99	25,91	17,67	20,95	27,10	28,39	15,97	25,59	18,69	16,38	26,33	20,49	17,36	13,27	10,94
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	1,71	7,15	1,14	2,94	7,44	9,21	6,17	4,96	5,59	5,09	4,98	6,72	4,78	2,63	8,72	3,60	7,71
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	4,70	4,24	6,99	4,69	5,65	11,98	6,56	10,29	3,22	9,41	6,40	8,98	8,42	7,40	4,78	1,45	7,09
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,18	5,43	6,18	7,22	4,11	7,18	6,14	2,54	3,15	5,65	4,97	4,43	5,43	4,83	3,63	4,55	5,91
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4,60	1,03	3,63	3,90	3,86	3,46	10,58	1,68	0	8,22	2,67	1,06	2,90	3,59	2,60	2,32	4,86
Embarazo, parto y puerperio	1,78	1,87	1,31	2,62	2,48	2,87	0	1,80	2,33	3,43	2,07	0	3,59	4,43	3,05	3,40	3,85
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	2,63	3,84	2,64	2,94	2,49	2,61	5,29	2,55	2,45	1,11	4,88	0,83	1,60	4,89	0,58	1,86	3,63
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	6,82	4,51	2,60	3,41	3,26	6,91	3,30	2,14	1,70	2,60	3,56	2,52	1,64	3,98	7,30	5,49	0,95
Trastornos mentales y del comportamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	1,05	1,11	0,97	0	1,03	1,86	2,65	1,12	0,61

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.2.8 Tasa de Mortalidad por Signos y Síntomas mal definidos

Con relación al subgrupo de signos y síntomas y afecciones mal definidas, se observa un incremento en la mortalidad con tasas que oscilan entre 6,7 a 15,3 defunciones por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2021. Respecto al sexo, la tasa de mortalidad por esta causa es mayor en hombres que en mujeres con una tasa de 15,3 fallecimientos por 100.000 hombres y 15,1 muertes por 100.000 mujeres para el año 2021, con una leve tendencia al descenso respecto al año anterior (Figura 107).

Figura 107. Tasa de Mortalidad ajustada por signos, síntomas y afecciones mal definidas, hombres y mujeres, Casanare 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mujeres Signos, sintomas y afecciones mal definidas	5,48	6,38	5,91	6,82	11,92	19,65	23,37	10,69	13,11	17,75	22,16	14,23	5,80	11,80	9,00	14,50	15,18
Total Signos, sintomas y afecciones mal definidas	6,73	9,85	9,76	5,72	11,51	23,23	20,75	13,03	16,84	21,29	23,56	18,49	6,60	11,15	10,41	16,20	15,33
Hombres Signos, sintomas y afecciones mal definidas	7,99	13,31	13,64	4,37	10,60	26,57	17,42	15,28	20,81	25,76	24,31	23,24	7,51	10,56	11,55	17,87	15,31

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.3 Accidentes de Transporte

7.2.3.1 Fallecidos por Accidentes de Transporte según otras fuentes de información (Forenses y Agencia de Transporte y Seguridad Vial – ANSV).

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Casanare durante el periodo 2016 a 2023 se reportaron 1041 defunciones, de las cuales el 81,4% (848/1041) de los ocurrieron en casos fueron en hombres y 18,5% (193/1041) en mujeres, el 7,4% (78/1041) de los fallecidos en eran menores de 18 años y 792,5% (936/1041) en mayores de 18 años**.** Los hombres son los que más fallecen por esta causa y con mayor proporción en mayores de 18 años, sin embargo, se observa que los menores de edad también han perdido la vida por este acontecimiento. La tendencia con respecto a la del país es muy similar (Tabla 126).

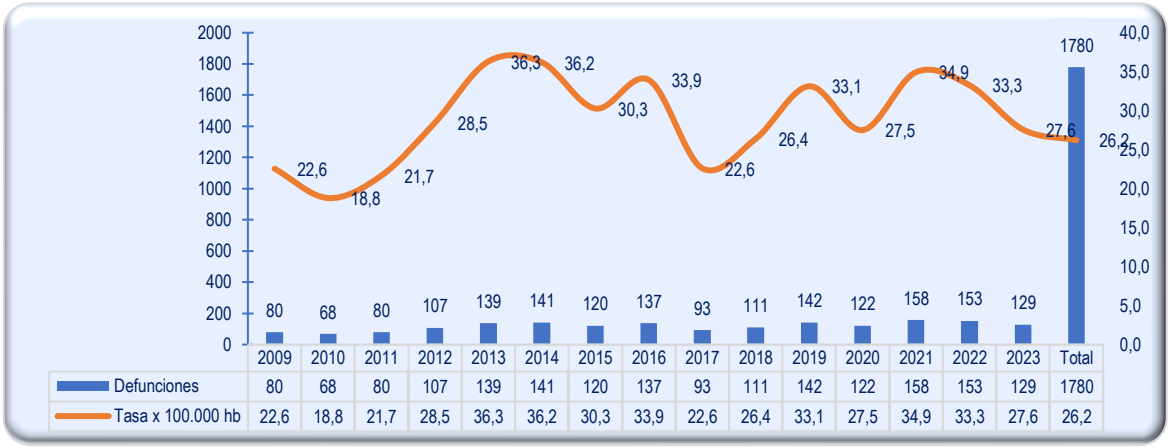
Tabla 126. Distribución de defunciones por accidentes de transporte, según sexo y edad, Colombia y Casanare 2016 a 2023, corte 30 de septiembre.

Entidad territorial	Colombia								casanare								Tendencia Colombia	Tendencia Casanare
Año/Variable (Muertes por eventos de transporte)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Hombres	5.917	5.491	5.546	5.638	4.726	6.173	6.793	5.095	102	77	94	118	108	129	115	105		
Mujeres	1.363	1.263	1.332	1.254	945	1.304	1.508	1.082	35	16	17	24	14	30	33	24		
Menor de 18 años	563	546	515	454	347	492	491	395	19	11	9	5	9	6	11	8		
Mayor de 18 años	6.717	6.204	6.364	6.438	5.324	6.985	7.810	5.781	118	82	102	137	113	153	137	121		
TOTAL	**7.280**	**6.754**	**6.878**	**6.892**	**5.671**	**7.477**	**8.301**	**6.177**	**137**	**93**	**111**	**142**	**122**	**159**	**148**	**129**		

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, corte: 30 de septiembre del 2023, consultado 02 octubre de 2023.

Mortalidad por accidentes de transporte según reporte del Observatorio Nacional de Seguridad Vial de la Agencia de Transporte y Seguridad Vial – ANSV, durante los años 2009 a 2023 corte 30 de octubre reporta 1.780 fallecidos, con 153 casos en el año 2021 y 129 casos para 2023. La Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre presenta un comportamiento al aumento, las cuales oscilan entre 22,6 y 26,2 fallecidos por 100.000 habitantes para el 2009 y 2023, con un mayor número de casos en el año 2021, seguido de 2022, 2019 y 2014, es importante resaltar que, si bien el dato de 2023 es preliminar su comportamiento es al incremento en las defunciones. De otra parte, comparado con el país la tasa de mortalidad es superior y estadísticamente significativa. Dado lo anterior, es innegable que estamos frente a un problema de salud pública, por lo que es valioso fortalecer las acciones enfocadas a la prevención y mitigación del riesgo, centrado en el cuidado del ser humano, el país debe enfocarse en aportar al logro del objetivo de la Organización Mundial de la Salud, con el cual se espera "reducir las muertes y las lesiones causadas por el tránsito, por lo menos en un 50% para el año 2030" (Figura 108).

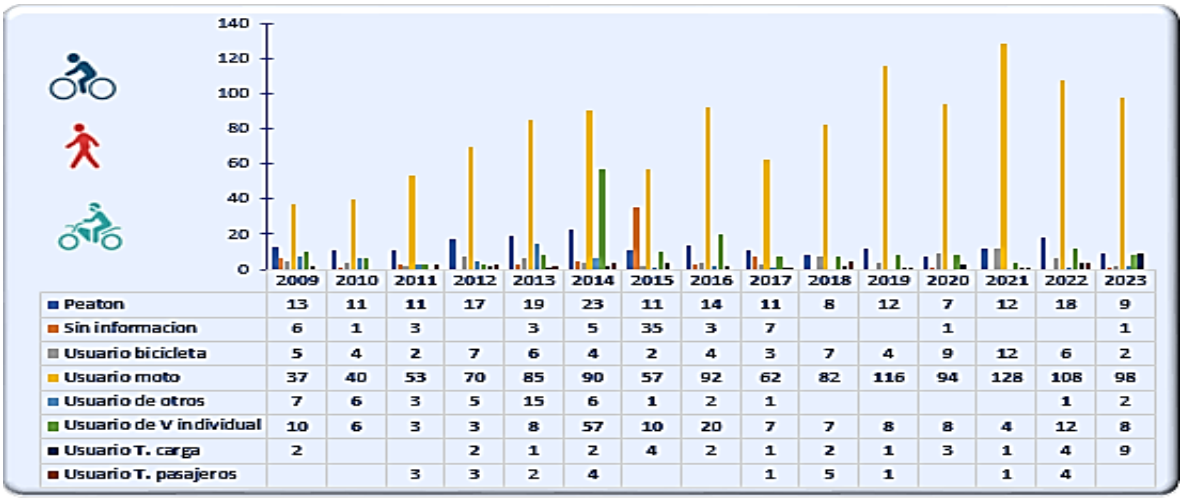
Figura 108. Comportamiento defunciones por eventos de transporte, número de casos y tasa de mortalidad por 100.000 hb, Casanare 2009 a 2023 corte 30 de octubre.



Fuente: Observatorio Nacional de Seguridad Vial de la Agencia de Transporte y Seguridad Vial – ANSV, consultado el 10 noviembre de 2022.

Según la participación del actor vial, el 75,9% (1212/1828) defunciones corresponde a usuario de moto, seguido de 10,7% (196/1828) peatón y en tercer lugar 9,3% (175/1828) corresponde a usuario de vehículo.

Figura 109. Comportamiento defunciones por eventos de transporte, según la participación del actor vial, Casanare 2012 a 2023 corte 30 de octubre.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Peaton	13	11	11	17	19	23	11	14	11	8	12	7	12	18	9
Sin informacion	6	1	3		3	5	35	3	7			1			1
Usuario bicicleta	5	4	2	7	6	4	2	4	3	7	4	9	12	6	2
Usuario moto	37	40	53	70	85	90	57	92	62	82	116	94	128	108	98
Usuario de otros	7	6	3	5	15	6	1	2	1					1	2
Usuario de V individual	10	6	3	3	8	57	10	20	7	7	8	8	4	12	8
Usuario T. carga	2			2	1	2	4	2	1	2	1	3	1	4	9
Usuario T. pasajeros			3	3	2	4			1	5	1		1	4	

Fuente: Observatorio Nacional de Seguridad Vial de la Agencia de Transporte y Seguridad Vial – ANSV, consultado el 06 diciembre de 2022.

7.2.4 Mortalidad Mental

La Organización Panamericana de la Salud OPS y Organización Mundial de la Salud OMS, mencionan que los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. También refiere que la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. Las proyecciones indican que el número de personas con demencia se duplicará cada 20 años. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud para el año 2019, ha reportado, que la depresión es una de las principales causas de discapacidad, afectando 264.000.000 de personas. Los trastornos mentales se evidencian antes de los 14 años, uno de cada cinco adolescentes presenta un trastorno mental, el 10% de la carga de la enfermedad se debe a los trastornos mentales, neurológicos y consumo de sustancias.

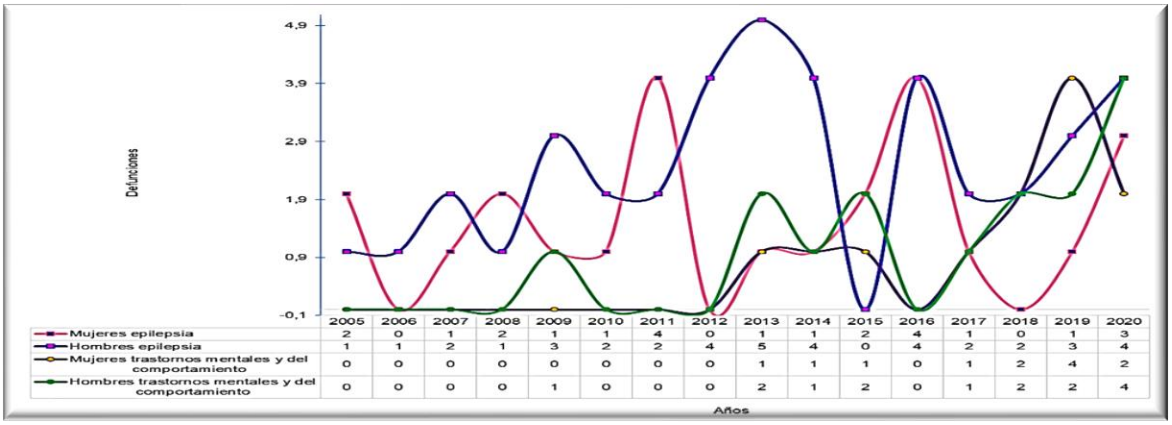
De otra parte, cada año se quitan la vida cerca de 800.000 personas, convirtiéndose el suicidio en una de las principales causas de muerte en muchos países sin distinguir entre pobres y ricos. El suicidio está relacionado en gran parte con trastornos mentales y se consolida en momentos de crisis, ruptura o dolor, además tiene grupos vulnerables (personas expuestas a conflictos, violencias, abusos y personas objeto de discriminación).

De acuerdo a la información oficial de Estadísticas vitales del Ministerio de salud y protección social, para el departamento de Casanare en el periodo de 2005 a 2020 se han registrado 27 muertes por trastornos mentales y del comportamiento, *no se evidencian registros asociados a mortalidad*

*durante los años 2005 al 2008. A nivel de municipios, Yopal registra un 37,04% (10/27) de las muertes por esta causa, seguido de Paz de Ariporo con 14,81% (4/27) y Monterrey con un 11.11% (3/27). Según el sexo 52,4% hombres (11/21), 47,6% (10/21) mujeres. De igual forma, es preciso resaltar que en la vigencia 2009 se reporta la primera muerte por trastorno mental en una persona del sexo masculino. A partir del año 2013 se registran mortalidades tanto en hombres con mujeres, siendo el 2019 el periodo con mayor número de casos en mujeres y el 2020 para hombres. Es importante mencionar que podría existir un subregistro puesto que en ocasiones el trastorno mental no es considerado como la principal causa de muerte (*Figura 110*).*

Durante los años 2005 a 2020 del 100% de las mortalidades por epilepsia (considerada enfermedad crónica de la salud mental) el 62,5% corresponden a hombres en el departamento de Casanare frente a un 37,5% reportado de mujeres en el mismo periodo, para los dos sexos se observa un comportamiento similar en los años 2016 y 2020, en hombres el año 2013 fue el periodo con mayor número de casos, en mujeres presenta cifras equivalentes durante los años 2011 y 2016. Respecto a los municipios que presentan la mayor mortalidad están Yopal con el 39,06% (25/64), Aguazul 12,5% (8/64) y Tauramena 10,94% (7/64) (Figura 110).

Figura 110. Número de defunciones por Epilepsia, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Casanare, 2005 a 2020.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mujeres epilepsia	2	0	1	2	1	1	4	0	1	1	2	4	1	0	1	3
Hombres epilepsia	1	1	2	1	3	2	2	4	5	4	0	4	2	2	3	4
Mujeres trastornos mentales y del comportamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	4	2
Hombres trastornos mentales y del comportamiento	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	2	0	1	2	2	4

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEVV. Datos para actualización de ASIS 2022. Informe de Trastornos Mentales, Fecha de consulta: 09 de septiembre de 2022.

El consumo de sustancia de psicoactivas – SPA es un problema reconocido a nivel nacional e incluso a nivel mundial y que afecta la población Casanareña, éste en sus cifras se puede ver enmascarado en otro tipo de muertes violentas, como los accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, en los cuales no se registra como causa básica de muerte, pero puede estar presentes cuando sucede la defunción. En el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2020 no se presentaron defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas.

De otra parte, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – Sivigila, se notificaron 15 defunciones asociada casos de Violencia de Genero con condición final muertos, durante el periodo 2016 a 2023 semana 51.

Según Informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante los años 2016 a 2021 se reportaron 153 suicidios en el departamento de Casanare, representando el 0,99% de las

muertes por este evento a nivel país. Según el sexo, el 83,66% (128/153) se presentó en hombres y el 16,34% (25/153) en mujeres. El 82,4% (127/153) se presentó en mayores de 18 años y el 16,88 (26/153) en menores de 18 años. Para el 2021 se presenta el mayor número de casos, seguido por el 2019. La tendencia en el tiempo ha sido al aumento y un comportamiento similar al presentado por la nación (Tabla 127).

Tabla 127. Distribución de Casos de Suicidio, Colombia y Casanare, en Hombres y Mujeres, y rango de edad, 2016 a 2023.

Entidad territorial	Colombia								Casanare								Tendencia Colombia	Tendencia Casanare
Año/Variable (Muertes por eventos de Suicidio)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Hombres	1.888	2.095	2.220	2.104	1.957	2.179	2.253	2.001	11	16	21	21	26	33	17	24		
Mujeres	422	476	476	539	463	510	582	578	3	2	3	7	5	5	7	7		
Menor de 18 años	133	476	284	290	281	284	315	239	3	2	2	6	7	6	5	5		
Mayor de 18 años	1.023	1.152	2.412	2.353	2.139	2.405	2.520	2.340	11	16	22	22	24	32	19	26		
TOTAL	**2.310**	**2.571**	**2.696**	**2.643**	**2.420**	**2.689**	**2.835**	**2.579**	**14**	**18**	**24**	**28**	**31**	**38**	**24**	**31**		

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2016 - 2023, corte: 30 de septiembre del 2023, consultado 02 octubre de 2023

7.2.5 Semaforización de las tasas de mortalidad por subcausas especificas

La semaforización de la mortalidad por causas específicas de Colombia y Casanare, facilita la comparación, permitiendo evidenciar que en general existe diferencia estadísticamente significativa, entre las tasas del departamento y el país para algunas causas de muerte, para el año 2021, se identifica para Casanare una tendencia al aumento en las tasas de defunciones por accidentes de Transporte terrestre y tumor maligno del cuello uterino con una diferencia estadísticamente significativa. Las tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de la próstata, mortalidad por lesiones autoinfligidas y agresiones (homicidios) tienen una tendencia a la reducción, pero con cifras superiores a la nación, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

En Casanare el riesgo de morir por diabetes es superior al de la nación, pero la diferencia no es estadísticamente significativa. De otra parte, se observa que la mortalidad por tumor maligno del estómago, trastornos mentales y del comportamiento es menor con relación a la del país, mientras que las enfermedades transmisibles en Casanare son mayor con relación a la del país.

Tabla 128. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas. Casanare 2006 a 2021.

Causa de muerte	Colombia	Casanare	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,87	27,30	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,29	10,97	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,23	11,79	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	12,72	14,90	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	9,13	9,18	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	17,00	19,45	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	5,77	6,62	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,14	1,79	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	27,70	17,10	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,31	38,18	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.6 Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno – infantil (Grandes causas, Mortalidad especifica por subgrupo y Mortalidad materno infantil)

Las prioridades en causas de mortalidad identificadas y el grupo de riesgo del Modelo de atención Integral en salud (MIAS) son las siguientes (Tabla 129).

Tabla 129. Identificación de prioridades en salud para mortalidad, Casanare y Colombia 2021.

Mortalidad	Prioridad	Casanare 2021	Colombia 2021	Tendencia 2005 a 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades sistema circulatorio	146,2	152,94	Disminución	1
	2. Las demás causas	130	114,99	Disminución	0
	3. Neoplasias	81,8	84,01	Disminución	0
	4. Causas externas	78,8	109,41	Oscilante	7
	5. Enfermedades transmisibles	37	32,31	Estacionaria	9
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades isquémicas del corazón	65,37	84,65	Disminuyo	8
	2. Accidentes de transporte terrestre	35,87	14,87	Aumento	12
	3. Enfermedades cerebrovasculares	29,12	28,23	Oscilante	1
	4. Diabetes mellitus	23,26	17	Aumento	1
	5. Agresiones (Homicidios)	21,63	27,7	Aumento	12
	6. Enfermedades Hipertensivas	21,18	18,82	Oscilante	1

	7. Enfermedades Cardiopulmonar, enfermedades de la circulacion pulmonar	17,53	11,18	Oscilante	
	8.Resto de las enfermedades	16,97	13,63	Aumento	
	9. Enfermedad del sistema Urinario	16,95	11,59	Oscilante	
	10. Tumor Maligno de prostara	16,1	12,72	Aumento	7
	11. Signos sintomas y afecciones mal definidas	15,33	6,19	Aumento	
	12. Infección Respiratoria Aguda	15,19	19,06	Oscilante	9
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,01	0,24	Dismuniyo	8
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,75	2,77	Dismuniyo	8
	3.Enfermedades del sistema Respiratorio	0,65	0,48	Aumento	
	4 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,16	0,24	Dismuniyo	3
	5 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,16	0,37	Dismuniyo	
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores:	1. Razón de Mortalidad Materna	145,35	83,16	Aumento	8
	2. Mortalidad en la niñez	12,92	13,21	Aumento	8
	3. Mortalidad Infantil	10,01	10,94	Aumento	8
	4. Tasa de Mortalidad Neonatal	10,01	10,94	Aumento	8
	5. Mortalidad por EDA en menores de 5 años	12,49	4,41	Aumento	3
	6. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	5	7,8	Aumento	3

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEVV. Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023

8.2.7. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

7.2.6.1 Mortalidad Infantil y de la niñez

La mortalidad infantil está estrechamente vinculada a la pobreza; debido a ello, los avances en la supervivencia de bebés y niños han sido más lentos en la población de los países pobres y en la población más pobre de los países con más recursos. La mejora de los servicios públicos de salud es un elemento clave, en particular el acceso a agua potable y a un mejor saneamiento. La instrucción, especialmente para las niñas y las madres, puede salvar la vida de muchos niños. Si bien el aumento de los ingresos puede servir de algo, no será mucho lo que se consiga a menos que dichos servicios se presten a quienes más los necesitan.

Para el análisis de la mortalidad por la lista 6/67 causas OPS, se excluye los subgrupos que no registraron defunciones para ninguno de los tres grupos de edad en que se ha subdividido la mortalidad infantil y en la niñez así: mortalidad infantil (menores de 1 año), mortalidad en la niñez (1 a 4 años) y la mortalidad total en menores de 5 años: suma de las defunciones en menores de 1 año y los del subgrupo de 1 a 4 años.

7.2.6.2 Tasas específicas de mortalidad en la niñez.

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo de la comunidad y de los esfuerzos sociales para proteger a los

niños, como los seres más vulnerables. Con excepción de ciertas malformaciones mayores incompatibles con la vida, la mayoría de las muertes en menores de un año son prevenibles y es imprescindible como indicador de monitoreo del derecho a la salud. La sobremortalidad infantil puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud y producto de discriminación estructural.

Para el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Tumores (neoplasias), Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Enfermedades del sistema nervioso, Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema genitourinario, Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Todas las demás enfermedades, Causas externas de morbilidad y mortalidad y Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.
En Casanare en el periodo de 2005 a 2021 se han registrado 1.319 muertes en niños menores de 5 años, con una tasa especifica de mortalidad en la niñez de 12,24 por 100.000 menores de 5 años para el 2020.

7.2.6.3 Mortalidad Perinatal

Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Entre las principales causas de mortalidad perinatal se encuentran las siguientes:

7.2.7 Mortalidad infantil (menor de 1 año) según grupos de causa.

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

Al evaluar la mortalidad por los 16 grandes grupos de causas por sexo en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa que la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante los 16 años analizados, presenta una tendencia al aumento, pasando de una tasa de 4,72 en el año 2005 a 5,01 muertes por mil nacidos vivos durante 2021. Las malformaciones congénitas presentan una tendencia a la disminución durante el período evaluado, con tasas de 4,04 a 2,75 muertes por mil nacidos vivos en el año 2021 (Tabla 130).

Tabla 130. Tasas específicas de mortalidad infantil, según 16 grandes grupos. Casanare, 2005 a 2021.

Total																			
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,84	0,99	0,31	0,47	0,56	0,46	0,00	0,14	0,42	0,28	0,14	0,16	0,00	0,00	0,17	0,33	0,16	
Tumores (neoplasias)	0,34	0,16	0,16	0,16	0,19	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,14	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,34	0,49	0,16	0,16	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,16	0,47	0,17	0,33	0,16	
Enfermedades del sistema nervioso	0,17	0,33	0,63	0,00	0,00	0,31	0,15	0,28	0,00	0,00	0,14	0,16	0,00	0,00	0,17	0,17	0,16	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,17	0,00	0,16	0,00	0,19	0,31	0,00	0,14	0,14	0,14	0,00	0,31	0,00	0,16	0,17	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	1,01	1,81	0,79	0,78	1,31	0,77	1,23	0,42	0,56	0,71	0,14	0,63	0,78	0,63	0,51	0,00	0,65	
Enfermedades del sistema digestivo	0,17	0,00	0,16	0,31	0,00	0,15	0,15	0,00	0,14	0,14	0,14	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,16	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,16	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,72	6,10	6,60	6,41	7,11	5,26	4,45	3,76	3,24	3,97	3,73	3,28	2,95	4,91	3,89	5,98	5,01	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,04	2,80	3,30	3,91	1,87	3,25	4,76	2,51	1,97	2,70	2,58	2,50	2,02	1,90	2,37	3,16	2,75	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,33	0,16	0,16	0,56	0,93	0,31	0,00	0,14	0,00	0,14	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,51	0,66	0,47	0,31	0,19	0,62	0,61	0,84	0,14	0,28	0,29	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

En la mortalidad infantil para niñas y niños, no se evidencian diferencias en cuanto al peso que aportan las principales causas de muerte; en los niños se presenta un mayor riesgo de morir debido a las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 6,21 muertes por mil niños nacidos vivos, en comparación a 3,70 muertes por mil niñas nacidos vivas, para el año 2021, con una tendencia al aumento en los niños y en las niñas al descenso. En Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, son los niños los que tienen el mayor riesgo de morir por esta sub-causa con 3,42 defunciones por mil niños nacidos vivos a diferencia de las niñas con 2,02 por mil niñas nacidas vivas, en ambos grupos la tendencia es decreciente por esta causa. (Tabla 131 y Tabla 132).

Tabla 131. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas, en hombres, Casanare, 2005 a 2021.

Hombres																		
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,98	1,28	0,00	0,30	0,72	0,00	0,00	0,00	0,27	0,54	0,00	0,31	0,00	0,00	0,33	0,32	0,00	
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,31	0,30	0,36	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,33	0,32	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,31	0,30	0,33	0,32	0,31	
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,93	0,00	0,00	0,30	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,33	0,32	0,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,33	0,00	0,31	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00	0,27	0,27	0,00	0,31	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	0,98	1,28	0,62	0,60	2,16	0,00	0,90	0,81	0,82	1,34	0,00	0,92	1,23	0,61	0,66	0,00	0,62	
Enfermedades del sistema digestivo	0,33	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,32	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,24	7,70	7,71	8,40	7,93	4,81	6,02	4,06	2,73	4,57	5,11	3,36	2,78	5,76	4,64	5,79	6,21	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,95	3,53	3,39	3,30	1,44	2,70	6,02	3,52	2,45	2,69	2,84	2,14	1,85	1,82	2,65	3,86	3,42	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,64	0,31	0,00	0,36	1,20	0,60	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,33	0,64	0,00	0,60	0,00	0,30	0,30	0,27	0,00	0,00	0,57	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Tabla 132. Tasas específicas de mortalidad infantil, según causas, en mujeres, Casanare, 2005 a 2021.

Mujeres																		
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,69	0,68	0,64	0,65	0,39	0,96	0,00	0,29	0,58	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	0,34	
Tumores (neoplasias)	0,69	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,35	0,68	0,32	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,66	0,00	0,34	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	0,35	0,68	0,32	0,00	0,00	0,32	0,31	0,29	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,39	0,32	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,32	0,00	0,00	0,34	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	1,04	2,37	0,96	0,98	0,39	1,59	1,57	0,00	0,29	0,00	0,29	0,32	0,31	0,66	0,34	0,00	0,67	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,32	0,00	0,00	0,32	0,31	0,00	0,29	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,16	4,40	5,45	4,24	6,24	5,73	2,82	3,45	3,80	3,30	2,32	3,20	3,13	3,97	3,10	6,19	3,70	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,20	2,03	3,21	4,56	2,34	3,82	3,45	1,44	1,46	2,70	2,32	2,88	2,19	1,99	2,07	2,41	2,02	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,33	0,78	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,69	0,68	0,96	0,00	0,39	0,96	0,94	1,44	0,29	0,60	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.7.1 Mortalidad de 1 a 4 años

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por, causas externas de morbilidad y mortalidad, con una marcada tendencia de disminución de tasas especificas 35,19 a 3,11 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, sin embargo, en el año 2021, se observa un mayor riesgo de mortalidad por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas de 7,04 a 12,44 defunciones por 100.000 niños de 1 a 4 años, Tumores (neoplasias), enfermedades endocrinas, nutricionales, enfermedades del sistema respiratorio, no se observa un aumento en el riesgo de morir por Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias pasando de una tasa de 14,07 en 2005 a 0,00 muertes por cien mil niños de 1 a 4 años para el 2021, situación que puede atribuirse al impacto de las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que ha incluido nuevos esquemas y vacunas de protección del niño de 1 a 4 años, alcanzando coberturas que favorecen la reducción de la mortalidad en este grupo (Tabla 133).

Tabla 133. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas. Casanare, 2005 a 2021.

Total																				
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	14,07	14,13	3,54	14,20	10,66	7,09	7,05	7,01	3,48	10,38	6,87	3,41	0,00	3,36	0,00	3,10	0,00	
Tumores (neoplasias)	3,52	7,06	0,00	7,10	0,00	0,00	3,52	7,01	10,44	3,46	3,44	6,82	10,16	3,36	3,13	0,00	6,22	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	3,52	3,53	0,00	0,00	0,00	0,00	3,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	10,63	7,10	7,11	10,63	3,52	7,01	6,96	0,00	0,00	0,00	0,00	10,09	0,00	3,10	6,22	
Enfermedades del sistema nervioso	3,52	10,60	0,00	10,65	3,55	0,00	3,52	7,01	3,48	0,00	0,00	3,41	3,39	0,00	3,13	0,00	3,11	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	3,53	0,00	0,00	0,00	10,63	3,52	0,00	3,48	0,00	0,00	0,00	6,77	3,36	0,00	0,00	3,11	
Enfermedades del sistema respiratorio	28,15	7,06	10,63	14,20	10,66	7,09	10,57	3,50	6,96	3,46	3,44	10,24	6,77	6,73	0,00	0,00	6,22	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,44	0,00	0,00	10,09	0,00	0,00	3,11	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,41	3,39	3,36	0,00	3,10	0,00	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,04	0,00	10,63	7,10	7,11	3,54	7,05	3,50	3,48	0,00	13,74	3,41	10,16	6,73	6,26	3,10	12,44	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,52	0,00	0,00	7,10	3,55	3,54	0,00	3,50	0,00	0,00	3,44	0,00	0,00	3,36	0,00	0,00	3,11	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	3,55	0,00	0,00	0,00	3,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	35,19	28,26	31,90	28,40	24,87	46,07	31,72	28,03	31,33	13,84	10,31	17,06	30,49	16,81	0,00	31,01	3,11	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Por sexo, se evidencia una diferencia marcada en las niñas y niños en las diferentes causas de muerte, para el sexo masculino el grupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio es el que mayor tasa presentó, mientras que para el sexo femenino malformaciones congénitas, causas externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Tumores (neoplasias) (Tabla 134 y Tabla 135).

Tabla 134. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas, en hombres, Casanare, 2005 a 2021.

Hombres

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasita	20,67	20,74	6,93	27,79	0,00	13,86	13,77	6,85	6,80	6,76	0,00	0,00	0,00	6,60	0,00	6,08	0,00	
Tumores (neoplasias)	0,00	6,91	0,00	6,95	0,00	0,00	0,00	13,69	6,80	6,76	0,00	0,00	19,94	0,00	0,00	0,00	6,11	
Enfermedades de la sangre y de los órganos	6,89	6,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y m	0,00	0,00	13,87	6,95	6,95	6,93	0,00	0,00	13,61	0,00	0,00	0,00	0,00	19,80	0,00	6,08	6,11	
Enfermedades del sistema nervioso	6,89	6,91	0,00	6,95	6,95	0,00	6,89	13,69	6,80	0,00	0,00	0,00	6,65	0,00	6,13	0,00	0,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mast	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,86	6,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,11	
Enfermedades del sistema respiratorio	34,45	6,91	0,00	20,84	0,00	6,93	13,77	0,00	6,80	0,00	0,00	13,37	0,00	6,60	0,00	0,00	12,21	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,20	0,00	0,00	6,11	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,08	0,00	
Malformaciones congénitas, deformidades y	6,89	0,00	6,93	13,89	6,95	0,00	6,89	6,85	6,80	0,00	13,45	6,69	6,65	0,00	6,13	6,08	12,21	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clí	6,89	0,00	0,00	13,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,11	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	6,95	0,00	0,00	0,00	6,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	41,34	20,74	41,61	20,84	48,63	55,44	34,44	27,39	47,62	13,53	6,73	20,06	33,23	19,80	0,00	42,56	0,00	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Tabla 135. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según causas, en mujeres, Casanare, 2005 a 2021.

Mujeres

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7,19	7,22	0,00	0,00	21,81	0,00	0,00	7,18	0,00	14,16	14,04	6,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Tumores (neoplasias)	7,19	7,22	0,00	7,26	0,00	0,00	7,22	0,00	14,26	0,00	7,02	13,93	0,00	6,86	6,41	0,00	6,34	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hemat	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metaból	0,00	0,00	7,25	7,26	7,27	14,50	7,22	14,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,34	
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	14,45	0,00	14,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,97	0,00	0,00	0,00	0,00	6,34	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	7,22	0,00	0,00	0,00	7,25	0,00	0,00	7,13	0,00	0,00	0,00	13,82	6,86	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	21,57	7,22	21,75	7,26	21,81	7,25	7,22	7,18	7,13	7,08	7,02	6,97	13,82	6,86	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,02	0,00	0,00	6,86	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinat	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,97	6,91	6,86	0,00	0,00	0,00	
Malformaciones congénitas, deformidades y anoma	7,19	0,00	14,50	0,00	7,27	7,25	7,22	0,00	0,00	0,00	14,04	0,00	13,82	13,71	6,41	0,00	12,68	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y	0,00	0,00	0,00	0,00	7,27	7,25	0,00	7,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,86	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	28,76	36,12	21,75	36,31	0,00	36,26	28,87	28,70	14,26	14,16	14,04	13,93	27,63	13,71	0,00	18,99	6,34	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.2.7.2 Mortalidad en la niñez.

La mortalidad en la niñez (menores de 5 años), muestra como primera causa de muerte, ciertas afecciones originadas en el período perinatal con una leve reducción, registrando tasas entre 79,0 en el 2005 a 77,46 muertes por 100.000 en el año 2021. El segundo grupo de causas corresponde a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con tasas que oscilan entre 73,35 en las 2005 y 52,47 muertes por 100.000 menores de cinco años en el 2021, con tendencia al aumento. La tercera causa son las enfermedades del sistema respiratorio, con tendencia a la disminución pasando de 39,14 en el año 2005 a 14,99 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2021. Las causas externas de morbilidad y mortalidad, si bien, presentan una reducción en la mortalidad, persisten como una causa de muerte en este grupo poblacional, situación que amerita una intervención desde diferentes sectores, para prevenir muertes relacionadas con diferentes tipos de accidentes (Tabla 136).

Tabla 136. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas. Casanare, 2005 a 2021.

Total																		
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	25,39	28,31	8,52	19,91	17,06	14,18	5,64	8,41	11,14	13,84	8,24	5,46	0,00	2,69	2,51	7,47	2,50	
Tumores (neoplasias)	8,46	8,49	2,84	8,53	2,84	0,00	2,82	5,61	11,14	2,77	2,75	5,46	8,13	2,69	2,51	0,00	5,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,82	5,66	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	2,80	0,00	2,77	0,00	0,00	2,71	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,64	8,49	11,36	8,53	5,69	8,51	5,64	5,61	5,57	0,00	5,50	0,00	2,71	16,15	2,51	7,47	7,50	
Enfermedades del sistema nervioso	5,64	14,16	11,36	8,53	2,84	5,67	5,64	11,21	2,79	0,00	2,75	5,46	2,71	0,00	5,01	2,49	5,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	2,82	2,83	2,84	0,00	2,84	14,18	2,82	2,80	5,57	2,77	0,00	5,46	5,42	5,38	2,51	0,00	2,50	
Enfermedades del sistema respiratorio	39,50	36,81	22,72	25,60	28,44	19,85	31,02	11,21	16,71	16,60	5,50	19,09	18,96	16,15	7,52	0,00	14,99	
Enfermedades del sistema digestivo	2,82	0,00	2,84	5,69	0,00	2,84	2,82	0,00	2,79	2,77	5,50	0,00	0,00	8,07	2,51	0,00	5,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	2,83	0,00	0,00	2,84	0,00	2,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	79,00	104,76	119,28	116,62	108,07	96,41	81,79	75,70	64,06	77,49	71,44	60,01	54,17	86,11	57,63	92,07	77,46	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	73,35	48,13	68,16	76,80	34,13	62,38	93,07	53,27	41,78	52,58	60,45	46,37	43,34	37,67	40,09	49,77	52,47	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,82	5,66	2,84	8,53	11,38	19,85	5,64	2,80	2,79	0,00	5,50	0,00	0,00	5,38	0,00	0,00	2,50	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	2,84	2,84	0,00	0,00	2,79	0,00	5,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	36,68	33,98	34,08	28,44	22,75	48,21	36,67	39,25	27,85	16,60	13,74	27,28	24,38	13,46	0,00	24,88	5,00	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023
http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Tanto en hombres como en mujeres las dos primeras causas de muerte en menores de 5 años son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. (Tabla 137 y Tabla 138).

Tabla 137. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas, en hombres, Casanare, 2005 a 2021.

Hombres																		
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	33,14	38,78	5,55	27,82	11,12	11,09	11,03	5,48	10,90	16,25	0,00	5,35	0,00	5,28	4,90	9,75	0,00	
Tumores (neoplasias)	0,00	5,54	5,55	11,13	5,56	0,00	0,00	10,96	10,90	5,42	0,00	0,00	15,96	0,00	0,00	0,00	4,90	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	5,52	11,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	0,00	5,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,52	5,54	11,11	11,13	5,56	5,55	0,00	0,00	10,90	0,00	5,39	0,00	5,32	21,14	4,90	9,75	9,80	
Enfermedades del sistema nervioso	5,52	5,54	16,66	5,56	5,56	5,55	5,51	16,44	5,45	0,00	0,00	5,35	5,32	0,00	9,80	4,88	0,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	5,52	0,00	5,55	0,00	0,00	16,64	5,51	0,00	5,45	5,42	0,00	5,35	0,00	5,28	0,00	0,00	4,90	
Enfermedades del sistema respiratorio	44,19	27,70	11,11	27,82	33,36	5,55	27,56	16,44	21,79	27,09	0,00	26,76	21,28	15,85	9,80	0,00	19,61	
Enfermedades del sistema digestivo	5,52	0,00	0,00	11,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,42	0,00	0,00	0,00	10,57	4,90	0,00	4,90	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	5,54	0,00	0,00	5,56	0,00	5,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	88,37	132,96	138,87	155,79	122,34	88,74	110,25	82,21	54,49	92,10	96,95	58,88	47,88	100,41	68,63	92,66	98,03	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	55,23	60,94	66,66	72,33	27,80	49,92	115,77	76,73	54,49	54,17	64,63	42,82	37,24	31,71	44,12	63,40	63,72	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,52	11,08	5,55	11,13	5,56	22,19	11,03	0,00	5,45	0,00	5,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,90	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	5,56	5,55	0,00	0,00	5,45	0,00	5,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	38,66	27,70	33,33	27,82	38,93	49,92	33,08	27,40	38,14	10,83	16,16	32,11	26,60	15,85	0,00	34,14	0,00	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

Tabla 138. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, según causas, en mujeres, Casanare, 2005 a 2021.

Mujeres																		
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	17,30	17,37	11,62	11,64	23,29	17,41	0,00	11,48	11,40	11,31	16,83	5,56	0,00	0,00	0,00	5,08	5,10	
Tumores (neoplasias)	17,30	11,58	0,00	5,82	0,00	0,00	5,78	0,00	11,40	0,00	5,61	11,12	0,00	5,48	5,13	0,00	5,10	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,52	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,77	11,58	11,62	5,82	5,82	11,60	11,55	11,48	0,00	0,00	5,61	0,00	0,00	10,97	0,00	5,08	5,10	
Enfermedades del sistema nervioso	0,35	0,68	0,32	0,00	0,00	0,32	0,31	0,29	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	5,79	0,00	0,00	5,82	11,60	0,00	5,74	5,70	0,00	0,00	5,56	11,04	5,48	5,13	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	34,60	46,33	34,87	23,28	23,29	34,81	34,65	5,74	11,40	5,66	11,22	11,12	16,56	16,45	5,13	0,00	10,19	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	5,81	0,00	0,00	5,80	5,78	0,00	5,70	0,00	11,22	0,00	0,00	5,48	0,00	0,00	5,10	
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	69,20	75,29	98,79	75,66	93,14	104,44	51,98	68,87	74,08	62,23	44,87	61,18	60,70	71,28	46,13	91,46	56,07	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	92,27	34,75	69,73	81,48	40,75	75,43	69,30	28,70	28,49	50,92	56,09	50,06	49,67	43,86	35,88	35,57	40,78	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	5,82	17,46	17,41	0,00	5,74	0,00	0,00	5,61	0,00	0,00	10,97	0,00	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	34,60	40,54	34,87	29,10	5,82	46,42	40,43	51,66	17,10	22,63	11,22	22,25	22,07	10,97	0,00	15,24	10,19	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023 http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/

7.3 Análisis de las desigualdades de la Mortalidad Materna

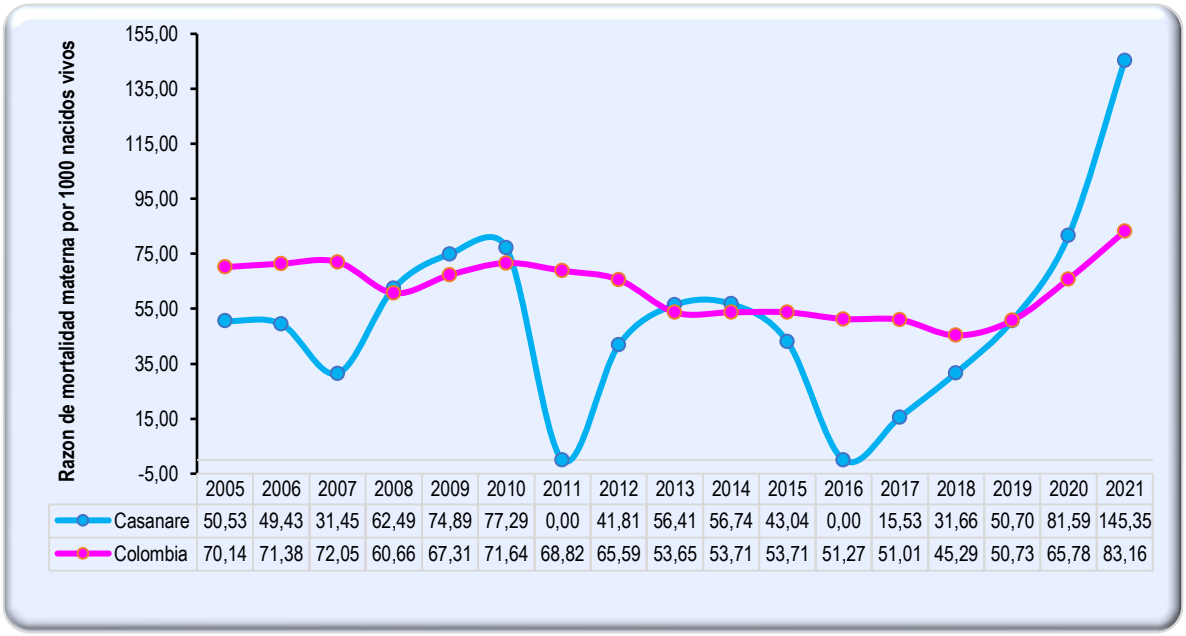
Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, las desigualdades en salud como las diferencias en la salud de los individuos o los grupos, que se generan por discrepancias en las condiciones sociales y económicas, que influyen en los comportamientos de la población, sus estilos de vida, el riesgo de enfermar y las medidas adoptadas para hacer frente a la enfermedad. Por el contrario, una inequidad en salud, o disparidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud, además de ser un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.
De acuerdo con una definición común, cuando las diferencias en salud son prevenibles e innecesarias, el permitir que persistan es injusto. En este sentido, las inequidades en salud son diferencias sistemáticas en la salud que podrían evitarse con medios razonables. A su vez la OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". En este orden se presenta las Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que cada año en el mundo mueren 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y puerperio, y cerca de 7.700 en las Américas han fallecido, en su mayoría por causas prevenibles. Desde el punto de vista de determinantes y desigualdades en salud, un alto número de muertes maternas en algunas zonas refleja inequidades en el acceso a los servicios de salud y acentúa la diferencia entre ricos y pobres, razón que conllevó a plantearse a nivel mundial la meta número 3,1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la cual consiste en reducir para el año 2030 la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, con el objetivo de poner fin a la mortalidad materna prevenible (Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Consultado 02 Dic 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality. Colombia adaptó los ODS mediante el CONPES 3918 y definió la meta nacional a alcanzar en 2030 a 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.
Además, la mortalidad materna, es un evento influenciado por las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud de las mujeres. Las cuales pueden ser evitables, con medios para prevenir o tratar las complicaciones bien conocidas, como el acceso oportuno a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. la salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas.
La tendencia de la mortalidad materna en Casanare, ha sido fluctuante, en el periodo 2005 a 2021 osciló entre 50,53 y 81,59 casos por cada 100.000 nacidos vivo, en el año 2011 y 2016 no se registraron defunciones maternas. La razón de mortalidad materna del departamento del 2005 al 2007 y en el 2011, 2015 y 2017, fue inferior al promedio Nacional, mientras que en los años 2008 al 2010 y 2014, fue ligeramente superior. En 2020, la razón de mortalidad materna en el departamento fue muy superior al promedio nacional, situación presentada en el 2021 en donde se aprecia un incremento significativo. Se puede apreciar que la meta de la mortalidad materna de los ODS ajustada para Colombia y Casanare no se alcanzó en el año 2021, por tanto, es fundamental plantear acciones que

permitan impactar los determinantes sociales de tal manera que se reduzca la mortalidad materna (Figura 111).

De acuerdo a este comportamiento, es preciso decir que hay que revisar las estrategias y demás acciones que faciliten apoyar en la reducción de las desigualdades, en la calidad y acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal, lograr una cobertura sanitaria universal efectiva, abordar las causas de mortalidad materna, de morbilidad y de discapacidades conexas, reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad, garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad (Figura 111).

Figura 111. Razón de Mortalidad Materna, Casanare y Colombia 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	50,53	49,43	31,45	62,49	74,89	77,29	0,00	41,81	56,41	56,74	43,04	0,00	15,53	31,66	50,70	81,59	145,35
Colombia	70,14	71,38	72,05	60,66	67,31	71,64	68,82	65,59	53,65	53,71	53,71	51,27	51,01	45,29	50,73	65,78	83,16

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.1 Mortalidad Materna por etnia y área de Residencia

La mayor razón de mortalidad materna en el periodo se presentó en población indígena, años 2009 y 2014, seguida por la mortalidad por otras etnias. En 2019, la razón de mortalidad materna fue de 800 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, por otras etnias. Para el 2020 la razón de mortalidad materna por otras etnias fue de 83.64 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos (Tabla 139).

Tabla 139. Indicadores de razón de mortalidad materna por etnia, Casanare, 2005 – 2020.

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - Indígena	1785,7	0	0	0	0	1020,4	0	0	0	0	800,0	0
2 - Rom (Gitano)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 - Raizal (San Andrés y Providencia)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 - Palenquero De San Basilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 - Otras Etnias	60,61	81,29	0,00	43,00	57,55	43,38	43,66	0,00	15,69	32,49	34,64	83,64
Total	**74,89**	**77,29**	**0,00**	**41,81**	**56,41**	**56,74**	**43,04**	**0,00**	**15,53**	**31,66**	**50,70**	**81,59**

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2022 – Cubos indicadores SISPRO. Consultado el 12/09/2022.

En el departamento de Casanare la razón de mortalidad materna en el año 2020 en el área rural dispersa fue de 69,78 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, cifra similar a la presentada para el área urbana (67,75). Sin embargo, la mayor razón de mortalidad materna se observa en los centro poblados 374.53 para el 2020. Llama la atención que la razón de mortalidad materna más alta se presentó en los años 2009 y 2020 (Tabla 140).

Tabla 140. Indicadores de razón de mortalidad materna por área de residencia, Casanare, 2005 – 2020.

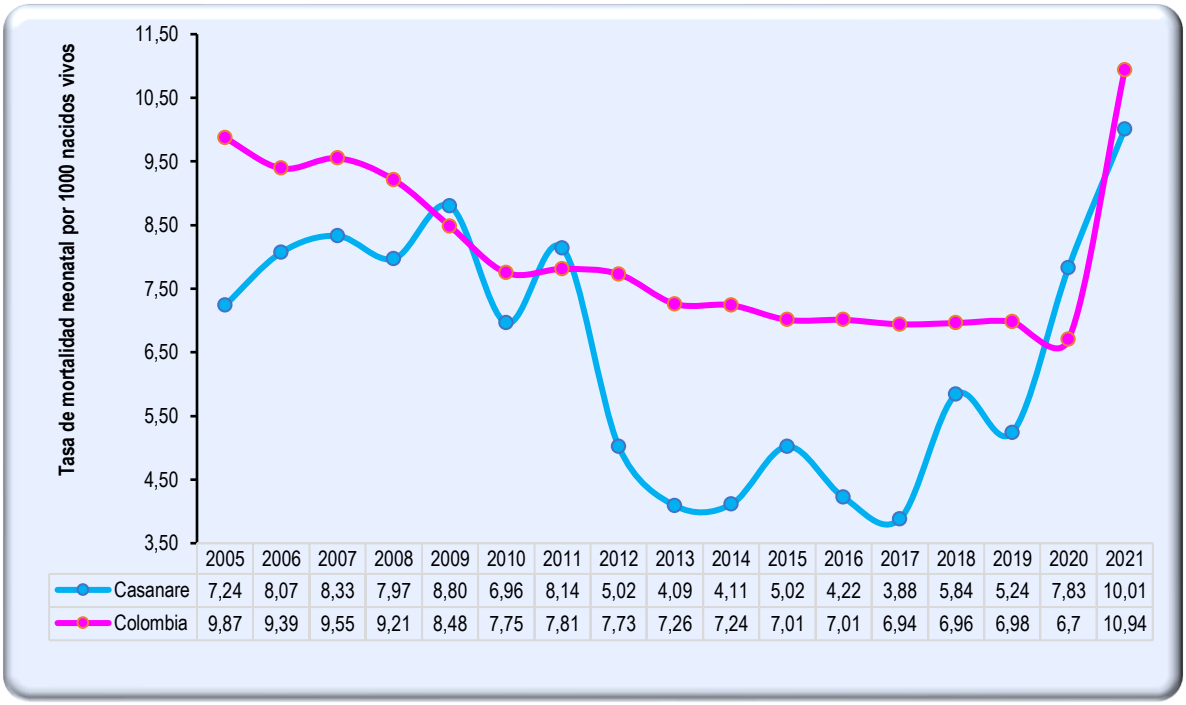
Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - Cabecera	49,59	20,12	0,00	54,57	36,51	54,61	18,41	0,00	0	21,38	22,52	67,75
2 - Centro Poblado	0	487,80	0	0	0	0	0	0	392,157	0	425,53	374,53
3 - Área Rural Dispersa	99,70	161,03	0	0	140,35	72,25	148,15	0	0	73,37	80,58	69,78
Sin Información	2040,82	1960,78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**74,89**	**77,29**	**0,00**	**41,81**	**56,41**	**56,74**	**43,04**	**0,00**	**15,53**	**31,66**	**50,70**	**81,59**

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2022 – Cubos indicadores SISPRO. Consultado el 12/09/2022.

7.3.1.1 Mortalidad Neonatal.

La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil y representa la probabilidad de que un recién nacido muera antes de los 28 días. Al revisar la tendencia de la mortalidad neonatal en Casanare se observa una mortalidad neonatal estacionaria en el periodo 2005 a 2015, oscilando entre 7,24 y 8,59 y un descenso en el a 2017 a 3,88 defunciones neonatales por cada mil nacidos vivos. Con excepción de 2009, 2011, 2020 y 2021 la tasa de mortalidad neonatal de Casanare ha sido inferior al promedio nacional, con un aumento significativo para el año 2021 frente al año 2020 (Figura 112).

Figura 112. Tasa de Mortalidad Neonatal, Casanare y Colombia 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	7,24	8,07	8,33	7,97	8,80	6,96	8,14	5,02	4,09	4,11	5,02	4,22	3,88	5,84	5,24	7,83	10,01
Colombia	9,87	9,39	9,55	9,21	8,48	7,75	7,81	7,73	7,26	7,24	7,01	7,01	6,94	6,96	6,98	6,7	10,94

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.1.2 Mortalidad neonatal por etnia y área de residencia

Para el año 2020 no se presentaron muertes neonatales en indígenas y en 2019 para el departamento de Casanare la razón de mortalidad neonatal por etnia en indígenas fue de 16,00 muertes por 1.000 nacidos vivos. La razón de mortalidad neonatal por etnia en otras etnias fue de 8,03 muertes por 1.000 nacidos vivos (Tabla 141).

Tabla 141. Indicadores de razón de mortalidad neonatal por etnia, Casanare, 2005 – 2020.

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - Indígena	53,57	0,00	46,88	0,00	11,76	10,20	37,97	15,38	0,00	14,81	16,00	0,00
2 - Rom (Gitano)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3 - Raizal (San Andrés Y Providencia)	0,00	333,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4 - Palenquero De San Basilio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	25,64	58,82	0,00	22,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,04	0,00	0,00
6 - Otras Etnias	6,26	6,18	7,19	4,87	3,74	3,90	4,51	4,12	3,92	5,52	5,02	8,03
No Reportado	41,24	19,14	307,69	0,00	666,67	142,86	250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	**8,80**	**6,96**	**8,14**	**5,02**	**4,09**	**4,11**	**5,02**	**4,22**	**3,88**	**5,86**	**5,24**	**7,83**

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2022 – Cubos indicadores SISPRO. Consultado el 12/09/2022.

En el departamento de Casanare la razón de mortalidad neonatal por área de residencia en el año 2020, fue de 8,36 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos para el área rural dispersa, cifra superior a la presentada para el área urbana (7,90). Llama la atención que la razón de mortalidad neonatal más alta se presentó en el área rural en los años 2010 y 2016 (Tabla 142).

Tabla 142. Indicadores de razón de mortalidad neonatal por área de residencia, Casanare, 2005 – 2020.

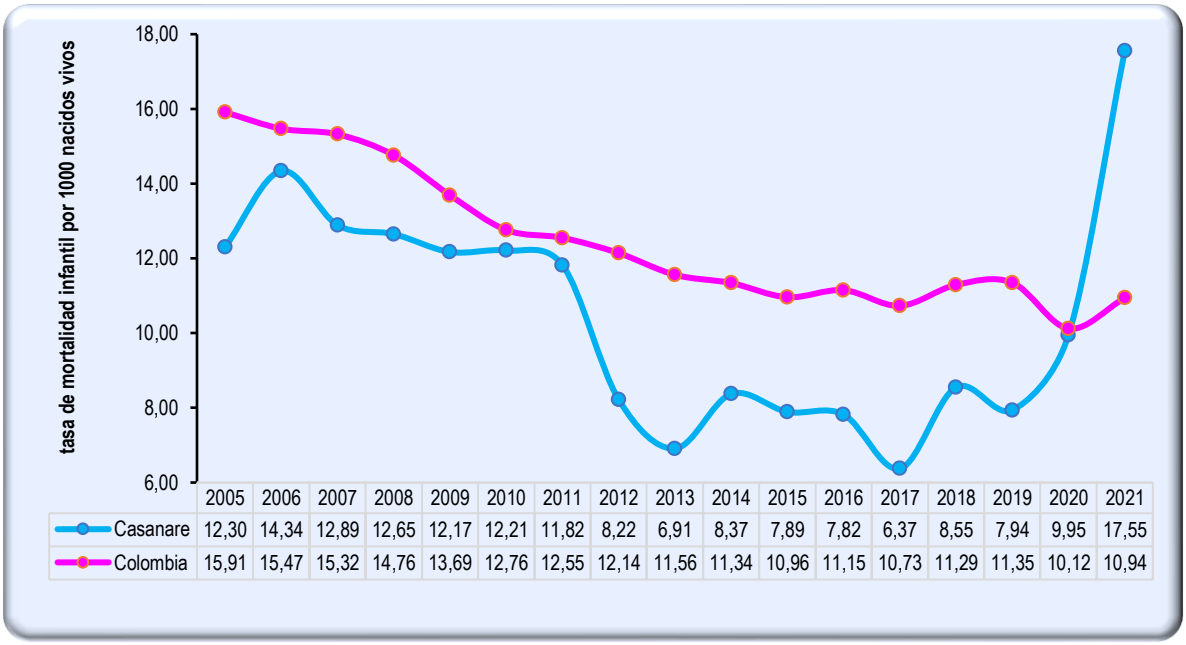
Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - Cabecera	8,93	5,63	7,31	4,37	3,65	3,09	4,97	2,44	3,70	5,34	4,73	7,90
2 - Centro Poblado	0,00	0,00	12,12	8,26	0,00	11,63	10,53	8,37	3,92	7,22	0,00	3,75
3 - Área Rural Dispersa	10,97	13,69	9,82	6,28	6,32	7,23	4,44	10,46	4,55	7,34	8,06	8,37
Sin Información	0,00	0,00	0,00	1000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	**8,80**	**6,96**	**8,14**	**5,02**	**4,09**	**4,11**	**5,02**	**4,22**	**3,88**	**5,86**	**5,24**	**7,83**

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2022 – Cubos indicadores SISPRO. Consultado el 12/09/2022.

7.3.1.3 Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil presenta tendencia al incremento tanto en el país como en el Departamento; sin embargo, de acuerdo con los datos ajustados publicados por el DANE para el año 2021, la tasa en Casanare presentó un incremento significativo con 17,55 defunciones por 1.000 nacidos vivos respecto al año anterior. En términos generales, el indicador ha presentado un incremento de 5,25 puntos porcentuales comparado con el año 2005 (Figura 113).

Figura 113. Tasa de Mortalidad Infantil, Casanare y Colombia 2005 a 2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	12,30	14,34	12,89	12,65	12,17	12,21	11,82	8,22	6,91	8,37	7,89	7,82	6,37	8,55	7,94	9,95	17,55
Colombia	15,91	15,47	15,32	14,76	13,69	12,76	12,55	12,14	11,56	11,34	10,96	11,15	10,73	11,29	11,35	10,12	10,94

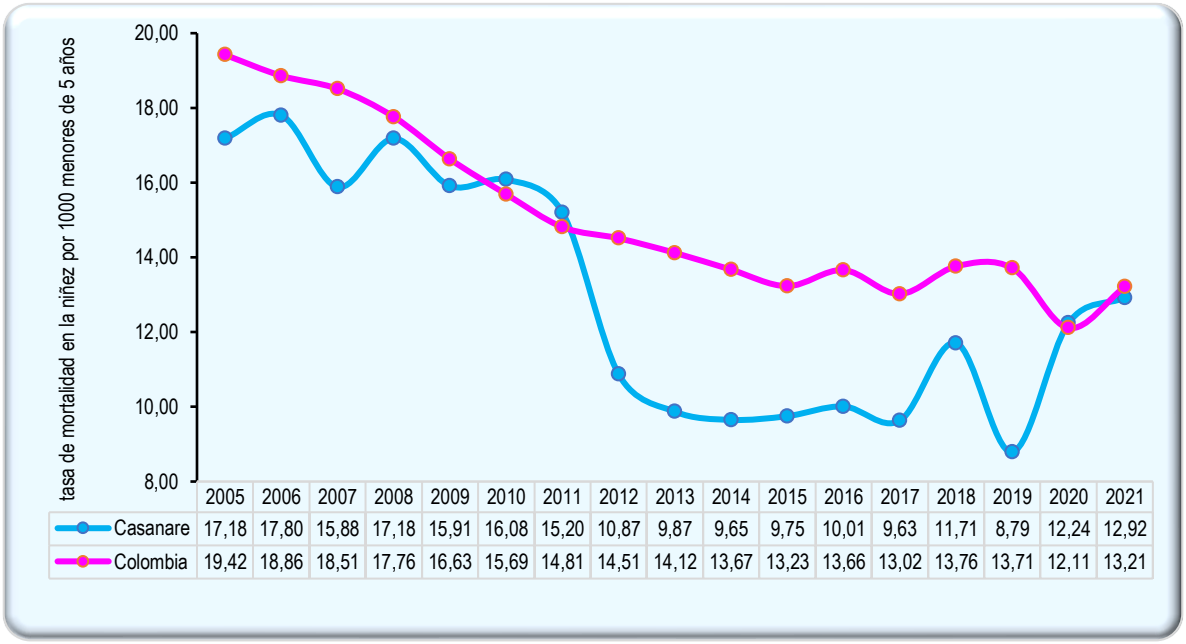
Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.1.4 Mortalidad en la Niñez (menores de 5 años).

La tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años es la probabilidad por cada 1.000 nacimientos de que un neonato muera antes de cumplir cinco años. La muerte de un niño es una pérdida trágica. Según el informe de objetivos de desarrollo del Milenio de 2008, todos los años mueren alrededor de 10 millones de niños antes de cumplir 5 años de edad. La mayoría de estos niños viven en países en desarrollo y mueren como resultado de una enfermedad o una combinación de enfermedades que se pueden evitar con métodos ya existentes y de bajo costo. La mortalidad infantil está estrechamente vinculada a la pobreza; debido a ello, los avances en la supervivencia de bebés y niños han sido más lentos en la población de los países pobres y en la población más pobre de los países con más recursos. La mejora de los servicios públicos de salud es un elemento clave, en particular el acceso a agua potable y a un mejor saneamiento. La instrucción, especialmente para las niñas y las madres, puede salvar la vida de muchos niños.

La mortalidad en la niñez, presenta a través de los años analizados, una tendencia a la reducción pasando de 17,18 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivo en el 2005 a 12,92 en 2021, 1 defunción menos por 1.000 nacido vivos en comparación con el país, comportamiento que está en concordancia con la información encontrada en la página de la OMS, donde se reporta que, según el informe de la Organización de Naciones Unidas, desde el año 2000 “las muertes infantiles se han reducido prácticamente a la mitad y las muertes maternas han disminuido en más de un tercio, principalmente gracias a un mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad” (Figura 114).

Figura 114. Tasa de Mortalidad en la Niñez, Casanare y Colombia 2005 a 2021.



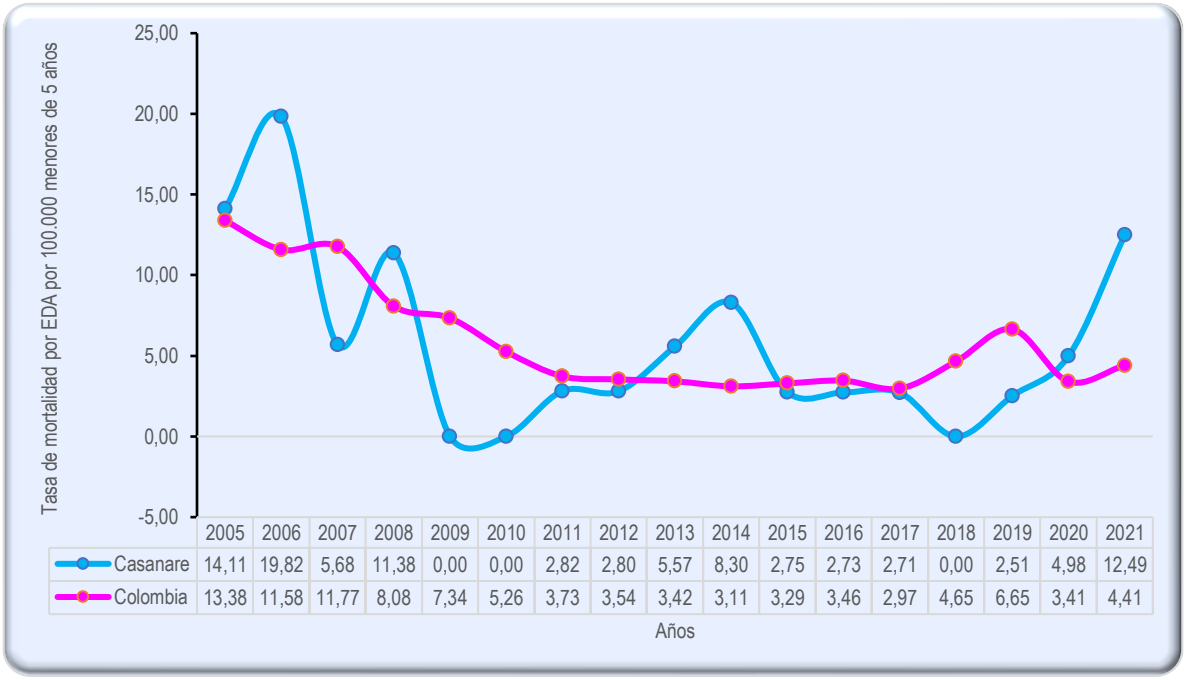
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	17,18	17,80	15,88	17,18	15,91	16,08	15,20	10,87	9,87	9,65	9,75	10,01	9,63	11,71	8,79	12,24	12,92
Colombia	19,42	18,86	18,51	17,76	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12	13,67	13,23	13,66	13,02	13,76	13,71	12,11	13,21

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.1.5 Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años

Las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica Aguda (EDA en Casanare presenta una tendencia a la disminución desde el 2011 hasta el 2013 y desde 2015 a 2019, sin embargo, durante los años 2008, 2006 y 2014 se presentó un cambio en la tendencia aumento evidenciándose la presentación más alta de casos, siendo superior a la del promedio nacional. Para los demás años incluido 2020 y 2021 la tasa del departamento fue superior a la tasa promedio Nacional. En 2009, 2010 y 2018 no se registraron defunciones por EDA. Para el periodo 2005 a 2021 se presentaron tasas de 17,18 a 12,92 defunciones de menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años, con un incremento estadísticamente significativo frente al año anterior (Figura 115).

Figura 115. Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años por EDA, Casanare y Colombia 2005 a 2021.



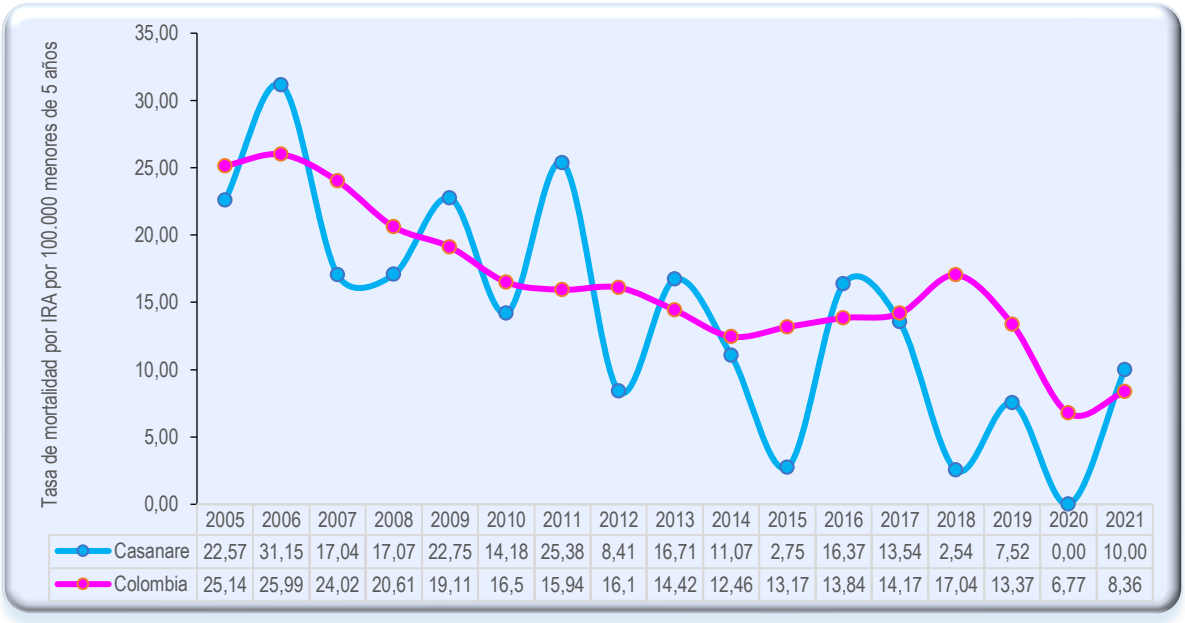
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	14,11	19,82	5,68	11,38	0,00	0,00	2,82	2,80	5,57	8,30	2,75	2,73	2,71	0,00	2,51	4,98	12,49
Colombia	13,38	11,58	11,77	8,08	7,34	5,26	3,73	3,54	3,42	3,11	3,29	3,46	2,97	4,65	6,65	3,41	4,41

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.1.6 Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años

Para el año 2021, en el departamento de Casanare se registra una tendencia al incremento con una tasa de 12,49 en menores de 5 años. La tendencia de las tasas de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el departamento de Casanare durante el periodo 2005 a 2019 es de descenso, pasando de 22,57 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en 2005 a 17,52 en el 2019. Las mayores tasas específicas de defunción se presentaron en los años 2006 con 31,15 y 2011 con 25,38 defunciones por 100.000 menores de este grupo de edad. Durante este periodo, las tasas fueron ligeramente inferiores al promedio Nacional. (Figura 65). Dado el comportamiento, es preciso tener presente que la Infección Respiratoria Aguda (IRA), en los menores de cinco años, está asociada al bajo peso al nacer, la malnutrición, la falta de lactancia materna durante el primer año de vida, el hacinamiento, la poca accesibilidad a la prestación de servicios y las coberturas no óptimas de vacunación, así como los determinantes sociales, tales como la pertenencia a grupos étnicos, (indígenas y afros), ser víctima del conflicto; evidencian la vulnerabilidad de los menores de cinco años a morir por estas infecciones, todas estas condiciones son susceptibles de intervenir con estrategias costo - efectivas que pueden reducir en un gran número las muertes en los niños y niñas menores de 5 años (Figura 116).

Figura 116. Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años por IRA, Casanare y Colombia 2005 a 2021.



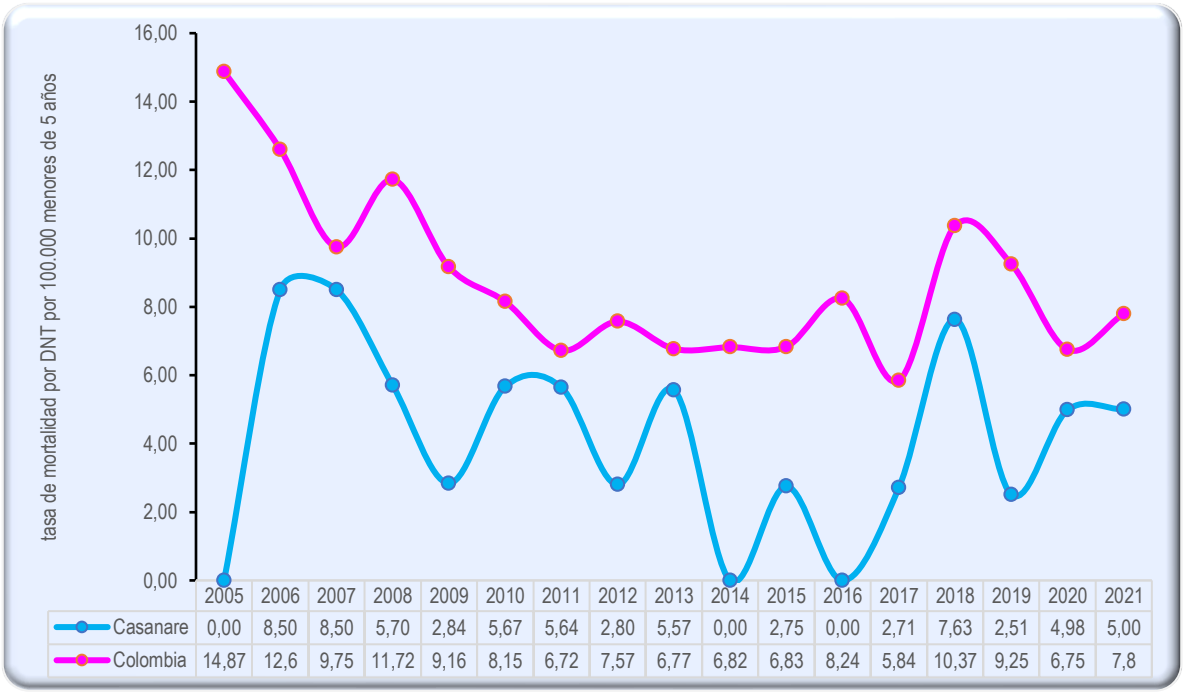
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	22,57	31,15	17,04	17,07	22,75	14,18	25,38	8,41	16,71	11,07	2,75	16,37	13,54	2,54	7,52	0,00	10,00
Colombia	25,14	25,99	24,02	20,61	19,11	16,5	15,94	16,1	14,42	12,46	13,17	13,84	14,17	17,04	13,37	6,77	8,36

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.1.7 Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años

La tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en el período de tiempo analizado es oscilante, en los años 2006, 2013 y 2018 en los cuales se evidencia una tendencia al aumento, en el año 2020 presenta un aumento de 2 defunciones por DNT más por 100.000 menores de 5 años, pero para el año 2021 la tendencia es similar a la presentada en el año anterior. En el año 2005, la tasa por DNT en menores de 5 años es de 5,0. En general, las tasas fueron inferiores a las presentadas para el promedio Nacional, sin embargo, es necesario fortalecer las estrategias para que los niños no mueran por falta de alimentos; una situación intolerable en cualquier lugar (Figura 117).

Figura 117. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años por Desnutrición, Casanare y Colombia 2005 a 2021



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casanare	0,00	8,50	8,50	5,70	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
Colombia	14,87	12,6	9,75	11,72	9,16	8,15	6,72	7,57	6,77	6,82	6,83	8,24	5,84	10,37	9,25	6,75	7,8

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.3.2 Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez

Se compararon los indicadores de razón de la mortalidad materna, las tasas de mortalidad neonatal, mortalidad infantil ajustada, mortalidad en la niñez ajustada, mortalidad por IRA, mortalidad por EDA y mortalidad por desnutrición en un periodo de 2005 a 2021 promedio Nacional con los presentados en el departamento de Casanare.

Con relación a la semaforización de la mortalidad materno infantil, se observa, que la tendencia en la razón de la mortalidad materna en Casanare es fluctuante, sin embargo, para en el 2021 ésta tasa es superior al indicador nacional, con una diferencia estadísticamente significativa.

Respecto a las tasas de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad en la niñez para el año 2021, se observa superior al promedio nacional, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años, presenta para el año 2021 una tendencia al aumento con respecto al año anterior, estadísticamente significativa.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA), presentan para Casanare cifras superior a la del país y con tendencia a al aumento en IRA pero estadísticamente no significativa

La mortalidad por desnutrición presenta una cifra inferior al país, pero no estadísticamente significativa, sin embargo, el comportamiento en el período ha sido fluctuante en años anteriores para DNT que puede obedecer a las estrategias implementadas en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional, con acciones de complementación alimentaria, agricultura (autoconsumo) y atención de la desnutrición aguda, las cuales han tenido impacto y se ve reflejado en este tipo de resultados (Tabla 143).

Tabla 143. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Casanare 2006 a 2021.

Causa de muerte	Colombia	Casanare	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendencia
Razón de mortalidad materna	83,16	145,35	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad neonatal	10,94	10,01	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad infantil	10,94	10,01	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad en la niñez	13,21	12,92	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,36	10,00	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	4,41	12,49	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	7,80	5,00	↗	-	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	-	

Fuente: Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), datos para actualización de ASIS 2023, Estadísticas Vitales, Consultado en la bodega de datos del SISPRO el 10 de marzo de 2023.

7.4 Conclusiones desenlaces mórbidos y fatales

En Casanare la mortalidad presenta una tendencia al aumento para el año 2021 con 2.452 muertes y una tasa de mortalidad de 10,89 defunciones por cada mil habitantes, lo cual se debó en gran parte a la situación epidémica de Covid 19.

De acuerdo a las tasas ajustadas para la población en general de Casanare para el año 2021, según gran causa lista propuesta por la OMS, se observa, que la primera causa de mortalidad corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por la agrupación “las demás causas” y, en tercer lugar, las neoplasias, presentando un mayor número de fallecimientos en hombres por las enfermedades del sistema circulatorio, un aumento en causas externas y las demás causas y una tendencia al aumento en el tiempo, situación similar sucede en las mujeres pero con una tendencia a la reducción en especial en las neoplasias.

Con respecto a los años potencialmente perdidos (AVPP) para el año 2021, en la población en general del departamento, se observa que el 32,8% (14.388) de dicha mortalidad en el año 2021, es atribuido a causas externas, las demás causas aportando el 23% de los AVPP, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del sistema circulatorio generaron cada una entre el 23% y 16% del total de AVPP en el último año evaluado, mientras que las enfermedades trasmisibles generaron el 8% (3.592) del total de AVPP en 2021.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Casanare durante el periodo 2016 a 2023 se reportaron 1041 defunciones, de las cuales el 81,4% (848/1041) de los ocurrieron en casos fueron en hombres y 18,5% (193/1041) en mujeres, el 7,4% (78/1041) de los fallecidos en eran menores de 18 años y 792,5% (936/1041) en mayores de 18 años.

La semaforización de la mortalidad por causas específicas de Colombia y Casanare para el año 2021 muestran tendencia al aumento en las tasas de defunciones por accidentes de Transporte terrestre y tumor maligno del cuello uterino con una diferencia estadísticamente significativa. Las tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de la próstata, mortalidad por lesiones autoinfligidas y agresiones (homicidios) tienen una tendencia a la reducción, pero con cifras superiores a la nación, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

En Casanare en el periodo de 2005 a 2021 se han registrado 1.319 muertes en niños menores de 5 años, con una tasa especifica de mortalidad en la niñez de 12,24 por 100.000 menores de 5 años para el 2020.

Al evaluar la mortalidad por los 16 grandes grupos de causas por sexo en los menores de un año (mortalidad infantil), se observa que la mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, durante los 16 años analizados, presenta una tendencia al aumento, pasando de una tasa de 4,72 en el año 2005 a 5,01 muertes por mil nacidos vivos durante 2021. Las malformaciones congénitas presentan una tendencia a la disminución durante el período evaluado, con tasas de 4,04 a 2,75 muertes por mil nacidos vivos en el año 2021.

En la mortalidad infantil para niñas y niños, no se evidencian diferencias en cuanto al peso que aportan las principales causas de muerte; en los niños se presenta un mayor riesgo de morir debido a las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de 6,21 muertes por mil niños nacidos vivos, en comparación a 3,70 muertes por mil niñas nacidos vivas, para el año 2021, con una tendencia al aumento en los niños y en las niñas al descenso.

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 a 4 años están dadas por, causas externas de morbilidad y mortalidad, con una marcada tendencia de disminución de tasas especificas 35,19 a 3,11 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, sin embargo, en el año 2021, se observa un mayor riesgo de mortalidad por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas de 7,04 a 12,44 defunciones por 100.000 niños de 1 a 4 años, Tumores (neoplasias), enfermedades endocrinas, nutricionales, enfermedades del sistema respiratorio, no se observa un aumento en el riesgo de morir por Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias pasando de una tasa de 14,07 en 2005 a 0,00 muertes por cien mil niños de 1 a 4 años para el 2021.

La mortalidad en la niñez (menores de 5 años), muestra como primera causa de muerte, ciertas afecciones originadas en el período perinatal con una leve reducción, registrando tasas entre 79,0 en el 2005 a 77,46 muertes por 100.000 en el año 2021. El segundo grupo de causas corresponde a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con tasas que oscilan entre 73,35 en las 2005 y 52,47 muertes por 100.000 menores de cinco años en el 2021, con tendencia al aumento. La tercera causa son las enfermedades del sistema respiratorio, con tendencia a la disminución pasando de 39,14 en el año 2005 a 14,99 muertes por 100.000 menores de cinco años en el año 2021.

La razón de mortalidad materna en el departamento fue muy superior al promedio nacional, situación presentada en el 2021 en donde se aprecia un incremento significativo con una razón de 81,59 casos por cada 100.000 nacidos vivo.

La Tasa de mortalidad infantil fue de 10,01 defunciones por 1.000 nacidos vivos en el año 2021. La mortalidad en la niñez presenta una tendencia a la reducción a través de los años analizados, pasando de 17,18 defunciones de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivo en el 2005 a 12,92 en 2021; 1 defunción menos por 1.000 nacido vivos en comparación con el país.

Finalmente, la tasa de Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años presenta una tendencia al incremento con 12,92 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años para el año 2021. .

8 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

Para el desarrollo de este capítulo se utilizó las definiciones de la Metodología general ajustada para la formulación de proyectos del Departamento Nacional de Planeación - DNP, en el módulo 1 de Identificación, sección 3.3 Participantes (Departamento Nacional de Planeación, 2015); para realizar la identificación y análisis de participantes que están involucrados directamente en el sistema de salud a nivel territorial y aquellos actores que asumen una posición o liderazgo específico en iniciativas de salud en donde son beneficiarios o afectados[2].

8.1 Análisis de involucrados

Se realiza una identifica de involucrados (también denominado *stakeholder análisis*) preliminar en función de la indagación de información secundaria del sector sanitario en términos de quienes son los directamente responsables de cumplir con las disposiciones formales de acuerdo con la normatividad vigente para la garantía del aseguramiento, prestación de servicio, supervisión y regulación, y vigilancia y control.

A partir del rol o función de los involucrados se identifican actores del sector institucional o gubernamental, político con participación de los cuerpos colegiados de elección directa y social con presencia de organizaciones no gubernamentales con intereses específicos y organizaciones de base comunitaria con expectativas diversas. En total se identificaron en el departamento 54 actores que se encuentran directamente involucrados sea por su obligación de participar de acuerdo con sus actividades misionales en el sector salud, coaliciones promotoras interesados en la política pública y afectados / beneficiados de la comunidad general que están interesados en realizar veeduría ciudadana en términos de goce efectivo del derecho a la salud en su territorio.

A nivel institucional se identifican 40 actores: 1 a nivel nacional, 8 a nivel departamental y 31 a nivel municipal o local. Se identifican actores del sistema de salud (EAPB, IPS – ESE's), entidades territoriales del orden departamental y otras instancias gubernamentales (salud, gobierno, educación, planeación, entre otros), representantes de la académica local, Comités Seccionales de Seguridad y Salud en el Trabajo, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, y asociación de usuarios de afiliados de las EAPB que hacen presencia en el territorio (Capresoca, Sanitas, Nueva EPS, Coosalud).

En el ámbito político se identifican actores fundamentales en fase decisoria de estructuración de la agenda pública y aprobación del dispositivo formal en las instancias representativas del departamento y a nivel local: 1). El Gobernador; 2). Asamblea departamental; 3). Alcaldes y; 4). Concejos municipales.

[2] De acuerdo con Manual conceptual de la Metodología General Ajustada (MGA), los beneficiarios son aquellos individuos u organizaciones que recibirán directa o indirectamente los beneficios de la(s) intervención(es) que se proponga(n) realizar a través del proyecto. Los Cooperantes comprenden a todas aquellas personas o entidades que pueden vincularse aportando recursos de diferente tipo ya sea en dinero o en especie para el desarrollo de dichas intervenciones. Un oponente es una persona, grupo o institución que no está de acuerdo con el proyecto que se está presentando, o tiene una opinión contraria frente al mismo, estos podrían obstaculizar el logro de los objetivos del proyecto, mientras un perjudicado es una persona, grupo o institución que se puede ver afectado por los objetivos del proyecto y a pesar de ello puede o no oponerse (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

En el contexto social se identifican 10 actores: A nivel departamental los gobernadores y/o autoridades de los resguardos indígenas (Organización Regional Indígena del Casanare - ORIC), a nivel municipal están las poblaciones víctimas de la violencia armada, comunidad afrocolombiana (NARP), comunidad LGTBIQ+ - personas con Orientaciones Sexuales, Identidades y Expresiones de Género Diversas (OSIGD); y a nivel comunitario se encuentran los líderes veredales y comunitarios de las Juntas de Acción Comunal (JAC).

Tabla 144 Mapeo preliminar de actores

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
1	Población víctima	Todas	Víctimas de la violencia	Todos	Organizaciones de la sociedad civil con objetivos en salud definidos	Social	Municipal	Acciones para la superación de la situación de vulnerabilidad para la reparación efectiva e integral de esta población a través de soluciones duraderas y sostenibles en el tiempo, que fortalecerán los mecanismos para la identificación de necesidades, focalización de beneficiarios de acuerdo con sus carencias y necesidades
2	NARP	Centro	Poblaciones vulnerables	Todos	Organizaciones de la sociedad civil con objetivos en salud definidos	Social	Municipal	Acciones para garantizar la cobertura, continuidad y calidad de los servicios públicos nacionales, mejorar los sistemas de infraestructura de estos servicios, de manera prioritaria en los municipios PDET y zonas más afectadas por el conflicto armado (ZOMAC), y en general territorios marginados y excluidos que requieran atención especial, acorde con sus capacidades, necesidades y con enfoque diferencial.
3	Autoridades indígenas	Norte y Centro	Comundades o pueblos Indígenas	N/A	Organizaciones de la sociedad civil con objetivos en salud definidos	Social	Departamental	Acciones para garantizar la cobertura, continuidad y calidad de los servicios públicos nacionales, mejorar los sistemas de infraestructura de estos servicios, de manera prioritaria en los municipios PDET y zonas más afectadas por el conflicto armado (ZOMAC), y en general territorios marginados y excluidos que requieran atención especial, acorde con sus capacidades, necesidades y con enfoque diferencial.
4	lgtbiq+ - osigd	Todas	Población LGTBIQ+ - OSIGD	Todos	Organizaciones de la sociedad civil con objetivos en salud definidos	Social	Municipal	Garantía del disfrute y ejercicio de los derechos de los grupos poblaciones, con énfasis en la atención de los actores diferenciales (pueblos y comunidades étnicas, mujeres, LGTBIQ+, niños, niñas y adolescentes, jóvenes, personas en condición de discapacidad, población migrante, campesinos y campesinas, habitantes de calle, familias y adultos mayores).

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
5	Asociaciones veredales (líderes comunales y presidentes de JAC)	Todas	Juntas de Acción Comunal	Todos	Comunidad general interesada en promover un asunto de interés en salud pública	Social	Municipal	Garantía del disfrute y ejercicio de los derechos todos los grupos poblaciones, con énfasis en la atención de los actores diferenciales (pueblos y comunidades étnicas, mujeres, LGTBIQ+, niños, niñas y adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, población migrante, campesinos y campesinas, habitantes de calle, familias y adultos mayores).
6	Instancias gubernamentales de otros sectores - Sec Educación	Todas	Secretario de educación	Todos	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Municipal	Concurrir y contar con acciones de fortalecimiento y construcción de infraestructura física y tecnológica de educación superior, media, básica y preescolar, urbana y rural y de salud en la zonas alejadas.
7	Instancias gubernamentales de otros sectores - Sec Gobierno	Todas	Secretario de gobierno	Todos	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Municipal	Adaptar y Adoptar los mecanismos existentes y desarrollar acciones institucionales necesarias con el fin de coadyuvar para dar respuesta a las dificultades operativas y técnicas que se presentan en el sector salud, en el marco de sus competencias
8	Instancias gubernamentales de otros sectores - Planeación municipal	Todas	Secretario de planeación	Todos	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Municipal	Apoyar en el desarrollo de acciones que garanticen la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, programas, proyectos y estratégicos formulados en el sector salud, a través de los principios de planeación, concurrencia, subsidiariedad y corresponsabilidad desde lo legal.
9	Instancias gubernamentales de otros sectores - Vivienda, Infraestructura, cultura, deportes, agricultura	Todas	Instancias gubernamentales de otros sectores	Todos	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Municipal	Otros sectores que concurren: vivienda, infraestructura (vías), cultura, deportes, entre otros. Acciones de concurrencia para garantizar la oportunidad y el goce efectivo del derecho a la salud, con énfasis en la población más vulnerable.

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
10	Academica	Centro	Representantes de los gremios y la academia	Yopal	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Municipal	Actor técnico que coadyuva para el análisis de la información y orientación en la toma de decisiones que permitan dar respuesta a necesidades y problemáticas del sector salud a partir del diagnóstico situacional (Gestión del conocimiento).
11	Instancias gubernamentales del sector salud municipal	Todas	Secretario de salud o quien haga sus veces	Todos	Rectoría y gobernanza para el cumplimiento de las competencias de los actores del sector salud	Institucional	Municipal	Ente rector del sector salud en sus niveles administrativos (departamento, municipio) que dirige vigila y hace seguimiento al cumplimiento de las funciones de los actores sectoriales desde su ámbito de acción y garantiza las intervenciones poblacionales /colectivas en salud pública, priorizando poblaciones más vulnerables o en riesgo de enfermar con fin de garantizar el derecho constitucional a la salud.
12	Comités seccionales de seguridad y salud en el trabajo	Centro	Comités Seccionales de Seguridad y Salud en el Trabajo	Yopal	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Departamental	Órgano asesor con el propósito de facilitar la participación democrática de todos los actores del Sistema General de Riesgos Laborales en las decisiones que los afectan en aspectos de salud, económicos, administrativos y culturales.
13	Consejo territorial de seguridad social en salud	Centro	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	Yopal	Institución del sector público con acciones de concurrencia y complementariedad en el territorio	Institucional	Departamental	El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (ctsss), es un órgano Asesor de las entidades territoriales de salud en la formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud que orientan en el desarrollo de los sistemas territoriales de seguridad social en salud.
14	Red Salud Casanare ESE	Todas	ESE	16 municipios	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Departamental	Empresa Social del Estado constituida con categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con funcionamiento sedes de baja complejidad y alguna de media complejidad en la cabecera de 16 municipios del departamento.

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
15	IPSI Hato corozal	Norte	IPS	Hato Corozal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo público de baja complejidad, organizada para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las zonas alejadas de las cabeceras municipales
16	Jersalud sas sede paz de ariporo	Norte	IPS	Paz de Ariporo	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de baja complejidad de tipo privado, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
17	Epmsc paz de ariporo	Norte	Instancias gubernamentales de otros sectores	Paz de Ariporo	Otra funcion gubernamental	Institucional	Municipal	Cárcel y Penitenciaria de Media Seguridad de Paz de Ariporo, institución autorizada por el gobierno en la que se encierra o encarcela a personas condenadas por la ley con la pena de privación de libertad por la comisión de ciertos delitos, y que requiere de acciones y servicios de salud para su población
18	Unidad clinica del ariari ips limitada villanueva	Sur	IPS	Villanueva	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
19	Centro médico 24 horas monterrey	Sur	IPS	Monterrey	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
20	Nuestra ips sas monterrey	Sur	IPS	Monterrey	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
21	Servicios medicos del casanare tauramena	Sur	IPS	Tauramena	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
22	Ips mimedic sas aguazul	Centro	IPS	Aguazul	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
23	Ips family medical casanare sas aguazul	Centro	IPS	Aguazul	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
24	Centro de atención e investigación médica sas aguazul	Centro	IPS	Aguazul	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
25	Ips family medical mani	Centro	IPS	Maní	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
26	Visionamos salud vip yopal	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de mediana complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
27	Clinica casanare sa yopal	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de mediana complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
28	ESE salud yopal	Centro	ESE	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Empresa Social del Estado constituida con categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con funcionamiento en la cabecera del municipio de Yopal el cual oferta servicios de primer nivel y complementarios (segundo nivel). Además, cuenta con Centros de Atención Primaria en Salud en corregimientos de este municipio, llegando a contar con 5 sedes operativas y funcionando en el momento.
29	Medicina y tecnología en salud ips sas	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
30	Famedic ips libertadores	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
31	Servicio integral de medicina ambulatoria - simalink	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
32	Gyomedical ips sas	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de alta complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
33	Centro medico colmedica sede yopal	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
34	Clinica medicenter ficubo ltda	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
35	Lacor yopal ips sas	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
36	Jersalud ips	Centro	IPS	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Institución Prestadora de servicios de Salud de tipo privado de baja complejidad, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud
37	HORO	Centro	ESE	Yopal	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Empresa Social del Estado constituida con categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con funcionamiento en la cabecera del municipio de Yopal el cual oferta servicios de salud de mediana complejidad (segundo y algunos de tercer nivel de atención). Hospital de referencia para la Orinoquía.

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
38	ESE Hospital de Tauramena	Centro	ESE	Tauramena	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Empresa Social del Estado constituida con categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con funcionamiento en la cabecera del municipio de Tauramena el cual oferta servicios de primer nivel y complementarios (segundo nivel).
39	ESE Hospital de Aguazul	Sur	ESE	Aguazul	Prestación de serivicios de salud	Institucional	Municipal	Empresa Social del Estado constituida con categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con funcionamiento en la cabecera del municipio de Aguazul el cual oferta servicios de primer nivel y complementarios (segundo nivel).
40	Representante regional Sanitas EPS	Centro	EAPB	Yopal	Asegurador de salud que administra planes de benficio y afiliación al sistema	Institucional	Departamental	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que administran los planes de beneficios de sus afiliados en el Sistema de Salud (SGSSS) y son las encargadas de la gestión del riesgo individual a través de la caracterización de su población, la garantía de servicios integrales de promoción, prevención y control de la enfermedad. Tiene su sede regional en el municipio de Yopal, garantiza servicios de primer y segundo nivel a su población afiliada. Sin embargo, los servicios de mediana complejidad y complementarios los contrata con red prestadora ubicada en Yopal y fuera del departamento

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
41	Representante regional Nueva EPS	Centro	EAPB	Yopal	Asegurador de salud que administra planes de benficio y afiliación al sistema	Institucional	Departamental	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que administran los planes de beneficios de sus afiliados en el Sistema de Salud (SGSSS) y son las encargadas de la gestión del riesgo individual a través de la caracterización de su población, la garantía de servicios integrales de promoción, prevención y control de la enfermedad. Tiene su sede regional en el municipio de Yopal, garantiza servicios de primer y segundo nivel a su población afiliada. Sin embargo, los servicios de mediana complejidad y complementarios los contrata con red prestadora ubicada en Yopal y fuera del departamento
42	Representante regional Cooslaud EPS	Centro	EAPB	Yopal	Asegurador de salud que administra planes de benficio y afiliación al sistema	Institucional	Departamental	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que administran los planes de beneficios de sus afiliados en el Sistema de Salud (SGSSS) y son las encargadas de la gestión del riesgo individual a través de la caracterización de su población, la garantía de servicios integrales de promoción, prevención y control de la enfermedad. Tiene su sede regional en el municipio de Yopal, garantiza servicios de primer y segundo nivel a su población afiliada en el municipio de Yopal y fuera del departamento

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
43	Representante Capresoca	Centro	EAPB	Yopal	Asegurador de salud que administra planes de benficio y afiliación al sistema	Institucional	Departamental	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que administran los planes de beneficios de sus afiliados en el Sistema de Salud (SGSSS) y son las encargadas de la gestión del riesgo individual a través de la caracterización de su población, la garantía de servicios integrales de promoción, prevención y control de la enfermedad. Tiene su sede regional en el municipio de Yopal, garantiza servicios de primer y segundo nivel a su población afiliada. Sin embargo, los servicios de mediana complejidad y complementarios los contrata con red prestadora ubicada en Yopal y fuera del departamento
44	Asociaciones de usuarios	Centro	Asociación de usuarios	Yopal	Veedor de salud	Institucional	Departamental	Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Existe asociación de usuarios para cada EAPB presente en el departamento.
45	Discapacitados	Todas	Población con discapacidad	Todos	Interesado con motivaciones propias	Social	Comunitario	Las personas en condición de discapacidad como sujetos de derechos y, en concordancia con la normatividad vigente, que por su condición física o mental el Estado debe garantizar los mecanismos de integración social para proteger sus derechos fundamentales y hacerlos efectivos el goce de estos.
46	Juventud	Todas	Sujetos de especial protección	Todos	Interesado con motivaciones propias	Social	Comunitario	La población joven como sujetos de derechos y, en concordancia con la normatividad vigente, que por su condición de vulnerabilidad el Estado debe garantizar los mecanismos de integración social para proteger sus derechos fundamentales y hacerlos efectivos el goce de estos.

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
47	Adulto mayor	Todas	Adulto mayor	Todos	Interesado con motivaciones propias	Social	Comunitario	Las personas adultas mayor como sujetos de derechos y, en concordancia con la normatividad vigente, que por su condición de debilidad el Estado debe garantizar los mecanismos de integración social para proteger sus derechos fundamentales y hacerlos efectivos el goce de estos.
48	Migrantes	Centro	Población migrante	Yopal	Interesado con motivaciones propias	Social	Comunitario	La población migrante que por su condición económica y situación de indocumentado en el país y en el departamento, el Estado debe garantizar los mecanismos de integración social para proteger sus derechos fundamentales y hacerlos efectivos el goce de estos, en especial los del Sistema de Seguridad Social en Salud
49	Campesinos	Todas	Sujetos de especial protección	Todos	Interesado con motivaciones propias	Social	Comunitario	Las personas campesina como sujetos de derechos y, en concordancia con la normatividad vigente, el Estado reconoce la dimensión económica, social, cultural, política y ambiental del campesinado, así como aquellas que le sean reconocidas y velará por la protección, respeto y garantía de sus derechos individuales y colectivos, con el objetivo de lograr la igualdad material desde Un enfoque de género, etario y territorial, el acceso a bienes y derechos cono a la educación de calidad con pertinencia, la vivienda, la salud, los servicios públicos domiciliarios, vías terciarias, la tierra, el territorio, un ambiente sano, el acceso e intercambio de semillas, los recursos naturales y la diversidad biológica, el agua, la participación reforzada, la conectividad digital, la mejora de la infraestructura rural, la extensión agropecuaria y empresarial, asistencia técnica y tecnológica para generar valor agregado y medios de comercialización para sus productos.

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
50	Gobernador	NA	Gobernador	N/A	Rectoría y gobernanza para el cumplimiento de las competencias de los actores del sector salud	Político	Departamental	Dentro sus funciones principales se relacionan con el deber de cumplir y hacer cumplir en su territorio, la Constitución y Leyes de Colombia, lo mismo que los decretos que expida el Gobierno Nacional, los mandatos que impongan las ordenanzas departamentales. El gobernador debe dirigir y coordinar la acción administrativa del departamento, gestionar y promover del desarrollo integral de su territorio, con base en la constitución y las leyes.
51	Alcaldes	NA	Alcalde	Todos	Rectoría y gobernanza para el cumplimiento de las competencias de los actores del sector salud	Político	Municipal	Dirigir la acción administrativa del municipio; asegurar el cumplimiento de las funciones y la prestación de los servicios a su cargo; representarlo judicial y extrajudicialmente; y nombrar y remover a los funcionarios bajo su dependencia y a los gerentes o directores de los establecimientos públicos y las empresas industriales o comerciales de carácter local, de acuerdo con las disposiciones pertinentes.
52	Concejos municipales	NA	Concejos municipales	Todos	Actor político del nivel departamental o muinicipal en promover casuas y ejercer control	Político	Municipal	Corresponde al Concejo ejercer función de control a la administración municipal. Con tal fin, podrá citar a los secretarios, jefes de departamento administrativo y representantes legales de entidades descentralizadas, así como al Personero y al Contralor y aprueba la asignación de recursos por programas y proyecto de interés para la población
53	Asambleas	NA	Asamblea departamental	N/A	Actor político del nivel departamental o muinicipal en promover casuas y ejercer control	Político	Departamental	La Asamblea Departamental es el órgano político- administrativo del nivel departamental y de representación popular que ejerce funciones de coadministración y de control político sobre el gobierno departamental, y aprueba la asignación de recursos por programas y proyecto de interés para la población

No.	Actor o involucrado identificado	Zona	Tipo	Municipio	Rol (función)	Sector -Área de competencia	Alcance o nivel de infuencia (ubicación)	Acciones esperadas
54	Ministerio de Salud y Protección Social	NA	Instancias gubernamentales del nivel nacional	Nacional	Ente rector nacional	Institucional	Nacional	Es el ente rector en salud que dispone de todos los lineamientos y directrices del sector salud para la planeación territorial en el ámbito nacional y garantizar el derecho constitucional de la salud a toda la población del territorio nacional mediante la expedición de normatividad favorable para el goce efectivo de la salud.

Fuente: Elaboración propia a partir

8.2 Mapeo de actores

El mapeo de actores se realizó con base en tres fuentes de información primaria: 1). Entrevistas semiestructuradas individuales realizadas a conveniencia y llevadas a cabo en las mesas zonales (sur, norte y centro), taller de trabajo con equipo técnico de la entidad territorial del orden departamental y mesa étnica con autoridades indígenas delegadas para cada uno de los resguardos presentes en el territorio, realizadas entre el 09 y 12 de abril de 2024; 2). El instrumento de encuesta *Caracterización de actores territoriales en salud*; y 3). La cartografía social.

8.2.1 Análisis de la Posición, Interés e Influencia de los Actores

El ejercicio de Mapeo de Actores se realizó con el fin de poder agrupar a los actores en categorías (Sector, Posición, influencia (Poder) que permitan valorar temas de común acuerdo, puntos de conflicto, expectativas y articulación para la gestión de conflictos / contribución a los problemas identificados y priorizados, etc.

En el mapeo de actores se identificaron los actores más relevantes de cada sector a partir de la identificación preliminar realizada (ver Tabla 144) con la revisión de las fuentes secundarias. No todos los actores pudieron ser mapeados ya que varios no asistieron a los encuentros participativos; los cuales se constituyeron en el principal insumo del mapeo, ya que en aquella actividad se realizó la identificaron tanto de la posición como el poder o influencia de los actores, dos de las tres dimensiones que componen el mapeo (la otra dimensión hace referencia a los intereses o expectativas del actor).

A nivel territorial se identifica que la mayoría de los actores departamentales y municipales apoyan la formulación del Plan Territorial de Salud (PTS) a partir de las problemáticas y necesidades en salud identificadas y priorizadas a partir del proceso de construcción del ASIS participativo; a excepción de actores comunitarios específicos (grupo de colectivos LGTBIQ+ y Mujeres) que no representaron intereses y problemáticas propias de su coalición. En general, se observa que los actores que están más comprometidos con la política pública son quienes están inmersos en el funcionamiento del sistema sanitario territorial; seguido de los actores de otras instancias gubernamentales que articulan acciones para el fortalecimiento de la gobernanza en salud pública (p.ej. ambiente, educación, planeación).

Figura 118 Mapa de posición actual de involucrados



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis realizado en Software PolicyMaker 4.0

A su vez, con el mapeo realizado se pudo identificar la categoría de posición y poder de los actores involucrados en el proceso de planeación territorial para la salud y en los procesos participativos desarrollados para la identificación de las necesidades sentidas del territorio. En términos de consenso se observa que la mayoría se encuentra en una posición clara de apoyo a las iniciativas generadas por el PTS para dar respuesta a sus necesidades e intereses específicos en salud, variando entre un apoyo medio y alto a excepción de los dos colectivos no movilizados por no promover sus intereses específicos en los encuentros participativos convocados en el territorio.

Por otro lado, se observa que hay actores específicos que cuentan con gran poder o influencia para movilizar sus recursos (políticos, legales, organizacionales, simbólicos, financieros y con acceso a los tomadores de decisiones y medios de comunicación) que permiten promover la agenda del PTS; dentro de los cuales se encuentran las EAPB (Sanitas, Capresoca, Nueva EPS, Coosalud), las cinco ESE's del departamento que conforman la red pública hospitalaria, el Gobernador electo el cual es el promotor de las iniciativas en salud incluidas en su programa de gobierno, demás IPS que conforman la red prestadora de servicios de salud y las autoridades indígenas de los tres resguardos constituidos.

Figura 119 Tablero de actores mapeados en los encuentros participativos

Nombre del actor	Nivel	Sector	Posición	Poder
Capresoca EPS	Departamental	Gubernamental	Apoyo Medio	Medio
Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Empresa de Energía de Casanare	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Empresa de Servicios Públicos de Casanare	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Empresas Administradoras de Planes de Beneficio	Departamental	Local No Gubernamental	Apoyo Medio	Alto
Empresas Sociales del Estado	Departamental	Local No Gubernamental	Apoyo Medio	Bajo
Fundación Universidad Internacional del Trópico	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Gobernador	Departamental	Gubernamental	Apoyo Medio	Alto
Gobernadores o autoridades indígenas	Departamental	Social	Apoyo Medio	Medio
Hospital Regional De La Orinoquia	Departamental	Gubernamental	Apoyo Medio	Bajo
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Departamental	Privado	Apoyo Medio	Medio
Instituto de Deportes y Recreación de Casanare	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Organización Regional Indígena de Casanare	Departamental	Local No Gubernamental	Apoyo bajo	Medio
Red Salud Casanare E.S.E	Departamental	Gubernamental	Apoyo Medio	Medio
Representante de los equipos básicos de salud	Departamental	Professional	Apoyo bajo	Bajo
Secretaria de desarrollo económico y ambiente	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Secretaria de Educación departamental	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Secretaría de Infraestructura departamental	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Secretaría de Integración, desarrollo social y Muj	Departamental	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Secretaría de salud Departamental	Departamental	Gubernamental	Apoyo alto	Alto
Alcaldes	Local	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Asociación de usuarios de EAPB	Local	Local No Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Campesinos	Local	Local No Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Comités Seccionales de SST	Local	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Comunidad NARP	Local	Local No Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo
Consejo local de política social	Local	Gubernamental	Apoyo bajo	Bajo

Consejos comunitarios	Local	Local No Gubernamental	☐ Apoyo Medio	☐ Bajo
Juntas de Acción Comunal	Local	Local No Gubernamental	☐ Apoyo Medio	☐ Bajo
LGTBIQ+	Local	Local No Gubernamental	☐ Non-Mobilized	☐ Bajo
Poblaciones vulnerables	Local	Local No Gubernamental	☐ Apoyo bajo	☐ Bajo
Referentes de Vigilancia en Salud Pública municipal	Local	Gubernamental	☐ Apoyo bajo	☐ Bajo
Representantes colectivos de mujer	Local	Local No Gubernamental	☐ Non-Mobilized	☐ Bajo
Secretario de desarrollo social municipal	Local	Gubernamental	☐ Apoyo bajo	☐ Bajo
Corporación Autónoma Regional de la Orinoquía	National	Gubernamental	☐ Apoyo bajo	☐ Bajo

Fuente: Análisis de involucrados a partir del software ATLAS.ti

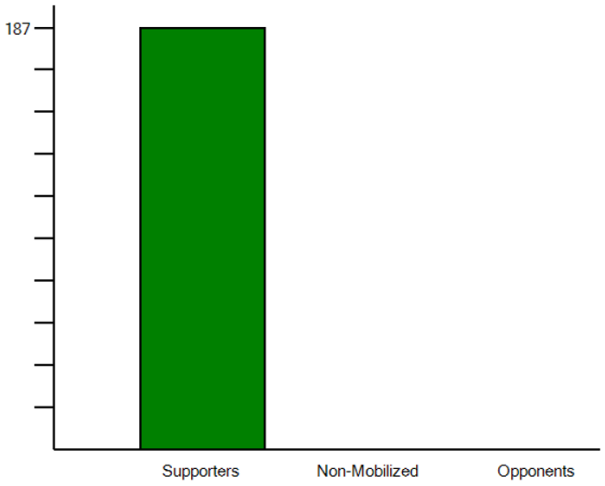
8.2.2 Viabilidad actual

En términos de viabilidad se observa que a nivel departamental todos los actores caracterizados apoyan las iniciativas en salud concertadas para dar respuesta a las problemáticas y necesidades sentidas que se identificaron en las mesas participativas. En general, se obtuvo una calificación promedio de 9.35 con un valor total de 187.14.

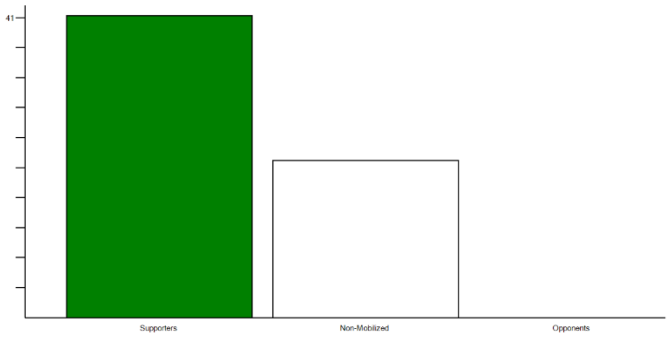
A nivel local, por zonas y municipios, se observa que muchos actores apoyan la política pública dentro de los cuales se encuentran del sector gubernamental, privado y comunitario; obteniendo una calificación promedio de 3.75 y un valor total de 41.25 para 11 actores involucrados en el proceso comunitario a ese nivel. Por otro lado, se observa dos actores no movilizados (colectivo LGTBIQ+ y representantes del colectivo de la mujer) que obtuvieron una calificación promedio de 10.74 con un valor total de 21.49.

Figura 120 Viabilidad actual del Plan Territorial de Salud (PTS), 2024 – 2027

A. Viabilidad departamental



B. Viabilidad local

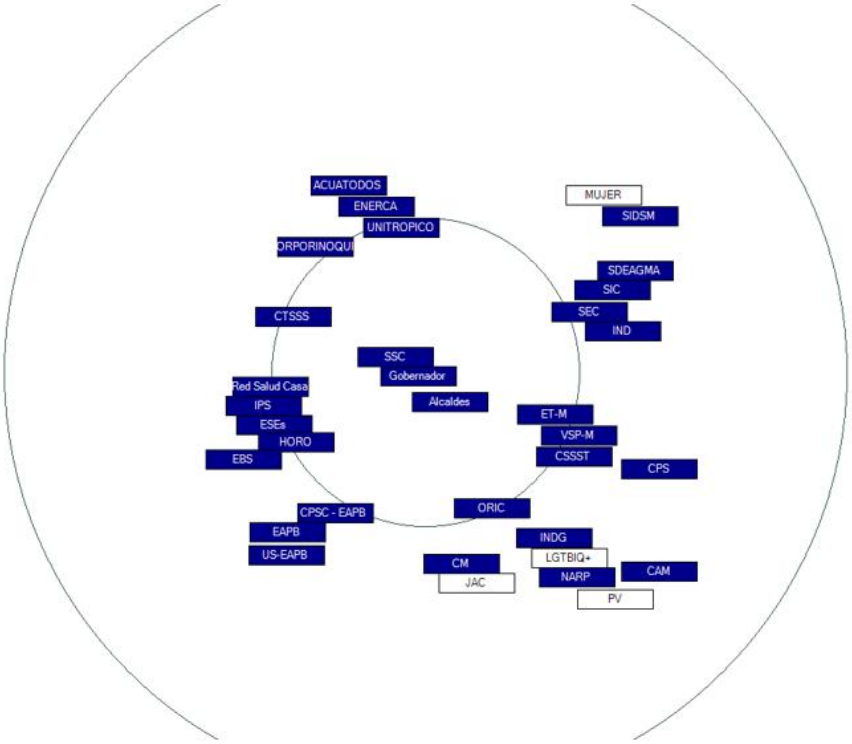


Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información de actores caracterizados con el ATLAS.ti

8.2.3 Mapa de influencia y posición

En el mapa de coaliciones se puede observar un claro agrupamiento de actores gubernamentales y políticos (Entes gubernamentales, gobernadores territoriales) que tienen la responsabilidad de elaborar y/o promover la formalización de la política pública en las arenas de decisión política que corresponden a la Asamblea departamental y los concejos municipales; instancias de planeación en donde su principal función es adoptar los Planes de Desarrollo mediante ordenanza o acuerdo, documento en el cual se encuentra incluido el PTS como capítulo.
Existen otras coaliciones que se agrupan por sus responsabilidades misionales en el sector sanitario (es el caso de las entidades territoriales en salud del nivel municipal, prestadores y aseguradores) cercanos a los tomadores de decisiones, actores sociales como poblaciones vulnerables (grupos étnicos, víctimas, población con discapacidad, campesinos, líderes comunales, colectivo LGTBIQ+, entro otros) que tienen intereses comunes en salud y comparten posiciones sobre los procesos de planeación y participación; y otros entes gubernamentales que articulan acciones para dar respuesta a determinadores sociales que impactan en las condiciones de salud de la población (Gobierno, Planeación, Agricultura e infraestructura, entre otras).

Ilustración 1 Mapa de coalición de involucrados



Fuente: Elaboración propia usando el software PolicyMaker4.0

Se aplica el instrumento de encuesta de Caracterización de actores territoriales en salud para calificar los involucrados en las categorías interés, influencia, demandas y expectativas, y recursos a su alcance para incidir en la agenda de la política pública. De acuerdo con los resultados se observa que hay actores que están más comprometidos con el proceso de priorización de las problemáticas y necesidades en salud para la construcción del ASIS-PTS y utilizan sus recursos para influenciar la problematización de sus necesidades y su inclusión en la agenda como prioritarios:

- Gobernador, entidades territoriales del sector salud a nivel departamental y municipal, ESE's, Consejo territorial de seguridad social en salud, Asambleas y consejos, campesinos y líderes comunitarios: Calificación entre 17 – 13 puntos.
- Alcaldes, EAPB, Instancias gubernamentales de otros sectores (planeación, educación, cultura, etc), población vulnerable, autoridades indígenas, representantes de usuarios: Calificación entre 12 – 10 puntos.
- Comités seccionales de seguridad y salud en el trabajo, IPS privadas, Academia: Calificación entre 6 – 9 puntos.

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Tabla 145 Calificación de actores por interés, influencia, expectativas y recursos

No.	Actor o involucrado identificado	Interés (1 - 5 puntos)	Influencia (Poder = 1 - 5 puntos)	Demandas y expectativas (1 - 5 puntos)	Recursos (1 - 2 puntos)	Mandatos	Impactos de las acciones
1	Gobernador	Gran interés - 5	Muy Alto - 5	Muy Alto - 5	Político - 2	Constitución Política	17
2	Instancias gubernamentales del sector salud municipal	Gran interés - 5	Muy Alto - 5	Muy Alto - 5	Legales - 1	Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015, PDSP 2022-2031, Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, Resolución 100 de 2024.	16
3	HORO	Gran interés - 5	Muy Alto - 5	Muy Alto - 5	Legales - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2017, Decreto 1876 de 1994	16
4	Consejo territorial de seguridad social en salud	Gran interés - 5	Medio - 3	Muy Alto - 5	Legales - 1	¿Cuál es la reglamentación departamental por el cual se cera y se define los integrantes?	14
5	Campesinos	Gran interés - 5	Medio - 3	Muy Alto - 5	Legales - 1	Constitución Política, Acto Legislativo 01 de 2023	14
6	Asambleas	Interés moderado - 3	Muy Alto - 5	Alto - 4	Político - 2	Constitución Política	14
7	Asociaciones veredales (líderes comunales y presidentes de JAC)	Gran interés - 5	Bajo - 2	Alto - 4	Político - 2	Acto legislativo 01 de 2023 por medio del cual se reconoce al campesinado como sujeto de especial protección constitucional	13
8	Población víctima	Mucho interés - 4	Medio - 3	Alto - 4	Legales - 1	Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026	12
9	Instancias gubernamentales de otros sectores - Planeación municipal	Interés moderado - 3	Muy Alto - 5	Medio - 3	Económico - 1	Ley 152 de 1994	12
10	Red Salud Casanare ESE	Interés moderado - 3	Alto - 4	Alto - 4	Legales - 1	Decreto 1876 de 1994	12
11	ESE salud Yopal	Mucho interés - 4	Medio - 3	Alto - 4	Legales - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2017, Decreto 1876 de 1994	12
12	ESE Hospital de Tauramena	Mucho interés - 4	Medio - 3	Alto - 4	Legales - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2017, Decreto 1876 de 1994	12
13	ESE Hospital de Aguazul	Mucho interés - 4	Medio - 3	Alto - 4	Legales - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2017, Decreto 1876 de 1994	12
14	Representante regional Sanitas EPS	Interés moderado - 3	Alto - 4	Alto - 4	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	12
15	Representante regional Nueva EPS	Interés moderado - 3	Alto - 4	Alto - 4	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	12
16	Representante Capresoca	Interés moderado - 3	Alto - 4	Alto - 4	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	12
17	Asociaciones de usuarios	Gran interés - 5	Bajo - 2	Alto - 4	Legales - 1	Constitución Política, Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994, Ley 1751 de 2016	12
18	Alcaldes	Interés moderado - 3	Alto - 4	Medio - 3	Político - 2	Constitución Política	12
19	Ministerio de Salud y Protección Social	Gran interés - 5	Muy Alto - 5	Poca - 1	Legales - 1	Resolución 1035 de 2022, Resolución 2367 de 2023, Resolución 100 de 2024	12
20	Autoridades indígenas	Interés moderado - 3	Medio - 3	Alto - 4	Legales - 1	Decreto 1232 de 2018, Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026	11

No.	Actor o involucrado identificado	Interés (1 - 5 puntos)	Influencia (Poder = 1 - 5 puntos)	Demandas y expectativas (1 - 5 puntos)	Recursos (1 - 2 puntos)	Mandatos	Impactos de las acciones
21	Representante regional Cooslaud EPS	Interés moderado - 3	Medio - 3	Alto - 4	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	11
22	Juventud	Mucho interés - 4	Bajo - 2	Alto - 4	Legales - 1	Ley 375 de 1997	11
23	NARP	Mucho interés - 4	Bajo - 2	Medio - 3	Legales - 1	Ley 725 de 2001, Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026	10
24	lgtbiq+ - osigd	Gran interés - 5	Poca - 1	Medio - 3	Legales - 1	Art. 13 Constitución política, Decreto 762 de 2018, Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026	10
25	Instancias gubernamentales de otros sectores - Sec Educación	Poco interés - 2	Alto - 4	Medio - 3	Legales - 1	Ley 115 de 1993, Ley 715 de 2001	10
26	Instancias gubernamentales de otros sectores - Sec Gobierno	Poco interés - 2	Muy Alto - 5	Bajo - 2	Legales - 1	Constitución Política de 1991, Ley 715 2001, Ley 1454 de 2011	10
27	Clínica Casanare SA Yopal	Interés moderado - 3	Medio - 3	Muy Alto - 5	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	10
28	Adulto mayor	Interés moderado - 3	Bajo - 2	Alto - 4	Legales - 1	Ley 1850 de 2017	10
29	Concejos municipales	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Político - 2	Constitución Política	10
30	Comités seccionales de seguridad y salud en el trabajo	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Legales - 1	Decreto 586 de 1983, Decreto 16 de 1997	9
31	IPSI Hato corozal	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
32	Jersalud SAS sede Paz de Ariporo	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
33	Unidad clínica del ariari IPS limitada Villanueva	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
34	Centro médico 24 horas monterrey	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
35	Nuestra IPS SAS monterrey	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
36	Servicios médicos del Casanare Tauramena	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
37	Ips mimedic sas aguazul	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
38	IPS family medical Casanare SAS aguazul	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
39	IPS family medical maní	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	9
40	Visionamos salud vip Yopal	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
41	Medicina y tecnología en salud ips sas	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
42	Famedic ips libertadores	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9

No.	Actor o involucrado identificado	Interés (1 - 5 puntos)	Influencia (Poder = 1 - 5 puntos)	Demandas y expectativas (1 - 5 puntos)	Recursos (1 - 2 puntos)	Mandatos	Impactos de las acciones
43	Servicio integral de medicina ambulatoria - Simalink	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
44	Gyomedical ips sas	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
45	Centro médico colmedica sede Yopal	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
46	Clinica medicenter ficubo ltda	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
47	Lacor yopal ips sas	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
48	Jersalud ips	Poco interés - 2	Medio - 3	Medio - 3	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016	9
49	Discapacitados	Interés moderado - 3	Bajo - 2	Medio - 3	Legales - 1	Ley 361 de 1997	9
50	Instancias gubernamentales de otros sectores - Vivienda, Infraestructura, cultura, deportes, agricultura	Poco interés - 2	Medio - 3	Bajo - 2	Legales - 1	Ley 181 de 1995, Ley 715 de 2001, Ley 397 de 1997, Ley 01 de 1991, Ley 105 de 1993, Ley 336 de 1996, Ley 397 de 1997, Ley 99 de 1993, Ley 70 de 1993, Ley 141 de 1994, Ley 142 de 1994, Ley 3 de 1991, Ley 708 de 2001.	8
51	Academia	Poco interés - 2	Bajo - 2	Bajo - 2	Cognitivos - 1	Ley 115 de 1994.	7
52	Epmsc Paz de Ariporo	Poco interés - 2	Bajo - 2	Bajo - 2	Legales - 1	Ley 65 de 1993	7
53	Centro de atención e investigación médica SAS aguazul	Poco interés - 2	Bajo - 2	Bajo - 2	Económico - 1	Constitución Política de 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015	7
54	Población migrantes	Poco interés - 2	Poca - 1	Medio - 3	Ninguno - 0	Ley 1465 de 2011, Ley 2136 de 2021	6

Fuente: Elaboración propia.

9 CAPÍTULO V: Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio

Se realiza la validación de las problemáticas y/o necesidades sentidas en salud identificadas producto del ejercicio participativo en las mesas de construcción del Plan de Desarrollo Departamental (PDD) y los encuentros zonales participativos organizados en el marco de la construcción participativa del ASIS 2023.

9.1 Cartografía social para el reconocimiento del contexto

La cartografía social es una metodología participativa y colaborativa que permite identificar a partir de representaciones gráficas aquellos actores, lugares, elementos particulares y relaciones que dan cuenta de las dinámicas, necesidades y procesos de salud, enfermedad y cuidado de la vida, desde los escenarios más cotidianos de las poblaciones (Betancurth et al., 2020).

Esta actividad utilizó el método de grupos focales[3] para desarrollar escenarios participativos con actores locales y territoriales que busca consolidar e integrar información cualitativa y cuantitativa, permitiendo: 1). Caracterizar los actores sociales locales; 2). Orientar la selección y jerarquización de los problemas que son realmente importantes y posibles de ser resueltos, evitando en lo posible imposiciones; 3). Explicar problemas y reconstruir las necesidades en salud; 4). Analizar la respuesta de los diferentes actores; 5). Priorizar los problemas de salud de los territorios priorizados y; 6). Emitir conclusiones y soporte documental del proceso.

Los actores institucionales, sociales y comunitarios convocados se distribuyeron de acuerdo con el contexto territorial en tres (3) talleres zonales (zona sur, zona centro y zona norte), un (1) taller de grupos étnicos con población indígena y una (1) mesa de trabajo con el equipo técnico de la secretaria de salud departamental. También se realizó el ejercicio de cartografía social en la mesa departamental de víctimas por el conflicto armado.

Se conformaron grupos de máximo 10 personas en cada encuentro para que contaran con una distribución equitativa y representativa en número, pertenencia de sector y diversidad de actores; logrando una discusión visión más integral y amplia del territorio y de las problemáticas más sentidas en salud. En total participaron 268 personas, líderes, representantes y/o delegados de actores sociales y comunitarios pertenecientes de los 19 municipios. Cada taller tuvo una duración de seis (6) horas.

Tabla 146 Encuentros participativos realizados

[3] El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa. Un grupo focal consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guion de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información (Prieto Rodríguez & March Cerdá, 2002).

Encuentro	Fecha de realización	Número de actores participantes	Registro del evento
Mesa de trabajo equipo de salud pública departamental	05 de abril	22 participantes	
Mesa zona sur	09 de abril	38 participantes	

Encuentro	Fecha de realización	Número de actores participantes	Registro del evento
Mesa zona norte	10 de abril	52 participantes	
Mesa víctimas departamental	10 de abril	30 participantes	

Encuentro	Fecha de realización	Número de actores participantes	Registro del evento
Mesa centro	11 de abril	75 participantes	
Mesa indígenas	12 de abril	51 participantes	

Fuente: Elaboración propia.

9.1.1 Resultados del ejercicio de cartografía social

En este ejercicio de reconocimiento del territorio a través de los mapas se pudo observar situaciones problemáticas o necesidades recurrentes que se generalizan en todo el departamento, dentro de las cuales se incluye:

- Precaria infraestructura de la red pública hospitalaria en los primeros niveles de atención; específicamente en los 16 centros de salud a cargo de la ESE Red Salud Casanare E.S.E.
- Problemas de mantenimiento de la infraestructura vial, principalmente de las vías secundarias y terciarias que generan riesgos de movilidad y dificultades en el acceso al área rural dispersa.

- Alta accidentalidad vial por motocicletas en los casos urbanos de los municipios, a causa del no uso de los elementos de protección obligatorios. Las ciudades con mayor cantidad de habitantes son las más afectadas.
- Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) por jóvenes en entornos comunitarios y educativos, como problemática de salud mental asociada a alteraciones del comportamiento (ansiedad, depresión, presión social, bullying).
- Contaminación de las fuentes hídricas y acuíferos por uso de químicos, actividad petrolera, residuos sólidos y lixiviados.
- Ampliación de la frontera agrícola por la ganadería, monocultivos (p.ej. palma y arroz).
- Limitado acceso a agua potable por precaria o ausente infraestructura de Plantas de Tratamiento de Agua Potable (PTAP).
- Proliferación de vectores transmisores de enfermedades arbovirales y enfermedad de Chagas en áreas urbanas y piedemonte. ´
- Incidencia de violencia de género e intrafamiliar.

Algunos fenómenos estuvieron más restringidos, tales como:

- Zonas de conflicto armado los municipios de La Salina y Sácama, Chámeza, Recetor, resguardos indígenas de Chaparral barronegro y Caño mochuelo, y algunas zonas rurales dispersas en límites con el río meta de los municipios de Villanueva, Tauramena, Orocué y Paz de Ariporo.
- Inundaciones en la sabana en época de lluvias que imposibilita el acceso terrestre al área rural dispersa. Lo cual sugiere la necesidad de utilizar otros mecanismos de transporte aéreo y fluvial, especialmente para el acceso a los resguardos indígenas.
- Problemas de telecomunicaciones en el área rural dispersa.
- Incendios en época de verano en zonas de sabana por prácticas culturales inadecuadas.

Tabla 147 Problemáticas priorizadas por mesa realizada

Mesa de trabajo con equipo técnico de salud pública de la Secretaría de Salud departamental	
Grupo 1	**Grupo 2**
	

- Dificil acceso a comunidades del área rural dispersa para la prestación de los servicios de salud. - Inadecuados hábitos y estilos de vida en la población - UPC diferencial acorde a la realidad del territorio, especialmente en resguardos indígenas. - Intersectorialidad y corresponsabilidad con otras entidades - Implementación y sostenibilidad en el tiempo de acciones de APS, PIC. - Bajas coberturas de vacunación por dificil acceso y barreras culturales. - Alta accidentalidad por factores culturales y políticos. - Inseguridad alimentaria en resguardos indígenas. - Las políticas públicas son generadas desde el nivel central, desconociendo las particularidades de los territorios.	- No hay oportunidad en la prestación de los servicios de salud primarios y complementarios. - No hay tomadores de decisiones conectados con las comunidades. - Desarticulación inter y transectorial en la planeación y la implementación de los PD y PTS. - Aumento de trastornos mentales. - Red de atención en salud deficiente - Poca inversión en vías de acceso al área rural, principalmente en zonas inundables. - Entornos no saludables y escaso acceso a agua potable, particularmente en el área rural. Insuficientes condiciones de saneamiento básico. - Falta de educación en salud. - Uso indebido de plaguicidas que generan contaminación de acuíferos e intoxicaciones. - Alta informalidad laboral que limita el aseguramiento en salud.
Taller involucrados zona sur	
Grupo 1	**Grupo 2**
	
- Deshumanización de los servicios de salud - Deficiente infraestructura y capacidad instalada	- Deficiencia en los procesos de manejos de residuos sólidos. - Inapropiado manejo de las Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR). - Alta accidentalidad en vías primarias y secundarias.
Grupo 3	**Grupo 4**
	
- Barreras en el acceso a los servicios de salud por falta de vías terciarias en el área rural. - Falta de la promoción de una cultura de autocuidado.	- Falta de cultural vial - Alta prevalencia con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). - Consumo de sustancias psicoactivas (SPA). - Prevalencia de enfermedades mentales como ansiedad, depresión, conductas suicidas.
Grupo 5	



- Presencia de vectores en el área urbana.
- Falta de talento humano en el sector salud y personal asistencial sin experiencia en IPS.
- Deficiencia en la prestación de servicios de salud y acceso a los servicios especializados.
- Contaminación de acuíferos.

Talle involucrados zona norte

Grupo 1



- Dificultad en el acceso al territorio por deterioro de vías.
- Dificultad en la atención por parte de profesionales especialistas.
- Agendas limitadas para citas médicas
- Deshumanización del servicio de salud.
- Tercerización del suministro de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas.

Grupo 2



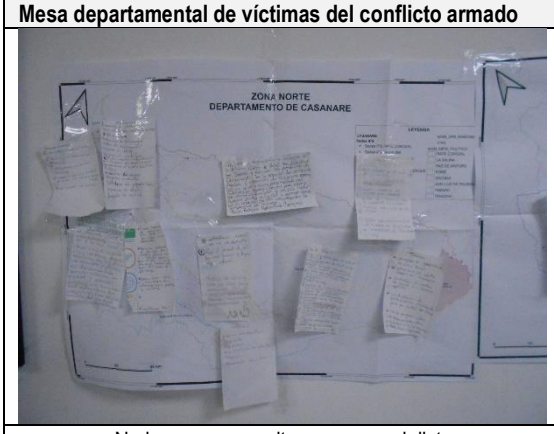
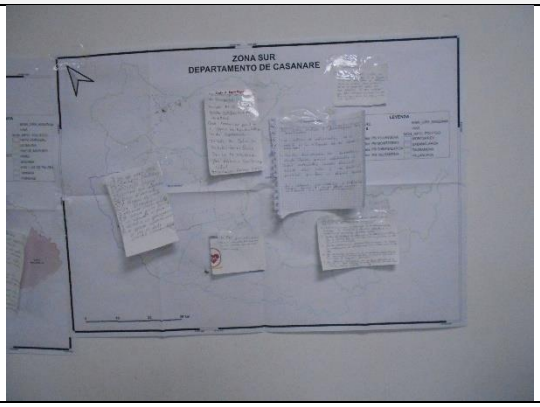
- Inseguridad alimentaria.
- Insuficiencia de la red y de capacidad instalada para la atención integral en salud.
- Formas de violencia que se han transmitido por factores culturales que afectan la salud mental (violencias de género e intrafamiliar).
- Ausencia de un modelo de atención operativo con enfoque diferencial.
- Alta mortalidad y discapacidad por accidentes de tránsito.

Grupo 3



Grupo 4



- Deficiente oferta de profesionales especialistas en salud - Deficiencia en los servicios públicos domiciliarios. - Vertimiento de residuos sólidos a fuentes hídricas.	- Falta de disponibilidad de ambulancia y acceso de servicios de salud especializados. - Contaminación por industria petrolera y agrícola. - CAPS sin funcionamiento en centros poblados. - Zonas de conflicto armado que impiden el acceso a los servicios de salud. - Presencia de zonas inundables en la sabana que generan presencia de vectores.
Grupo 5	**Grupo 6**
	
- Alta incidencia de dengue y chagas. - Alta incidencia de enfermedades de salud mental: depresión, ansiedad, violencia de género e intrafamiliar, comportamientos suicidas.	- No hay Atención Primaria en Salud (APS) en las veredas. - Aumento de enfermedades transmitidas por vectores (ETV).
Mesa departamental de víctimas del conflicto armado	
	
- No hay acceso a citas con especialistas - Demora pago a los profesionales de salud que realizan acciones del programa PAPSIVI. - Problemas para la certificación de víctimas en el territorio. - Baja cobertura de los servicios de salud. - Agua potable no apta para el consumo humano. - No hay puntos de atención de EAPB en los municipios. - No se cuenta con ambulancia en los municipios para traslado de pacientes.	- Barreras en el acceso al programa PAPSIVI por población del área rural. - Problemas en la entrega de medicamentos. - Servicios de salud deshumanizados y profesionales sin empatía por el paciente. - Problemas en la certificación de población en condición de discapacidad. - La autorización de citas médicas tiene muchas barreras administrativas, especialmente para su agendamiento y oportunidad en la atención. - Citas con especialistas son programadas en otras ciudades fuera del departamento.
Taller involucrados zona centro	
Grupo 1	**Grupo 2**

	
- Problemas de salud mental: consumo de SPA, intentos de suicidio. - Falta de red de prestación de servicios de salud. - Factores de riesgo ambiental: mala disposición de residuos sólidos. - Falta de oportunidad en la atención de pacientes con enfermedades crónicas para sus controles médicos y acceso a medicamentos.	- Falta de acceso a agua potable. - Alta accidentalidad vial. - Inseguridad alimentaria en área rural.
Grupo 3	**Grupo 4**
	
- Aumento de problemas de salud mental. - Presencia de enfermedades transmitidas por vectores (ETV). - Inoportunidad en el acceso a citas médicas con especialistas. - Falta de garantías laborales a profesionales de la salud en los centros de salud.	- Poca cultura ciudadana para prácticas de autocuidado y prevención de riesgo de enfermedades. - Inoportunidad en la atención primaria en salud. - Fragmentación en la contratación de los servicios de salud por las EAPB. - Falta de capacitación y fortalecimiento de capacidades a personal asistencial.
Grupo 5	**Grupo 6**

	
- Incremento de condiciones de salud mental. - Falta de servicios de alta complejidad en el departamento.	- Falta de una red de suministro de servicios de acueducto y alcantarillado (PTAP – PTAR). - Falta de profesionales de salud en municipios. - Difícil acceso a medicamentos. - Falta de ambulancia y vías de acceso adecuadas. - Ineficiente red de prestación de servicios contratada por EAPB.
Grupo 7	**Grupo 8**
	
- Inadecuada prestación de servicios de salud. - Inadecuado uso del suelo y contaminación del agua por malas prácticas de producción agropecuaria, ocasionan inseguridad alimentaria. - Alta incidencia de enfermedades transmitidas por vectores (ETV). - Incremento de enfermedades de salud mental. - Accidentalidad vial por incumplimiento de normas de tránsito.	- Alta incidencia de salud mental. - Falta de articulación de las entidades públicas. - Falta de humanización del personal de la salud y atención al público.
Taller mesa indígena	
Grupo 1 – Resguardo indígena Caño mochuelo	**Grupo 2 – Resguardo indígena Chaparral barronegro**

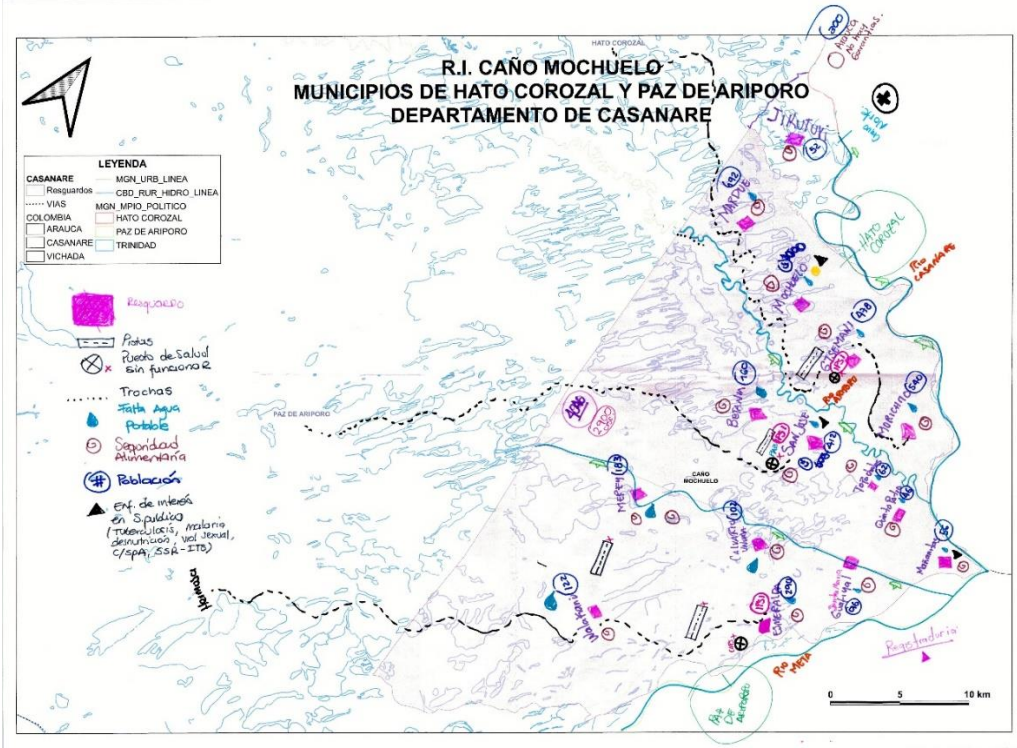
	
- Comunidades sin el servicio de agua potable, ocasionando aumento de enfermedades transmisibles. - Presencia de desnutrición. - Comunidades sin vías de acceso terrestres, especialmente en época de lluvias. - Deficiente o inexistente infraestructura de centros de salud. - No hay UPC diferencial - No hay ambulancias fluviales.	- Falta de acceso a agua potable. - Inseguridad alimentaria. - Dificil acceso por mal estado de las vías. - No hay implementación de rutas de atención de víctmas de abuso sexual.
Grupo 3 – Comunidades indígenas núcleo Orocué	
	
- No hay implementación de un modelo integral en salud con enfoque diferencial para comunidades indígenas en el departamento. - Falta de saneamiento básico (unidades sanitarias y mejoramiento de viviendas). - No hay soberanía y seguridad alimentaria. - Problemas de consumo de SPA. - Mal estado de las vías terciarias.	

Fuente: Elaboración propia.

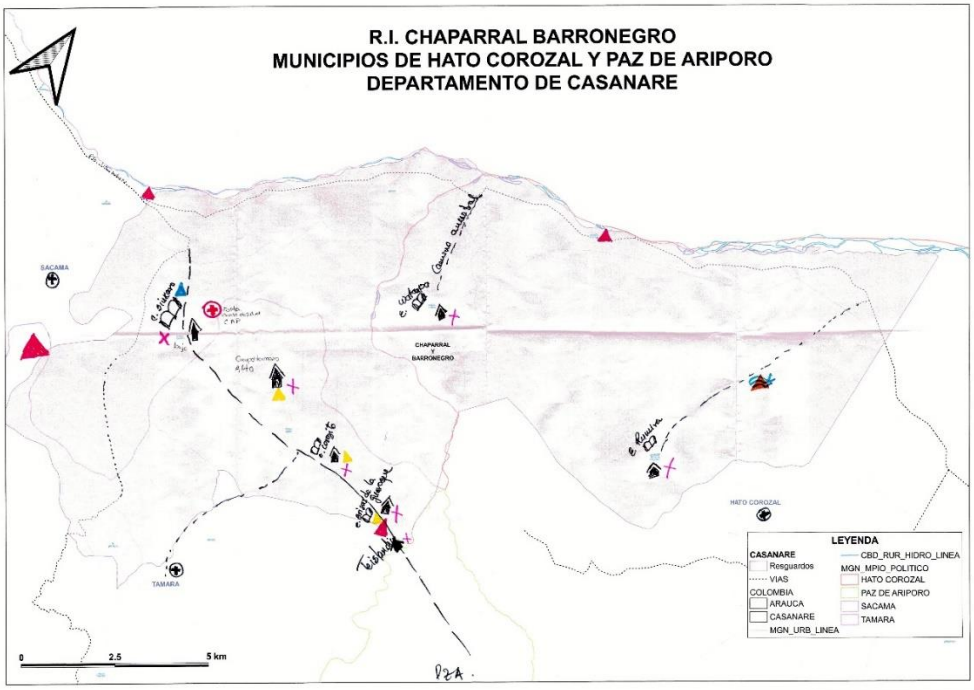
En el proceso de cartografía social se representaron mediante simbología previamente definida y convenciones nuevas implementadas por los participantes de cada mesa, los elementos culturales y ambientales más relevantes en su contexto que se configuran como determinadores sociales para el proceso de salud-enfermedad en su territorio. Esta representación de los activos comunitarios en salud permitió identificar e interpretar fenómenos presentes que dan cuenta de la realidad social construida con los relatos de cada participante.

Mapa 39 Mapas realizados en los talleres participativos realizados por zonas (sur, norte y centro)

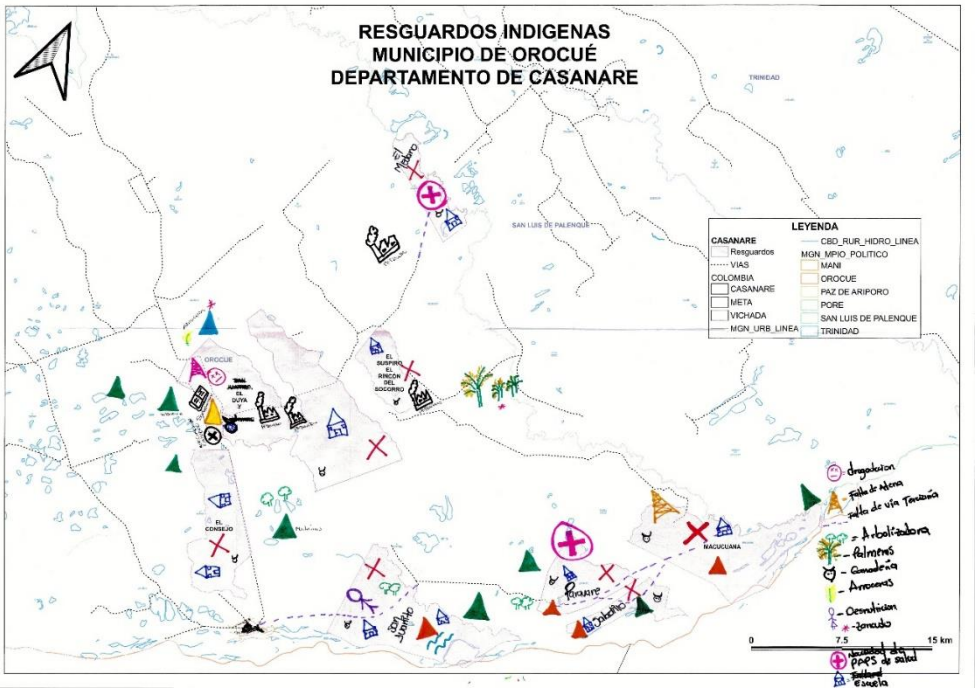
A. Mapa del Resguardo Indígena Caño mochuelo



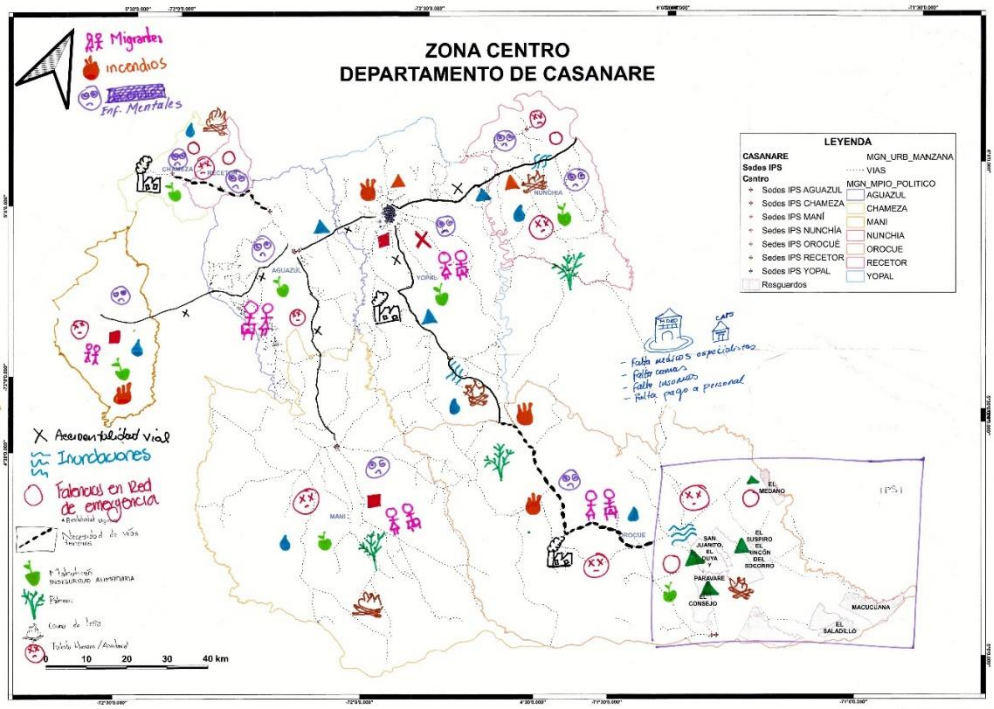
B. Mapa Resguardo Indígena Chaparral barronegro



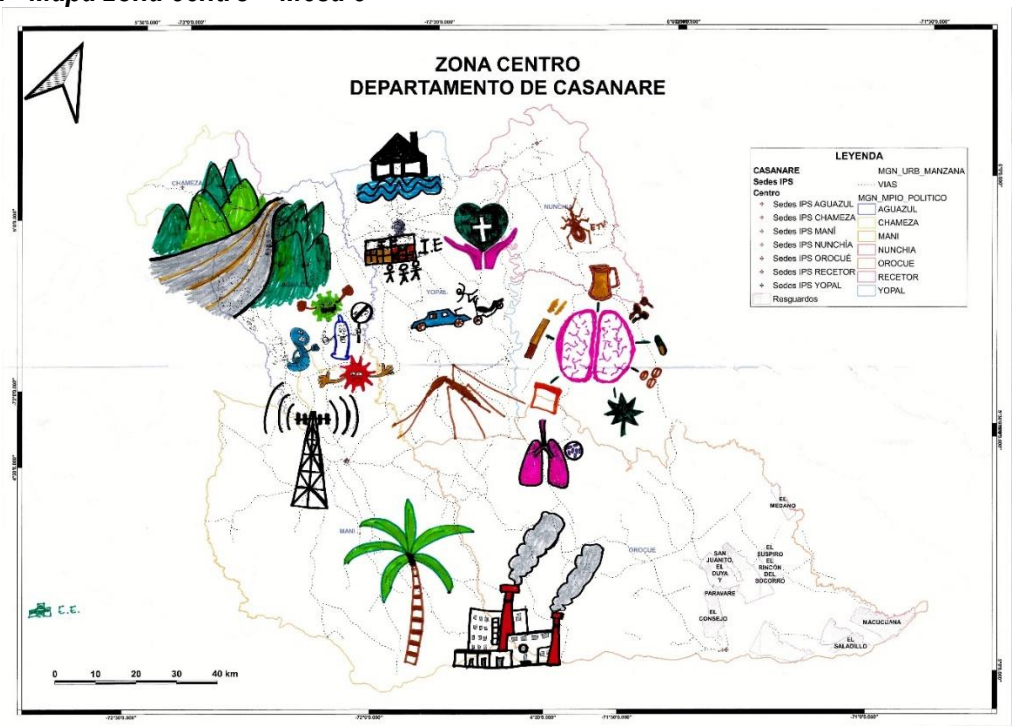
C. Mapa del núcleo de Orocué



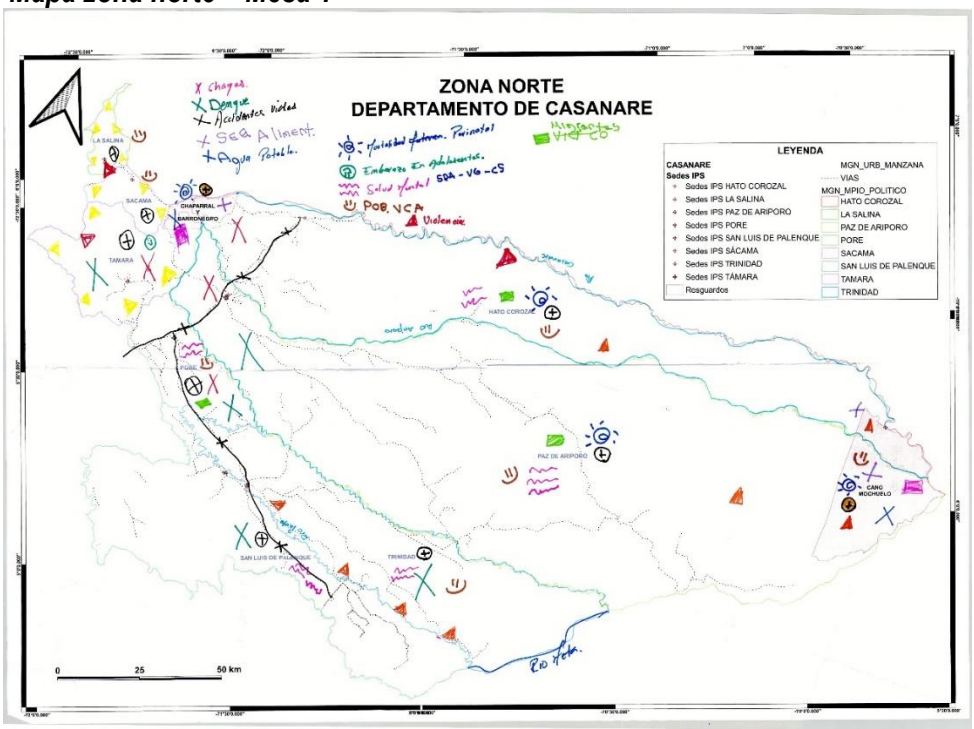
D. Mapa zona centro – Mesa 2



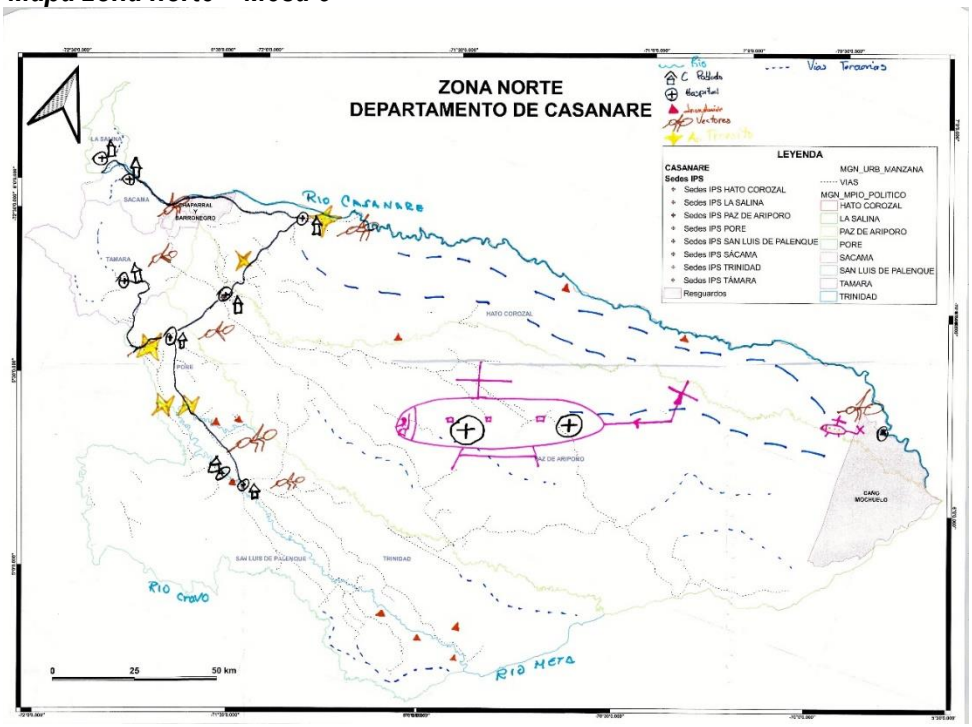
E. Mapa zona centro – Mesa 3



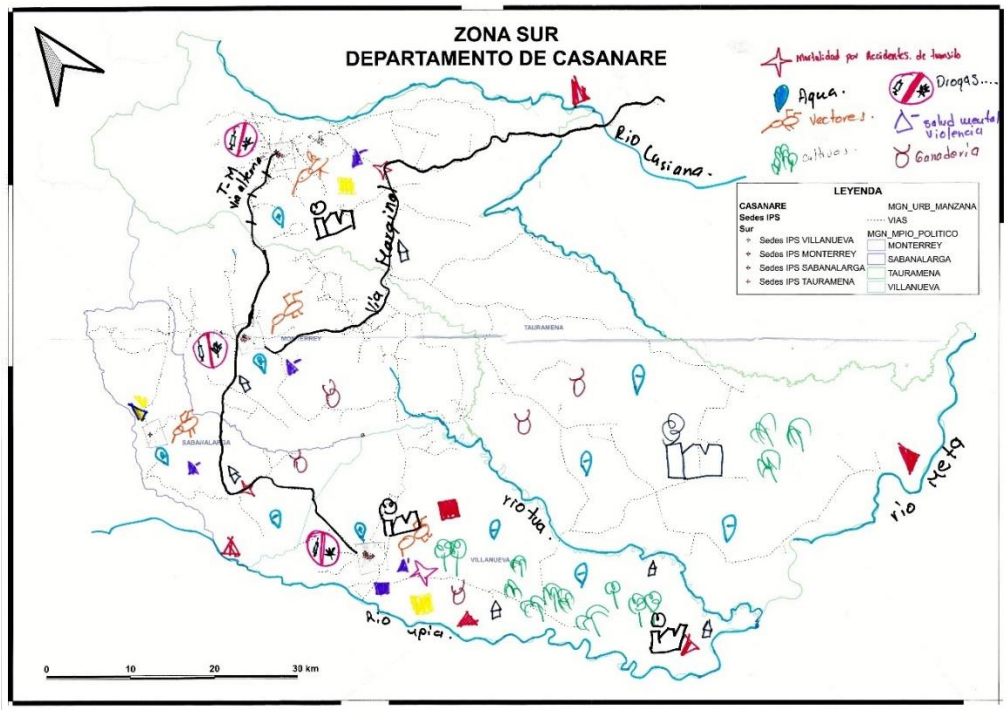
F. Mapa zona norte – Mesa 1



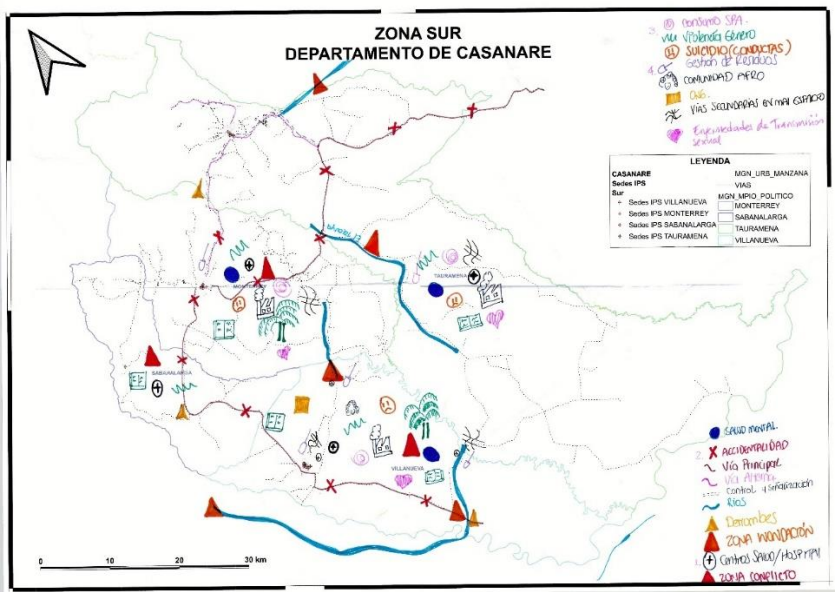
G. Mapa zona norte – Mesa 5



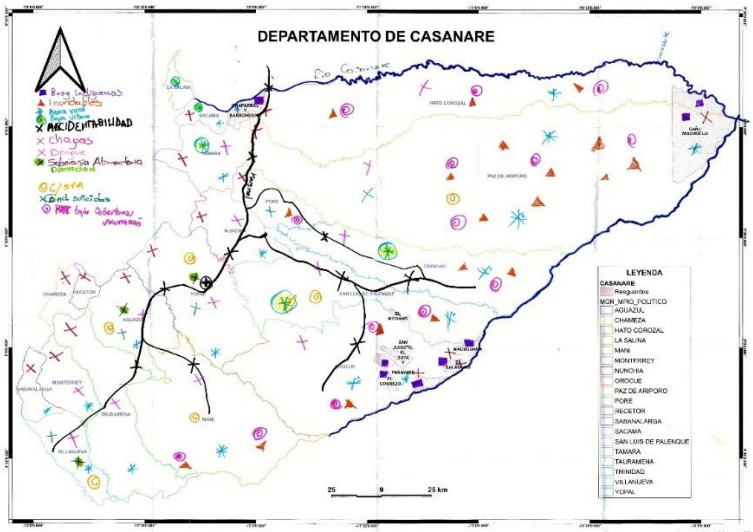
H. Mapa zona sur – Mesa 5



I. Mapa zona sur – Mesa 5



J. Mapa de equipo técnico en salud pública – Mesa 1



Fuente: Elaborados a partir de los talleres participativos realizados con los involucrados convocados por zonas.

9.1.2 Categorías de análisis

A partir de las preguntas orientadoras del formato adaptado y aplicado en las mesas participativas realizadas con los actores territoriales para la zona sur, norte, centro, comunidades indígenas y equipo técnico en salud pública del departamento;

Las categorías centrales se identificaron a partir del método de codificación axial, basadas en la frecuencia o repetición de palabras o conceptos. Las categorías centrales identificadas se comprenden

como aquellos conceptos que permiten integrar una o más necesidades, problemáticas, soluciones, etc.

A partir de la nube de palabras elaborada con el análisis inductivo de los aportes de cada participante en las mesas de participación para la construcción del Plan de Desarrollo Departamental (PDD) y en las mesas de participación para la construcción del ASIS participativo; se pudo identificar conceptos y/o palabras claves recurrentes dentro de las que se destaca en orden de importancia: salud, acceso, servicios, atención, especialistas, medicamentos, ambulancias, brigadas, infraestructura, hospital, cobertura, urbano, rural, enfermedades, red, equipos, vías, aps, oportuno, acueducto, territorio.

Ilustración 2 Nube de palabras de la información cualitativa procesada


salud
servicios
población
rural
atención
atencion
municipio
medicamentos
departamento
especialistas
infraestructura
brigadas
personal
pacientes
oportuna
zonas
especializados
acceso
entrega
equipos
hospital
fortalecer
yopal
eps
personas
ambulancias
garantizar
vías
rurales
tierra
vida
instalada
prevención
comunidad
mantenimiento
municipios
prestacion
construcción
públicas
contratar
seguridad
permanente
vivienda
insumos
medicos
usuario
niños
hacia
puede
oportuno
procesos
urgencias
políticas
corresponde
necesarios
básicas
veces
biomedicos
instalaciones
nuevos
mejores
institución
municipal
presta
régimen
regional
drogas
casi
sacar
superior
lugares
instituciones
han
sácama
estrategia
mujeres
continuidad
equipo
areas
está
determinantes
modelo
implementación
tal
vias
desarrollo
edad
capacidad
rx
pública
especialmente
asentamientos
estrategias
crear
si
ips
integral
organización
brindar
tipo
dotación
fin
laboratorios
proyectos
territorio
complejidad
cobertura
ca
alto
ampliar
támara
violencia
daños
realizar
nuevo
suficiente
promoción
aps
dia
programas
gestión
sectores
oportunidad
e.s.e
apoyo
urbana
eda
cultura
acuerdo
estado
primer
poblacion
centro
aún
den
trabajo
mediante
centros
ambulancia
municipio
red
además
insuficiente
contratación
laboral
jóvenes
básicos
aumento
calidad
área
bajo
publica
cambio
cuales
local
recursos
uq
consumo
diferentes
ambiental
enfermedades
mejorar
etnia
oferta
terapia
pediatria
continua
terciarias
mejoramiento
implementar
seguido
plan
iv
tienen
gestionar
vía
capresoca
call
zona
barreras
control
migrantes
departamental
país
licor
dos
prestar
medicas
camas
ruta
rutas
medio
ambiente
dotacion
educación
río
todos
poder
tiempo
asis
económica
acciones
pic
planta
enfoque
alimentaria
contratar
públicas
capacidad
rx
pública
seguridad
estrategias
crear
si
ips
integral
asentamientos
especialmente
determinantes
modelo
implementación
tal
vias
desarrollo
edad
mantenimiento
municipios
prevención
comunidad
construcción
organización
brindar
tipo
dotación
fin
laboratorios
proyectos
territorio
complejidad
cobertura
ca
alto
ampliar
especialistas
mental
departamento
vías
rurales
tierra
vida
instalada

Código	Enraizamiento	Densidad	Grupos de códigos
Área rural y rural disperso	50	5	Área rural y rural dispersa Dinámica demográfica
Áreas de difícil acceso	17	4	Área rural y rural dispersa SGSS Inequidad
Atención integral en salud	12	3	SGSS
Barreras de acceso a servicios de salud	23	9	Inequidad
Calentamiento y desertificación	11	5	Cambio climático
Cambio climático	27	2	Transición epidemiológica Cambio climático
CAPS	21	3	SGSS Territorio
Contaminación	19	2	Cambio climático
Contratación servicios de salud	28	3	SGSS DSS
EAPB	36	7	SGSS
Equipos Básicos de Salud	22	7	SGSS Territorio
Juventud	30	2	Actores diferenciales
Modelo de APS	19	2	SGSS Derecho fundamental a la salud
Oportunidad en la atención	30	5	SGSS Inequidad
Población migrante	13	2	Dinámica demográfica Inequidad Actores diferenciales
prestación de servicios	16	7	SGSS Inequidad Derecho fundamental a la salud
redes integrales e integradas RIIPS	18	4	SGSS
salud ambiental	12	2	Cambio climático
servicios complementarios	11	2	SGSS
servicios públicos y sociales	11	3	Área rural y rural dispersa Inequidad

Fuente: Elaboración propia a partir de ATLAS.ti

Una vez se identificaron las categorías centrales, se construyó las redes semánticas a partir de las categorías centrales y creación de códigos y subcódigos a partir del análisis de la información cualitativa recabada de las mesas participativas. La visualización de cada categoría con sus códigos relacionados es clave para descubrir las conexiones entre los conceptos, interpretar los hallazgos y comunicar eficazmente los resultados.

A la luz de los siete (7) ejes estratégicos del PDPS 2022-2031, ya que estos son los orientadores para iniciar el ejercicio posterior de priorización, se realizan diagramas de "paradigma codificado" que muestra las relaciones entre todos los elementos (condiciones causales, categoría clave y condiciones intervinientes) y las categorías centrales:

- Paradigma de Salud ambiental
- Paradigma Rectoría y gobernanza del sistema de salud
- Paradigma Poblaciones vulnerables
- Paradigma Aseguramiento y prestación de servicios
- Paradigma Capacidad instalada red prestadora
- Paradigma Lesiones por causa externa
- Paradigma Enfermedades transmisibles y no transmisibles

9.2 Priorización de las problemáticas y necesidades en salud

Con base en el lineamiento de planeación integral para la salud en el ámbito territorial, se identifican los problemas y/o necesidades en salud utilizando los cinco (5) criterios de priorización definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia y capacidad de intervención).

Se convoca al equipo técnico de salud pública de la entidad territorial para el ejercicio de priorización en la mesa del viernes 05 de abril de 2024. El taller tuvo dos momentos: 1). Ejercicio de identificación a partir del análisis cuantitativo de los indicadores de mayor impacto en términos socioeconómicos, demográficos, mórbidos y de mortalidad que se describieron en los capítulos I, II y III del presente documento; 2). Ejercicio de priorización de problemáticas y/o necesidades en salud a través de la validación de un instrumento virtual (Encuesta de calificación de problemas y necesidades en salud). En general, se identificaron 31 problemas o necesidades en salud en el territorio (ver Tabla 152).

9.2.1 Magnitud

Para determinar el tamaño de los problemas o necesidades en salud identificadas a partir del análisis cuantitativo realizado en los capítulos I, II y III y del ejercicio de identificación de problemáticas realizado con el equipo técnico de la Secretaría de salud departamental; se revisa datos de morbilidad por grandes causas y por subgrupos partir de la lista 6/67, y desenlaces fatales para determinar qué tan grande e importante es un problema de salud medido a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas.

De acuerdo con el número de atenciones registradas en el Registros Individuales de Prestación de Servicios Salud (RIPS), durante un periodo de 15 años, se observa que las Enfermedades Crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y enfermedades de salud mental.

Tabla 149 Subgrupos de causa priorizadas a partir de atenciones, período 2009 a 2023.

Atenciones	Magnitud			
	Nivel	Puntaje	Priorización	¿Cuántas personas son afectados por el problema?
Condiciones orales	Muy Alto	4	1	984683
Enfermedades genitourinarias	Muy Alto	4	2	481972
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Alto	3	3	369497
Enfermedades cardiovasculares	Alto	3	4	441545
Condiciones neuropsiquiátricas	Alto	3	5	299907
Infecciones respiratorias	Alto	3	6	282029
Enfermedades digestivas	Alto	3	7	231869
Enfermedades musculoesqueléticas	Alto	3	8	414918
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	Alto	3	9	352443
Enfermedades de los órganos de los sentidos	Alto	3	10	370022
Desordenes endocrinos	Alto	3	11	224686
Enfermedades de la piel	Alto	3	12	207514
Condiciones maternas	Alto	3	13	137328

Fuente: Elaboración propia.

Para los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) durante un período de 16 años se observa que dentro de las primeras 17 condiciones con las tasas de incidencia más altas en la población se encuentran en orden de importancia: Enfermedades transmisibles, enfermedades de salud mental y enfermedades crónicas. En concordancia con las atenciones realizadas que se describieron

anteriormente. Sin embargo, el evento IRA por virus nuevo (Cod: 346) constituye un grupo de enfermedades que afectan el aparato respiratorio alto y bajo que pueden ser causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias; dentro de los cuales se encuentra el Covid-19. Por ocasión de la pandemia presentada por Covid-19, este evento aumentó su notificación desde el 2021; situación que se debe tener en cuenta para la priorización de problemáticas.

Tabla 150 Eventos de Interés en Salud Pública priorizados a partir de tasas específicas, 2007-2022.

Eventos de interés en salud pública	Magnitud					
	Nivel	Puntaje	Priorización	¿Cuántas personas son afectados por el problema?	Proporción de incidencia	Coeficiente
Ira por virus nuevo	Muy Alto	4	1	54839	8073.42	x100.000
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Muy Alto	4	2	13056	263.76	x100.000
Dengue	Muy Alto	4	3	26487	247.93	x100.000
Vigilancia en salud pública de la violencia de genero e intrafamiliar	Muy Alto	4	4	10497	182.78	x100.000
Cáncer de la mama y cuello uterino	Alto	3	5	406	68.16	x100.000
Intento de suicidio	Alto	3	6	1747	65.6	x100.000
Desnutrición aguda en menores de 5 años	Alto	3	7	2061	63.05	x1000
Iad - infecciones asociadas a dispositivos - individual	Alto	3	8	293	41.62	x100.000
Varicela individual	Muy Alto	4	9	7089	40.94	x100.000
Tuberculosis pulmonar	Alto	3	10	1268	40.27	x100.000
Tuberculosis	Alto	3	11	317	40.27	x100.000
Accidente ofídico	Muy Alto	4	12	2098	37.55	x100.000
Vih/sida/mortalidad por sida	Alto	3	13	1143	32.35	x100.000
Intoxicación por plaguicidas	Alto	3	14	1385	26.01	x100.000
Chagas	Alto	3	15	946	23.07	x100.000
Sífilis gestacional	Alto	3	16	793	21.37	x1000
Malaria vivax	Alto	3	17	874	20.36	x100.000
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Alto	3	18	844	14.25	x1000
Defectos congénitos	Alto	3	19	376	8.07	x100.000
Dengue grave	Alto	3	20	546	5.88	x100.000
Parotiditis	Alto	3	21	552	4.3	x100.000
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta	Alto	3	22	538	3.85	x100.000
Leishmaniasis cutanea	Alto	3	23	730	2.49	x100.000
Bajo peso al nacer	Alto	3	24	1221	2.17	x100
Hepatitis a	Alto	3	25	314	1.58	x100.000
Morbilidad materna extrema	Alto	3	26	1903	1.42	x100.000
Infeccion respiratoria aguda grave irag inusitada	Alto	3	27	704	SD	x100.000
Intoxicacion por sustancias psicoactivas	Alto	3	28	426	SD	x100.000
Intoxicacion por otras sustancias quimicas	Alto	3	29	294	SD	x100.000
Exposicion a fluor	Alto	3	30	908	SD	x100.000

Fuente: Elaboración propia.

Para el año 2021 se observa que los subgrupos que aportan mayor carga de mortalidad en el departamento son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, seguidas de las lesiones de causa externa para los principales eventos de mortalidad. Sin embargo, es importante señalar: 1). El 30% de

las causas de muerte corresponden a la clasificación de mal definidas y poco probables; 2). Desenlaces fatales con un nivel "Muy alto" no priorizados dentro de las primeras diez causas se debe a que si bien registran gran número de muertes en el periodo de 2005 a 2021, la incidencia en la población afectada no es alta; sumado a la inadecuada clasificación del desenlace, caso específico con "Las demás causas externas".

Tabla 151 Desenlaces fatales por subgrupo de causa, año 2021.

Desenlaces fatales	Magnitud				
	Nivel	Puntaje	Priorización	¿Cuántas personas son afectados por el problema?	Tasa x 100.000 - 2021
303 - ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	Muy Alto	3	1	2298	65.3671
501 - ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	Muy Alto	3	2	1793	35.866
601 - DIABETES MELLITUS	Alto	3	3	758	23.2591
512 - AGRESIONES (HOMICIDIOS)	Alto	3	4	1303	21.626
610 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	Alto	3	5	622	16.9508
210 - TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	Alto	4	6	250	16.0998
108 - INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	Alto	4	7	651	15.1862
605 - ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	Alto	3	8	747	14.721
203 - TUMOR MALIGNO DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO, EXCEPTO ESTÓMAGO Y COLON	Alto	4	9	454	13.0474
609 - RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	Alto	3	10	536	12.2022
214 - TUMORES MALIGNOS DE OTRAS LOCALIZACIONES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	Alto	4	11	550	12.1478
606 - RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	Alto	3	12	331	9.8213
511 - LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	Alto	3	13	325	9.1877
103 - CIERTAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	Alto	4	14	408	6.9814
215 - TUMORES IN SITU, BENIGNOS Y LOS DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	Muy Alto	3	15	3531	6.6079
406 - RESTO DE CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	Alto	3	16	528	5.01
107 - ENFERMEDAD POR EL VIH (SIDA)	Alto	4	17	292	4.3295
109 - RESTO DE CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Muy Alto	4	18	2819	3.8915
404 - TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICOS DEL PERÍODO PERINATAL	Alto	3	19	254	0.61
514 - LAS DEMÁS CAUSAS EXTERNAS	Muy Alto	3	20	4579	0.5142

Fuente: Elaboración propia.

Para el criterio de magnitud se obtuvo una calificación promedio de 2.9, ubicado en el cuartil medio.

9.2.2 Pertinencia social e intercultural

La pertinencia social e intercultural se obtuvo a partir de la relación correlativa entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública y la percepción formal de los involucrados obtenida a través los talleres para la construcción del ASIS participativo. De acuerdo con el análisis de las principales causas de morbilidad y desenlaces fatales realizados anteriormente, se observa que hay una correlación entre lo reportado en los sistemas de información en salud y las necesidades sentidas declaradas por los actores en los talleres participativos. Dentro de los primeros problemas identificados y priorizados se incluyen aumento de enfermedades de salud mental (3), aumento de población con enfermedades transmisibles y no transmisibles (4) y aumento de lesionados por accidentes de tránsito

(5). En general, para el criterio de pertinencia social e intercultural se obtuvo una calificación promedio de 2.7, ubicado en el cuartil medio.

9.2.3 Trascendencia

Para calificar la trascendencia de cada problemática identificada para dar cuenta qué tan duradero o grave es por sus efectos a través del tiempo, se tuvo en cuenta la tendencia del comportamiento epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad y los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) como indicador de mortalidad prematura. En orden de importancia se atribuye un mayor impacto a las grandes causas por causas externas, seguido de las demás causas; y en menor cantidad, enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias enfermedades transmisibles con un 23%, 16% y 8% del total de AVPP atribuido durante el periodo de 2005 y 2021 (ver Figura 83).
En términos de tendencia durante el mismo periodo, las causas externas y las demás causas tuvo un comportamiento oscilante y a la baja, respectivamente. Para las otras grandes causas se observa una tendencia a la disminución, a excepción de las enfermedades transmisibles con un patrón oscilante (ver Tabla 129). Por lo anterior, las demás causas con accidentes de tránsito, envenenamiento, suicidios y homicidios; sumado a las enfermedades transmisibles (enfermedades transmitidas por vectores, enfermedad por VIH e infecciones respiratorias agudas), se configuran como condiciones reemergentes que se ven influenciados por fenómenos culturales y ambientales que varían en el tiempo.
En general, para el criterio de trascendencia se obtuvo una calificación promedio de 3.1, ubicado en el cuartil Alto.

9.2.4 Factibilidad

La factibilidad se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político de que las problemáticas y necesidades en salud identificadas y priorizadas sean tenidas en cuenta por las autoridades regionales (verbigracia, Gobernador, Asamblea, Consejos territoriales de planeación) en la agenda pública para la planeación territorial y la generación de respuestas de intervención desde el sector salud y articulación con otros sectores gubernamentales.
En este sentido, dentro del ejercicio de priorización realizado se jerarquizó los 32 problemas identificados, teniendo en cuenta la estimación de los resultados que se obtendrán utilizando recursos de costo conocido de la entidad territorial. Es importante destacar que la inclusión o no de los principales problemas jerarquizados en la agenda pública depende, en gran medida, de las capacidades institucionales para dar una respuesta efectiva, a las responsabilidades misionales de la entidad en cumplimiento del marco normativo y a los intereses políticos de los gobernantes sobre la política pública.
Los problemas con mayor calificación fueron:

- Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento.
- Baja capacidad resolutiva y respuesta institucional de alta complejidad en el departamento que genera un incremento de la necesidad de referencia de pacientes a otras instituciones del país.

- Débil sistema de información en salud en el departamento.
- Escasa capacidad instalada de instituciones de salud en municipios con poca cobertura en los servicios de salud.
- Aumento de población con enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Baja oportunidad en la entrega de medicamentos esenciales de forma permanente.
- Persistencia de la morbimortalidad evitable en el curso de vida primera infancia en el departamento de Casanare.

En general, para el criterio de factibilidad se obtuvo una calificación promedio de 2.5, ubicado en el cuartil Medio.

9.2.5 Viabilidad

La viabilidad es la posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política y teniendo en cuenta la capacidad institucional en términos de personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio. Desde el punto de capacidades de respuesta, el equipo técnico en salud pública y los actores sociales priorizaron los siguientes problemas como “Alto” y “Muy Alto”:

- Baja capacidad resolutiva y respuesta institucional de alta complejidad en el departamento.
- Baja capacidad operativa de la red pública de prestación de servicios del departamento.
- Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento.
- Débil sistema de información en salud en el departamento.
- Persistencia de la morbimortalidad evitable en el curso de vida primera infancia en el departamento de Casanare.
- Baja oportunidad en la entrega de medicamentos esenciales de forma permanente para el tratamiento de enfermedades crónicas esenciales.
- Escasa capacidad instalada de instituciones de salud en municipios con poca cobertura en los servicios de salud.
- Baja capacidad operativa de la red pública de prestación de servicios del departamento
- Aumento de enfermedades de salud mental en población a riesgo.

En general, para el criterio de Viabilidad de la intervención se obtuvo una calificación promedio de 2.6, ubicado en el cuartil Medio.

9.2.6 Priorización de problemas y necesidades en salud

Una vez aplicados los criterios de priorización de los problemas identificados inicialmente por el equipo técnico de salud pública departamental, se presenta la lista con los problemas con mayor urgencia de intervención en la parte superior hasta los que no requieren una respuesta inmediata en la parte inferior de la tabla.

Tabla 152 Problemas identificados y priorizados primer momento

Priorización final	Calificación final	N
Escasa capacidad instalada de instituciones de salud en municipios con poca cobertura en los servicios de laboratorio clínico, psicología, terapia física, terapia respiratoria, rayos x y ambulancia.	3.3375	1
Baja capacidad operativa de la red pública de prestación de servicios del departamento, por infraestructura y dotación insuficiente y/o obsoleta en todos los niveles de complejidad lo que dificulta la prestación de servicios en condiciones de calidad y por ende el goce efectivo del derecho a la salud	3.3375	2
Aumento de enfermedades de salud mental en población a riesgo: casos de intento de suicidio, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes con factores de riesgo relacionados con su entorno familiar como presión social, ansiedad, conducta suicida.	3.2125	3
Aumento de población con enfermedades transmisibles y no transmisibles (neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades mentales), que evidencia una doble carga de la enfermedad - transición epidemiológica - marcada por cambios demográficos, cambios en los factores de riesgo ambientales, sociales y culturales; y caracterizada por la persistencia de enfermedades infecciosas con enfermedades crónicas asociadas a un estilo de vida occidental y al envejecimiento general de la población.	3.2125	4
Aumento de lesionados por accidentes de tránsito y de la mortalidad, especialmente en hombres. Las principales causas son: falta de percepción del riesgo de la comunidad y autocuidado en la adherencia a recomendaciones y estrategias de prevención, escaso personal de la policía de tránsito que promueva el cumplimiento del código de tránsito y se reglamente el uso obligatorio del casco en motos. Además, de la adecuada planeación de la señalización vial en los cascos urbanos y semaforización, fortalecimiento del transporte público y prohibición de parqueo de vehículos en vía pública.	3.2	5
Incremento de enfermedades arbovirales como el dengue en el área urbana; producto del desarrollo de asentamientos informales con infraestructuras precarias de las viviendas, crecimiento exponencial de la población en zonas de expansión de los cascos urbanos y centros poblados de los municipios, riesgos sociales relacionados por el conflicto interno y la migración de población extranjera, insuficiencia en la red vial crean escenarios propicios.	3.125	6
Escaso personal médico y profesional asistencial en centros de salud (primer nivel de atención) para garantizar atención oportuna y de calidad en los municipios, demora en la asignación de citas por consultar externa, no hay una atención prioritaria a población vulnerable o en riesgo de enfermar, y remisión a red prestadora de Yopal para servicios complementarios afectando principalmente a los usuarios del área urbana y rural a los municipios.	3.1	7
Aumento de la morbimortalidad prematura por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECN). En Casanare según la información del DANE, tres de las cinco primeras causas de mortalidad del territorio en 2022 fueron enfermedades crónicas no transmisibles. Factores de riesgo asociados: falta de acceso a los alimentos de primera necesidad, inadecuados hábitos y estilos de vida en la población, escasos recursos económicos.	3.1	8
Aumento de las enfermedades transmitidas por ETV y zoonosis en el área rural y rural dispersa, debido a riesgos ambientales por la ampliación de la frontera agrícola y cambio climático, inadecuado uso del suelo y cambio climático, mal estado de las vías secundarias y terciarias que causa demoras en el desplazamiento para poder acceder a los servicios de salud. Estos eventos se encuentran fuertemente asociados al fenómeno del cambio climático, la ampliación de la frontera agrícola en áreas protegidas y resguardos indígenas para la producción agrícola en sistema de monocultivo (arroz y palma) y ganadera generando contaminación del recurso hídrico, suelo, aire, mortalidad de fauna silvestre y desplazamiento de la misma debido a la ampliación de la frontera agrícola, las malas prácticas, la mala disposición de los residuos sólidos y líquidos, el incumplimiento de las normas ambientales y laborales. La economía campesina gira entorno a la producción agropecuaria, pero las prácticas de producción y consumo inadecuadas representan riesgo de transmisión de enfermedades zoonóticas como brucelosis, leptospirosis, rabia silvestre.	3.075	9
Bajas coberturas de vacunación con indicadores trazadores en menores de seis años. Bajas coberturas de vacunación contra VPH en niñas de nueve años. Escaso apoyo institucional para ampliar coberturas de vacunación en los territorios más distantes (área rural y rural dispersa).	3.0375	10
Baja capacidad resolutiva y respuesta institucional de alta complejidad en el departamento que genera un incremento de la necesidad de referencia de pacientes a otras instituciones del país.	3.0125	11
Aumento de la morbilidad en todos los grupos de edad por enfermedades transmitidas por el Agua (Enfermedad Diarreica Aguda - EDA), por las deficientes coberturas de servicios públicos básicos en el sector rural (saneamiento básico, agua potable, gas, electricidad), principalmente en zonas periféricas de cascos urbanos, centros poblados en expansión y área rural y rural dispersa.	2.8375	12
Débil sistema de información en salud en el departamento.	2.8375	13
Baja oportunidad en la entrega de medicamentos esenciales de forma permanente para el tratamiento de enfermedades crónicas esenciales, especialmente en adulto mayor y/o pacientes con enfermedades de alto costo; por lo cual se hace necesario renovar la formula médica para solicitar nuevos medicamentos, retrasando la oportunidad en el tratamiento.	2.825	14
Aumento de la morbilidad por tuberculosis, y coinfecciones por TB-VIH y TB-Diabetes, ocasionados por condiciones socioeconómicas precarias, hábitos inadecuados y práctias de riesgo. Se observa dificultades en la prestación de los servicios de salud principalmente en el nivel primario de atención para esta población, con un comportamiento a la baja de la mortalidad por acceso a tratamiento.	2.8	15
Persistencia de la morbimortalidad evitable en el curso de vida primera infancia en el departamento de Casanare, específicamente en causas agrupadas en ciertas afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio.	2.8	16

Priorización final	Calificación final	N
Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento, que crea barreras en el acceso efectivo a población campesina que vive en áreas de difícil acceso para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud. Demora en la asignación de citas médicas y barreras en su agendamiento afectando los usuarios del área urbana y rural a nivel municipal, falta de capacidad en la atención por consulta externa y remisión a Yopal por exámenes.	2.7625	17
Aumento de la morbilidad bucal por caries y gingivitis aguda por bajas coberturas en los servicios de odontología y ausencia programas de promoción de la salud oral y la prevención de caries en niños menores de 6 años.	2.725	18
Aumento de enfermedades asociadas con el embarazo: alta morbilidad materna en edades extremas, aumento de casos de sífilis congénita y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, embarazos no planeados y subsecuentes en adolescentes y jóvenes del Departamento de casanare.	2.7	19
Débil proceso de implementación de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, para la población migrante irregular en estado de gestación en el departamento.	2.7	20
Falta de robustez en el proceso de Inspección, Vigilancia y Control en salud resulta en una supervisión del sistema poco efectiva.	2.6375	21
Aumento de la morbilidad en todos los grupos de edad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), comportamiento fluctuante de la mortalidad en los menores de cinco (5) años en el departamento, dado por hábitos y costumbres en la comunidad inadecuadas como inadecuadas prácticas de manipulación e higiene de los alimentos en la población especialmente en ingresos socioeconómicos bajos, desnutrición, dificultades en la prestación de los servicios de salud principalmente en el nivel básico de atención, baja interiorización de la salud como responsabilidad individual y colectiva, persistencia en la falta de servicios, agua potable y saneamiento básico en nuestras comunidades. Baja interiorización de la salud como responsabilidad individual y colectiva.	2.6375	22
Insuficiente acceso a medicina especializada en el departamento generando barreras en la autorización de servicios especializados, ocasionando demora en la asignación de citas con especialistas en Yopal, agendamiento en otra ciudad fuera del departamento o no se cuenta con contratación vigente por las EPS.	2.5875	23
Persistencia de las complicaciones cardiacas derivadas de la infección aguda y crónica por enfermedad de Chagas en pacientes de municipios endémicos, especialmente del piedemonte. Factores asociados: débil implementación de la Ruta Integral para pacientes con enfermedad de Chagas, escasa demanda inducida para diagnóstico de la enfermedad en población a riesgo, escasa articulación con actores locales intersectoriales para focalización de acciones de promoción y prevención de la enfermedad en el marco de estrategias internacionales de interrupción y control de la transmisión.	2.55	24
Escasa adherencia a las condiciones mínimas exigibles en el Sistema Único de Habilitación por Prestadores de servicios de salud en el departamento. Incumplimiento en los requisitos de habilitación de servicios de salud.	2.525	25
Alto número de accidentes laborales en los sectores de construcción, trasporte y agricultura, ocasionando en incapacidades, enfermedad y/o muerte de origen laboral y perdida de Años Vida Potencialmente Perdidos que son laboralmente productivos, por lesiones de causa externa como fracturas, esguinces, trauma interno, amputación en edades entre los 29 y 56 años. Débil cumplimiento en la gestión de riesgos laborales en el sector empresarial y débil articulación intersectorial para el cumplimiento de la formalización laboral.	2.45	26
Aumento de la morbilidad en todos los grupos de edad por Infección respiratoria Aguda (IRA) relacionado por muchos factores intervinientes: hábitos y costumbres inadecuados en la comunidad, dificultades en la prestación de los servicios de salud principalmente en el nivel básico de atención, baja interiorizacion de la salud como responsabilidad individual y colectiva, un comportamiento fluctuante de la mortalidad por IRA en los menores de cinco (5) años en el departamento.	2.375	27
Complejo y amplio 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.	2.1625	28
Precariedad y rezago tecnológico en el proceso de auditoría de cuentas medicas de los servicios de salud prestados a la población a cargo del departamento	2.075	29
Aumento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y la Resistencia Antimicrobiana (IAAS_RAM) por el uso inadecuado de agentes antimicrobianos en la salud humana, animal y vegetal generado la aparición y proliferación de microorganismos resistentes a estos; y provocando una carga de morbimortalidad a pacientes, personal de salud y al sistema de salud. Se hace necesario implementar la estrategia propuesta por la OMS "ONE HEALTH" que promueve el enfoque interdisciplinario para minimizar los daños y maximizar los beneficios de la gestión conjunta de la salud de las personas, los animales y el ambiente.	1.9375	30
Aumento en el tiempo de diagnóstico y baja oportunidad en el tratamiento de la enfermedad de Lepra Hansen debido al estigma y la discriminación social hacia las personas afectadas, aumentando la discapacidad y disminuyendo su calidad de vida. El nivel básico de atención no se encuentra preparado para el diagnóstico oportuno y seguimiento al tratamiento que las personas requieren, dificultando la meta de eliminar la lepra en el departamento para el año 2030.	1.6625	31

Fuente: Elaboración propia a partir de experiencias de las mesas territoriales realizadas en el marco del proceso de construcción del ASIS participativo.

9.3 Núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial

A partir de la priorización de problemas y necesidades sentidas de los involucrados, se estructuran los procesos de determinación social de la salud específicos (núcleos de inequidad sociosanitaria) en los contextos específicos del territorio; algunos de los cuales son estructurales que atraviesan todos los niveles del sistema; otros se atañen a contextos más locales (microterritorios) que refieren circunstancias y condiciones sociales injustas que infieren de manera diferenciada en los resultados de la salud de diferentes grupos poblacionales (campesinos, víctimas del conflicto, grupos étnicos, personas con dependencia económica, entre otros sujetos de derechos). Estos fenómenos se constituyen a través de relaciones, interacciones o vínculos que inciden en el proceso de la salud-enfermedad y atención; relaciones que tienen un comportamiento histórico, que fluctúan en el tiempo y pueden ser transformadas.
Se identifican doce (12) núcleos de inequidad con sus problemas identificados, efectos en salud y población afectada por enfermedades específicas:

Ilustración 3 Núcleos de inequidad sociosanitaria en el departamento de Casanare



9.3.1 Segundo momento de priorización de problemáticas y necesidades en salud

A partir de la priorización inicial y de los resultados de la codificación axial realizada a partir de los insumos de la cartografía social en cada una de las mesas participativas, se agrupan los problemas estructurantes que hacen parte de las características propias de cada núcleo de inequidad, sus efectos en salud en la población general y/o específica y se realizado una segunda priorización en términos de aporte de cada problema para el núcleo al que pertenece. Al final se obtiene la siguiente jerarquía de priorización:

1. Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud.
2. Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud.

3. Aumento de condiciones para el desarrollo de patologías en salud mental en población vulnerable, especialmente en niños, jóvenes y adultos mayores.
4. Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento.
5. Aumento de la morbimortalidad prematura por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).
6. Aumento de población con enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes.
7. Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio.
8. Barreras en el acceso efectivo de la atención integral en salud de la Población con Dependencia económica.
9. Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales.
10. Riesgo en la garantía del aseguramiento y en la prestación de servicios de salud a población migrante por la EPS pública en el departamento.
11. Aumento de lesionados y de la mortalidad por accidentes de tránsito, especialmente en hombres.
12. 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.

Tabla 153 Núcleos de inequidad sociosanitarias, problemas priorizados y efectos

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
1	*Baja **capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios** del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud*	1.1	Alta demanda de servicios de salud que desborda la capacidad operativa de los centros de salud	3.3375	Aumento de consulta al servicio de urgencias	Toda la población	2	Muy Alto
1		1.2	Inoportunidad en la asignación de citas y consultas médicas por consulta externa en primer nivel de atención y para realización de servicios de apoyo diagnóstico, atención prehospitalaria, transporte especial de pacientes, complementación terapéutica y otros servicios básicos del nivel de baja complejidad con servicios complementarios en los municipios categoría 5 y 6 del departamento (Tipa A, BI y BIII). Los mecanismos empleados por las EAPB e IPS (p.ej. correo electrónico y centro de atención telefónica, entre otros medios digitales) generan inequidades en la población de bajos recursos y/o con difícil acceso a estas tecnologías de la información		Vencimiento de ordenes de exámenes y se debe volver a solicitar autorización. Demora en la asignación de citas por consultar externa	Toda la población		Alto
1		1.3	Ausencia de consulta externa con especialidades médicas básicas en municipios categoría 4, 5 y 6; muchas se realizan en la ciudad de Yopal, si se cuenta con especialista o convenio por la EAPB. De lo contrario, deben esperar autorización para otras ciudades (Villavicencio, Tunja, Bogotá)	3.0125	Remisión de pacientes a red prestadora de Yopal para servicios complementarios afectando principalmente a los usuarios del área urbana y rural dispersa de estos territorios.	Población adulta y adulto mayor		Alto
1		1.4	Escasos profesionales especializados en el departamento, Insuficiente acceso a especialidades médicas básicas	2.5875	Asignación de citas con especialistas en otras ciudades fuera del departamento (Villavicencio, Sogamoso, Tunja, Bogotá, Neiva), cuando no se cuenta con el personal de salud especializado e idóneo en Yopal.	Toda la población		Alto
1		1.5	Debilidad en la operativización y el fortalecimiento de rutas integrales de atención en salud para grupos de riesgo y atención en población específica en el departamento.	3.1	No se garantiza una atención prioritaria, oportuna e integral a población vulnerable o en riesgo de enfermar (desarrollar secuelas o complicaciones por enfermedades transmisibles y crónicas: enfermedad de Chagas, enfermedad renal, IRA, entre otras) en centros de salud de su territorio (baja complejidad tipo A, BI y BII).	Toda la población		Medio
1		1.6	Escasos convenios con farmacias y/o distribuidores locales que garanticen la entrega oportuna de medicamentos esenciales en pacientes crónicos de los municipios categoría 4, 5 y 6. Barreras administrativas de las EAPB que propician el vencimiento de las ordenes médicas o no dan acceso a las dosis completas.	2.825	Baja oportunidad en la entrega de medicamentos esenciales	Adultos mayores y pacientes crónicos con enfermedades de alto costo		Alto

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
1		1.7	Escasa adherencia a las condiciones mínimas exigibles en el Sistema Único de Habilitación por Prestadores de servicios de salud en el departamento.	2.525	Incumplimiento en los requisitos de habilitación de servicios de salud.	Toda la población		Alto
1		1.8	Debilidad en las garantías laborales para el talento humano en salud, especialmente en el primer nivel de atención.	3.1	Alta rotación de personal de la salud en los centros de salud de los municipios categoría 4, 5 y 6, lo que ocasiona debilidad en el proceso de fortalecimiento de capacidades que desarrolla las IPS y Entidades Territoriales e insuficiencia en las capacidades y disponibilidad de talento humano en las plazas necesarias para suplir la demanda de servicios y atenciones.	Toda la población		Alto
1		1.9	Baja capacidad institucional resolutiva de alta complejidad en el departamento	3.0125	Incremento de la necesidad de referencia de pacientes a otras instituciones del país.	Toda la población		Medio
1		1.10	Baja capacidad operativa de la red pública de prestación de servicios del departamento, por infraestructura, tecnología (equipos biomédicos), dotación insuficiente y/o obsoleta, talento humano insuficiente y poco capacitado en todos los niveles de complejidad	3.3375	Dificultad en la prestación de servicios en condiciones de calidad y oportunidad, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.	Toda la población		Muy Alto
1		1.11	Baja resolutividad de los servicios de urgencias en centros de salud y remisión de pacientes desde los municipios al hospital de referencia de Yopal por desbordamiento de su capacidad instalada.		Demoras en la referencia y contrarreferencia de pacientes a un nivel superior de complejidad por falta de ambulancias y camas en la institución de mediana y alta complejidad del departamento (HORO); además, del mal estado de las vías primarias y secundarias en el departamento.	Toda la población		Alto
1		1.12	Débiles garantías en la contratación de servicios de salud por Capresoca EPS (contratación fragmentada) para garantizar atención integral a sus afiliados reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios	3.1	Población asegurada sin acceso a servicios de salud de primer nivel de complejidad; aumento de tutelas de salud por negación de servicios, medicamentos o dilaciones en su autorización.	Población afiliada a Capresoca		Muy Alto
2	*Aumento de condiciones para el desarrollo de patologías en **salud mental** en población vulnerable, especialmente en niños, jóvenes y adultos mayores*	2.1	Insuficiente oferta institucional en la red pública departamental para la atención de estas patologías cada vez más frecuentes (emergentes)	3.2125	población adulta mayor en situación de calle y jóvenes con consumo de sustancias psicoactivas	Adolescentes y adultos mayores	**3**	Muy Alto
2		2.2	Ausencia de política de salud mental adoptada, adaptada e implementada en el departamento y en los municipios.		Pacientes con trastornos mentales sin manejo ni tratamiento establecido y controlado (ansiedad, depresión, conductas suicidas).	Población con trastornos mentales, y población a riesgo (adolescentes, adulto mayor)		Muy Alto
2		2.3	Débil vigilancia y control por autoridades policivas e institucionales locales para prevenir la distribución y ventas de sustancias psicoactivas en zonas escolares, áreas comunes como parques y otros lugares con presencia de población vulnerable (niños, adolescentes).		Aumento en la oferta y demanda de sustancias psicoactivas en zonas escolares, residenciales y áreas comunes (trastornos del comportamiento).	Niños y adolescentes		Muy Alto
2		2.4	Débil proceso de vigilancia para la detección de situaciones de violencia sexual en instituciones educativas, y poca focalización de proyectos pedagógicos a la comunidad estudiantil		Casos de violencia sexual, con implicaciones en menores de edad.	Primera infancia, infancia y adolescencia		Alto
		2.5	Persistencias de formas de violencia de género e intrafamiliar por comportamientos culturales muy arraigados en la población.		Alta prevalencia de personas (especialmente mujeres) con afectaciones físicas, mentales y emocionales (depresión), determinado por el patrón cultural de la región.	niños, niñas y adolescentes, mujeres, LGTBIQ+		Alto
3	*Ineficiente **cobertura de servicios de salud primarios** en área rural y rural*	3.1	Aumento de pacientes con ECNT sin manejo clínico, tratamiento y seguimiento a la rehabilitación en zonas rurales alejadas de difícil acceso por falta de vías terciarias (Inter veredales) o mal estado de estas y barreras en la portabilidad de los servicios contratados con otras EPS que no cuenta con servicios en el municipio ni en el departamento.	2.7625	Pacientes crónicos y adulto mayor en áreas rurales de difícil sin atención oportuna, acceso oportuno a medicamentos y controles médicos para seguimiento de sus condiciones de salud	Adultos y adulto mayor	**4**	Alto

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
3	*dispersa del departamento*	3.2	Débil articulación para la gestión del modelo de APS en el territorio entre los actores del sistema de salud (Entidades Territoriales, EAPB e IPS) para concentrar esfuerzos y focalizar intervenciones en población urbana y del área rural que permita el desarrollo de la atención integrada, integral y continua con énfasis en la promoción y prevención con abordaje familiar y comunitario.		Acciones a nivel comunitario y poblacional con escaso impacto positivo en los determinantes sociales de la salud propios de cada territorio.	Toda la población		Alto
4	*Aumento de población con* ***enfermedades transmisibles*** *emergentes y reemergentes*	4.1	Baja cobertura de servicios públicos (acueducto y alcantarillado, gas) en población urbana y rural, observando una brecha de inequidad marcada en población rural comparado con las grandes ciudades.	2.8375	Aumento de la morbilidad en todos los grupos de edad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), comportamiento fluctuante de la mortalidad en los menores de cinco (5) años en el departamento.	Toda la población, con mayor afectación en población del área rural y rural dispersa	**6**	Alto
4		4.2	Alto índice de desnutrición aguda severa en menor de 10 años y de población dependiente económica con condiciones socioeconómicas de riesgo, especialmente en área rural y rural dispersa	3.0375	Aumento de la morbilidad en todos los grupos de edad por Infección respiratoria Aguda (IRA), con mayor riesgo presente en primera infancia con bajas coberturas de vacunación, adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles	Niños menores de 5 años, adulto mayor y/o personas con alguna comorbilidad por enfermedad crónica no transmisible. La infección respiratoria aguda se ubica entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años.		Muy Alto
4		4.3	Condiciones de hacinamiento en viviendas inadecuadas, servicios inadecuados y condiciones de miseria en población con alto índice de necesidades básicas insatisfechas, especialmente en zonas urbanas marginadas de expansión no planificada o asentamientos ilegales.	2.8	Aumento de la morbilidad por tuberculosis, y coinfecciones por TB-VIH y TB-Diabetes	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área urbana		Medio
4		4.4	Detección espontánea de los casos, discapacidad al momento del diagnóstico, fuente de infección ignorada y los diagnósticos tardíos.	1.6625	Aumento en el tiempo de diagnóstico y baja oportunidad en el tratamiento de la enfermedad de Lepra Hansen	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área urbana		Bajo
4		4.5	Aumento de enfermedades infecciosas propiciadas por la dinámica poblacional, fenómeno de la migración, procesos de urbanización, cambio climático, cambios en los patrones de comportamiento humanos (culturales) y falta de una implementación efectiva de las políticas de salud con recursos suficientes en los microterritorios en salud.	2.55 3.125	Población desatendida o sin acceso efectivo a estrategias de promoción y prevención del riesgo de transmisión de enfermedades transmisibles en su entorno hogar y comunitario (dengue, enfermedad Chagas, malaria y otras enfermedades vectoriales y zoonóticas).	Toda la población		Medio
5	*Aumento de la morbimortalidad prematura por* ***Enfermedades crónicas no Transmisibles (ECNT)***	5.1	Falta de acceso a los alimentos de primera necesidad y alimentación poco saludable en población infantil, adolescentes y adultos jóvenes	2.7	Hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglicemia e hiperdislipidemia en personas jóvenes., aumento de enfermedades asociadas con el embarazo	Infancia, adolescencia y adultos jóvenes	**5**	Medio
5		5.2	Inadecuados hábitos (consumo de tabaco, alcohol) y estilos de vida poco saludables en la población (inactividad física) a falta de la promoción de una cultura de autocuidado (cultura vial, nutrición, sexual, salud mental).	3.1	Aumento de morbimortalidad prematura por enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades isquémicas y del corazón, del sistema circulatorio, neoplasias y del sistema digestivo	Adultos y adulto mayor		Medio
5		5.3	Personas en condición de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas (debilidad económica), acentuado aún más en el área rural	2.725	Costos altos en la atención, tratamiento y paliación de ECNT (morbilidad por caries y gingivitis agudas	Población con condiciones		Alto

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
					por bajas coberturas en servicios de odontología); muchos pacientes se ven obligados a asumir costos adicionales en la atención que incluye transporte, hospedaje y medicamentos que no cubre el Plan Básico de Atención garantizado por la EAPB.	socioeconómicas bajas del área urbana y rural		
5		5.4	Factores de riesgo ambientales asociados a la contaminación atmosférica que contribuyen a la aparición de enfermedades pulmonares como el EPOC o el cáncer de pulmón, además, de infecciones respiratorias agudas.	3.2125	Riesgo de exposición a toda la población, afectando a población vulnerable (niños, adultos y adultos mayores) en el área urbana de los centros poblados más desarrollados.	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área urbana		Alto
5		5.5	Pérdidas económicas en la producción por condiciones crónicas		Ausentismo laboral por problemas de salud asociados a condiciones inadecuadas en el entorno laboral, sobrecarga laboral y poca actividad física	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área urbana		Medio
6	*Aumento de enfermedades relacionadas con el **cambio climático** y problemas medioambientales*	6.1	Aumento de temperatura, fluctuación de las épocas de lluvia y sequía.	3.075	Aumento de las enfermedades transmitidas por ETV y zoonosis, enfermedades respiratorias y alérgenos, enfermedades transmitidas por alimentos y el agua	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área urbana y rural	9	Muy Alto
6		6.2	Ampliación de la frontera agrícola para la producción agropecuaria en sistema de monocultivo (arroz y palma) y ganadería intensiva		Inseguridad alimentaria y del abastecimiento de agua, con mayor vulnerabilidad en centros poblados y área rural donde se sitúa población vulnerable y con circunstancias socioeconómicas frágiles.	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área rural		Medio
6		6.3	Ineficiente sistema de disposición final de residuos sólidos y tratamiento de aguas residuales (lixiviados)		Inadecuada disposición final de residuos sólidos (inservibles como llantas) y aguas residuales (lluvias) en áreas comunes en los casos urbanos y centros poblados, afectando fuentes hídricas y a la población que habita el sector rural y rural disperso aledaño. Aumento del riesgo ambiental para la transmisión de enfermedades arbovirales en área urbana-ruraly otras enfermedades respiratorias con patrones sociales de riesgo de transmisión presentes.	Población con condiciones socioeconómicas bajas del área rural		Medio
6		6.4	Inundaciones, fenómenos de remoción en masa, fuertes sequías.		Lesiones, enfermedades y defunciones por fenómenos meteorológicos extremos en zonas identificadas de alto riesgo.	Población del área rural y rural dispersa		Bajo
6		6.5	Incumplimiento de las normas ambientales y laborales en el sector productivo (hidrocarburos, ganadería y monocultivos) que generan contaminación del aire, agua y suelo	2.45	Disminución de la capacidad laboral, riesgo de agotamiento por calor, paro cardíaco y accidentes laborales más frecuentes para quienes trabajan al aire libre. Mayor sufrimiento de las personas mayores, los niños y las personas que viven en entornos deficientes, y para las poblaciones autóctonas y tradicionales	Población laboralmente activa y población rural		Medio
6		6.6	Prácticas de producción agrícola y consumo inadecuadas		Desplazamiento forzado de población que viven en el área rural y aparición de enfermedades mentales y estrés. Contaminación de acuíferos	Población del área rural y rural dispersa		Medio
6		6.7	Pérdida de cultivos, desertificación de la tierra		Efectos combinados de la desnutrición y las enfermedades infecciosas. Efectos crónicos por retraso del crecimiento y consunción infantil	Niños y adultos mayores		Medio

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
7	*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.***	7.1	Dificultades para interiorizar los dispositivos formales y en general, las directrices nacionales para la planeación integral para la salud en su adopción, adaptación e implementación en el territorio.	2.1625	Escasa implementación de las directrices nacionales por los territorios que no permite "aterrizar" las políticas, planes y programas con poco impacto en los determinantes sociales de la salud,	Toda la población	12	Bajo
7		7.2	Asincronía en los tiempos y en los dispositivos formales que vinculen taxativamente a otros sectores gubernamentales para el trabajo inter y transectorial que impacten positivamente en los determinantes sociales de la salud.		Existen determinantes estructurales relacionados con el funcionamiento del sistema de salud que limitan la planeación estratégica en los territorios; aunado a la visión fragmentada de los sectores gubernamentales que están involucrados en los resultados en salud	Toda la población		Bajo
7		7.3	Precaria capacidad institucional (humana, logística, financiera y estructural) de los entes territoriales en salud, especialmente en municipios, para responder a todas las directrices nacionales impuestas por el órgano rector y entes de control que limita el alcance, operativización, seguimiento y evaluación de las políticas públicas nacionales (PDSP).		Falta de suficiente personal idóneo en Salud Pública. Talento humano del sector salud con sobrecarga laboral y desgaste operativo al responder por varias carteras y/o direcciones, y otros sectores gubernamentales; realidad característica de municipios de categoría 5 y 6 que dificulta su formación y no permite la comprensión de los dispositivos formales dispuestos por los entes nacionales con mayor profundidad.	Toda la población		Bajo
7		7.4	Escaso involucramiento de las entidades nacionales en la asesoría, apoyo institucional y seguimiento de las directrices para su efectiva implementación en los territorios.		La implementación por los territorios de los dispositivos formales se limita al cumplimiento a la luz de sus capacidades humanas, técnicas y logísticas.	Toda la población		Bajo
7		7.5	Escasa coherencia entre dispositivos formales diseñados por el nivel nacional con una visión muy ecléctica que no permite articular acciones precisas entre responsables territoriales		No hay priorización en las programas, estrategias y acciones adelantadas por las entidades territoriales, EAPB e EPS en cumplimiento de sus funciones dentro del territorio	Toda la población		Bajo
8	*Riesgo en la* ***garantía del aseguramiento*** *y en la prestación de servicios de salud a* ***población migrante*** *por la EPS pública en el departamento.*	8.1	Débil proceso de implementación de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, para la población migrante irregular en estado de gestación en el departamento.	2.7	Barreras en el acceso a los servicios de promoción y prevención, especialmente a población vulnerable no asegurada; además de aumento de consultas por población flotante en los servicios de urgencias superando su capacidad operativa.	Población migrante	10	Medio
8		8.2	Ampliación de la cobertura de aseguramiento en el régimen subsidiado para atender población migrante vinculada como pobre no asegurada.		Margen de utilidad menor para la red pública hospitalaria que presta los servicios a población migrante o pobre no asegurada en el departamento	Población migrante		Alto
8		8.3	Problemas con el asegurador para pago oportuno de las atenciones de la población migrante y/o población pobre no asegurada afiliada al régimen subsidiado. Intervención por Supersalud (medida de vigilancia especial) por riesgo en la inestabilidad financiera y administrativa de la entidad derivado de falta de claridad en el registro de su información financiera (¿corrupción?)		Demoras en el pago de servicios, aumento de glosas por servicios no autorizados y contratación de menos servicios de salud por EAPB pública (Capresoca).	Población migrante		Alto
9	*Débil* ***rectoría y gobernanza*** *de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control*	9.1	Precariedad y rezago tecnológico en el proceso de sistematización de auditoría de cuentas medicas de los servicios de salud prestados a la población a cargo del departamento	2.075	Demora en el proceso de auditoría de cuentas médicas en red prestadora que atiende a población pobre no asegurada que hace parte del régimen subsidiado.	Toda la población	1	Muy Alto
9		9.2	Falta de robustez en el proceso de Inspección, Vigilancia y Control en salud	2.6375	Supervisión de los actores en el sistema de salud territorial poco efectiva.	Toda la población		Muy Alto
9		9.3	Baja capacidad institucional de la entidad departamental (talento humano, infraestructura y recursos) para desarrollar sus acciones misionales.	3.3375	Limitada respuesta institucional ante situaciones de emergencia y contingencia. El proceso de	Toda la población		Muy Alto

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
	en los actores del sistema de salud				descentralización ha incrementado las posibilidades de desarrollo y consolidación de prácticas clientelares en todos los niveles y ámbitos.			
9		9.4	Débil sistema de información en salud en el departamento.	2.8375	Fragmentación del sistema de información entre los actores, tipos de servicios y niveles de atención: Desarrollo de subsistemas de información se han llevado a cabo de forma fragmentada y muchas iniciativas no han tenido éxito, ya sea por falta de recursos, planes de acción inadecuados, o por falta de difusión y utilización de los resultados. Las aseguradoras privadas no suministran a las autoridades sanitarias la información oportuna y completa de su población afiliada: Hay asimetría de información entre los actores del SGSSS. El sistema de información se centra más en el registro de servicios para la facturación que en la condición de salud del paciente. La limitación del Sistema de información en salud afecta la calidad de la gobernanza y la capacidad de rectoría en Salud Pública.	Toda la población		Muy Alto
9		9.6	La complejidad normativa que caracteriza al sector: marco normativo excesivo, complejo y sin marco lógico para su implementación que no responde a las necesidades locales	2.1625	Funcionarios de la entidad no tienen una comprensión clara de las responsabilidades que se les han asignado y recursos para ejecutarlas	Toda la población		Muy Alto
9		9.7	Escasa articulación con actores del sistema y otros sectores gubernamentales y de la sociedad civil para dar cumplimiento a las disposiciones formales del nivel nacional que permita el desarrollo de la salud pública en el territorio, debido en gran medida a la interferencia de actores políticos, intereses particulares de aseguradoras privadas y la fragmentación estructural de las funciones de rectoría y gobernanza en el territorio.	3.3375	No hay una armonización de las decisiones y actuaciones de los diferentes actores en pro de la equidad y sostenibilidad del sistema de salud.	Toda la población		Muy Alto
10	***Barreras en el acceso efectivo de la atención integral en salud*** *de la Población con Dependencia económica*	10.1	Escasos programas de cuidado y acompañamiento en población discapacitada	2.8	Deficiencia en la atención de diferentes servicios a población discapacitada con falta de humanización en la prestación.	Población en condición de discapacidad	**8**	Medio
10		10.2	Débil diseño e implementación de rutas de atención prioritaria en la red prestadora del departamento para la población discapacitada y adulto mayor a falta de cuidadores que los lleven a los centros de salud más cercanos		Poca demanda de servicios de salud primarios en los centros de salud por la población discapacitada y adulto mayor.	Población en condición de discapacidad y adulto mayor		Medio
10		10.3	Problemas de acceso oportuno a programas de promoción de la salud a la primera infancia (crecimiento y desarrollo) y jóvenes.		Poca demanda de servicios de salud primarios en niños y adolescentes. Persistencia de la morbimortalidad evitable en el curso de vida primera infancia en el departamento de Casanare	Primera infancia, infancia y adolescencia		Alto
11	*Poca visibilización de las* ***necesidades en salud de grupos étnicos*** *presentes y* ***población víctima*** *de la violencia en el territorio*	11.1	Falta de caracterización de víctimas del conflicto armado en el territorio	2.55	Víctimas sin reconocimiento por parte del Estado para la inclusión en programas de reparación y restitución en el marco de la reforma rural integral que se viene implementado por los acuerdos de paz (certificación de víctimas).	Víctimas del conflicto armado	**7**	Medio
11		11.2	Barreras en el acceso efectivo y continuo a los servicios de salud de las comunidades indígenas existentes en el territorio por variabilidad climática, difícil acceso por via terrestre en epoca de invierno, condicines culturales y poca articulación de los actores en salud.	3.075	Población vulnerable (niños, gestantes y adultos mayores) con problemas de desnutrición, presencia de enfermedades transmisibles, y falla en la cobertura de atención integral bajo el modelo de APS	Comunidades indígenas		Alto

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
11		11.3	Riesgos en la garantía del aseguramiento de población indígena por dificultades en la contratación y pago de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.		Población indígena sin caracterizar o censar en los resguardos indígenas que les impide acceder a los servicios de salud	Comunidades indígenas		Medio
11		11.3			No se cuenta con red de atención de urgencias cercano para población indígena. Traslado de pacientes a centros de salud cercanos con servicio de urgencias (Cravo norte, Arauca o Yopal cuando amerita).	Comunidades indígenas		Alto
11		11.3		2.375	Población indígena en condición de calle debido a que no cuentan con los recursos para regresar a sus comunidades; no se asegura subsidio de transporte de ida y vuelta, albergue transitorio y portabilidad de servicios a población indígena por parte de Capresoca en los centros de atención de urgencias y hospitalización más cercanos al resguardo.	Comunidades indígenas		Alto
11		11.4	Inequidades en salud en los tres pueblos (indígenas, Rrom y negros) en comparación con la población general, que evidencian carencias y desigualdades en el acceso efectivo a los servicios de salud		La atencion en salud no es diferencial para la poblacion vulnerable y con reconocimiento étnico propio en el primer nivel de atención que presta la red pública hospitalaria de los municipios categoría 4, 5 y 6; ocasionando barreras culturales para la garantía del derechoa a la salud.	Indígenas, Rrom y negros		Medio
11		11.5	Pérdida de identidad cultural en comunidades indígenas por fenómenos globales, vinculadas a factores como lo son: económicos, ambientales, escolares y sociales.		Comunidades indígenas con inseguridad alimentaria (desnutrición infantil) y problemas de salud mental (violencia de género e intrafamiliar, violencia sexual, consumo de SPA) y pérdida de identidad cultural.	Comunidades indígenas (R.I. Caño mochuelo y núcleo indígena de Orocué)		Bajo
11		11.6	Ausencia de servicios públicos de primera necesidad como agua potable, electricidad, conectividad y vías de acceso terrestres en los resguardos		Presencia de enfermedades transmisibles (malaria, chagas, IRA, EDA, tuberculosis) en población vulnerable (infancia, gestantes y adulto mayor)	Niños y niñas, gestantes, adulto mayor pertenecientes a población indígena		Alto
11		11.7	Presencia de actores armados y conflicto con terratenientes por acceso a recursos		Comunidades indígenas desplazadas de sus territorios	Comunidades indígenas (R.I. Chaparral barronegro, R.I. Caño mochuelo y núcleo indígena de Orocué)		Medio
12	*Aumento de **lesionados** y de la mortalidad **por accidentes de tránsito**, especialmente en hombres.*	12.1	Falta de percepción del riesgo de la comunidad y autocuidado en la adherencia a recomendaciones y estrategias de prevención de accidentes de tránsito (problema cultural)	3.2	Aumento de lesionados y muertes por accidentes de tránsito, especialmente en motocicletas manejadas por hombres que no cuenta con elementos de protección reglamentarios, tecnicomecanica y SOAT.	Juventud y Adultez	**11**	Alto
12		12.2	Débil capacidad operativa de la autoridad territorial de tránsito por falta de personal que promueva el cumplimiento del código de tránsito, se reglamente el uso obligatorio del casco y equipo reglamentario a la población para conducir. Existe un componente cultural de las instituciones por no promover las campañas de educación e información al ciudadano.		No hay suficiente despliegue de medidas control en zonas altamente congestionadas en horas pico y para el desarrollo de estrategias de prevención de accidentes, y promoción de prácticas de conducción adecuadas. En general, estrategias de sensibilización y educación a la comunidad	Juventud y Adultez		Medio
12		12.3	No hay una adecuada planeación de la señalización vial en los cascos urbanos, semaforización y aprovechamiento del espacio público para las zonas de parqueo de vehiculos.		Alto caos vehicular y aumento de factores de riesgo de accidentalidad, y trastornos mentales (estrés y ansiedad).	Juventud y Adultez		Bajo

No.	1.1 Núcleo inequidad	Ítem	1.2 Problemas priorizados	Calificación	1.3 Efectos en salud	1.4 Población afectada / Enfermedades	2. Aporte priorización	2.1 Priorización por ítem
		12.4	Baja capacidad del sistema de transporte público que opera en el sector urbano de los cascos urbanos de los municipios		Alto flujo vehicular transitando lo que aumenta la probabilidad de accidentes y congestión vial.	Juventud y Adultez		Bajo
12		12.5	Escaso mantenimiento de la infraestructura vial (primaria, secundaria y terciaria), principalmente en los cascos urbanos de los municipios y centros poblados cercanos.		Mayor riesgo de accidentalidad vial	Población del área urbana, rural y rural dispersa		Alto

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de priorización de problemáticas y/o necesidades en salud identificadas.

10 CAPÍTULO VI: Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

Producto de la estructuración de los núcleos de inequidad sociosanitarios en el territorio, se generan las propuestas de acción o respuesta desde el sector salud a partir de las intervenciones de los involucrados en los talleres participativos; las cuales se condensaron en el formato de priorización de iniciativas.

Tabla 154 Propuestas de intervención o respuesta y recomendaciones

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.	*Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública*	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	9	Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud	Fortalecimiento del talento humano que realiza el proceso de auditoría tanto en número como en sus capacidades. Modernización tecnológica y sistematización del proceso de auditoría de cuentas médicas en la entidad territorial del orden departamental que mejore la oportunidad de la información y el seguimiento a planes de mejoramiento instaurados para la realización de los análisis y toma de decisiones que impacten de manera positiva en la prestación de los servicios de salud y en la reducción de glosas.	Entidad territorial del orden departamental, IPS	IPS	Los prestadores de los servicios de salud debido a que operan en un complejo modelo de mercado abierto de servicios deben tener sistemas que les permitan el cobro a los responsables del pago, evitando pérdidas económicas derivadas de las objeciones al pago y la falta de concordancia entre los servicios facturados y los cobrados. Para esto deben estar en permanente mejoramiento de sus procesos de facturación.
					7	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	Priorizar la asignación de recursos propios y otras fuentes de inversión y funcionamiento para el fortalecimiento de la capacidad institucional de la entidad territorial en términos de infraestructura, ampliación del personal de planta provisional o creación de cargos de carrera administrativa, fortalecimiento de las capacidades del talento humano, dotación de equipos tecnológicos y actualización de sistemas de información para mejorar la eficiencia en la operatividad y prestación de servicios de interés en salud pública para el mejoramiento de procesos internos esenciales para el cumplimiento de la misionalidad de la entidad. Trabajo intersectorial entre el sector gubernamental de planeación y salud para llevar a cabo la planeación integral para la salud en el territorio, su implementación, seguimiento y evaluación en los tiempos acordados por la ley.	Ministerio de salud y protección social, Entidad territorial del orden departamental	Gobernantes locales (alcaldes y Gobernadores), Asambleas y Consejos	Es importante que la entidad territorial del orden departamental propicie a los municipios no solo la generación de escenarios de capacitación y fortalecimiento técnico, asociados a procesos de seguimiento; sino además, brindar apoyo técnico para la asesoría en la construcción del Plan Territorial de Salud - PTS / Análisis de Situación de Salud, y operativo con ocasión de la subsidiaridad y concurrencia dadas las responsabilidades a la luz de la normatividad vigente para dar respuesta a las problemáticas más apremiantes en materia de salud pública. Para desarrollar este tipo de apoyos institucionales, se requiere de la voluntad política a nivel local para gestionar recursos, priorizar el gasto público, realizar control frente al uso de estos y dar viabilidad a proyectos de inversión que respondan a las necesidades más urgentes.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Sistema único público de información en salud.				9	Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud	Implementar una estrategia de generación de conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial y el análisis de situación de salud en el marco del fortalecimiento de Observatorio en salud de Casanare. Se requiere poner en funcionamiento el observatorio de salud de Casanare, siendo la vigilancia epidemiológica uno de los componentes clave del sistema de información en salud.	Entidad territorial del orden departamental	DANE, Medicina Legal	Fortalecer y mantener operando el sistema de gestión de estadísticas vitales en el Departamento de Casanare anualmente
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	7	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.	Trabajo intersectorial entre el sector gubernamental de planeación y salud para desarrollar el componente estratégico en materia de la planeación integral en salud que permita realizar un ejercicio juicioso y concienzudo de la priorización de necesidades reales en el territorio que sea factible de intervención y viable políticamente; con el propósito de impactar positivamente los determinantes sociales de salud más apremiantes en el territorio en cumplimiento a la adopción, adaptación e implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), según la reglamentación y las competencias asignadas..	Entidades territoriales del orden departamental y municipal	Otras instancias gubernamentales como planeación	La planeación integral para la salud se debe realizar en conjunto con plaenación y sector salud de forma sincrónica y vinculante, donde los analistas en salud, los tomadores de decisiones y ordenadores del gasto público prioricen las necesidades en salud y formulen las políticas, programas y estrategias que den respuesta a las realidades del territorio.
					8	Riesgo en la garantía del aseguramiento y en la prestacion de servicios de salud a población migrante por la EPS pública en el departamento.	Lograr un equilibrio operacional y saneamiento de pasivos totales en el régimen subsidiado por atención de población pobre no asegurada y/o población migrante a cargo del asegurado Capresoca EPS, a través de estrategias como: establecer mejores acuerdos de contratación de servicios básicos y complementarios, mejorar la facturación de los servicios prestados y disminuir la oportunidad en los pagos.	Ministerio de Salud y Protección Social, Supersalud, Ente territorial del orden departamental, Red pública hospitalaria, EPS Capresoca	Otras instancias gubernamentales del orden nacional y departamental: Contraloría, Defensoría del pueblo	El fenómeno migratorio ha generado una demanda creciente por servicios de salud, educación y otros servicios públicos, cuyos costos han recaído principalmente sobre las finanzas públicas. La red pública hospitalaria del departamento ha asumido el costo en la atención de esta grupo de población sin un adecuado reconocimiento por el asegurador; es fundamental que se garanticen los recursos para el pago de estos servicios desde el orden nacional y departamental como la auditoría a la EPS por la demora en el pago a la red pública hospitalaria por los organos de control.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
					9	Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud	Identificación de los actores estratégicos y de las reglas y procedimientos formales e informales que se establezcan a nivel nacional para procesos de toma de decisiones responsables, transparentes, efectivas y eficientes, que permita establecer un arreglo institución que adopte y ejecute un modelo de atención integral e integrado bajo la estrategia de APS, mecanismos de control y rendición de cuentas, incentivos y normas informales que incidan en las decisiones en salud pública.	Ministerio de salud y protección social, Entidades territoriales del orden departamental y municipal	Gobernación de Casanare	Fortalecer y mantener operando el sistema de gestión de estadísticas vitales en el Departamento de Casanare anualmente
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				9	Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud	Fortalecimiento de la capacidad de la entidad territorial en términos de mayor financiación, aumento del personal de planta idóneo para desempeñar las actividades misionales y mejoramiento de la infraestructura y actualización tecnológica.	Entidad territorial del orden departamental	Otras instancias gubernamentales del orden nacional y departamental	Las directrices de reforma para la modernización del Estado encaminadas a la disminución de los costos laborales, lo que desencadenó un descenso en calidad y cantidad del recurso humano idóneo en salud pública, tanto a nivel estratégico como operativo. De manera que es fundamental establecer mecanismos de gobernanza efectivos que mejoren la capacidad institucional y su credibilidad ante la sociedad; las cuales deben estar orientadas específicamente en aumentar recursos y mejorar la cooperación entre actores si se quiere lograr desarrollo y resultados positivos en salud.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	11	Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio	Garantizar el acceso a los servicios de salud de manera intercultural, a través de la integración del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud con la IPS indígena del departamento. Incorporar en el Planes territoriales de salud - PTS acciones y actores específicos que fortalezcan y reconozcan la medicina ancestral como componente esencial en el desarrollo del sistema indígena de salud diferencial propio e intercultural con los pueblos indígenas.	Entidad territorial del orden departamental, red pública hospitalaria, EAPB, IPSI Caño mochuelo	Otras instancias gubernamentales: Educación, Cultura, Deporte, IDRD, ICBF, Prosperidad social, Defensoría del pueblo, gobernadores indígenas, ORIC-ONIC	Garantizar su derecho fundamental a la salud desde el reconocimiento y protección constitucional a la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas, negras y Rrom para garantizar su legitimación política como pueblos, el mandato constitucional incuestionable del principio de pluralismo jurídico que acoge el Derecho Propio de los pueblos étnicos en el marco jurídico nacional. Articular acciones con Defensoría del pueblo, ICBF y autoridades indígenas para garantizar la atención integral en salud a población vulnerable (infancia, gestantes y adulto mayor) para complementar y concurrir las intervenciones de manera efectiva en los posibles beneficiarios identificados.
					9	Débil rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para ejercer su función de Inspección, Vigilancia y Control en los actores del sistema de salud	Establecer un arreglo institución que adopte y ejecute un modelo de atención integral e integrado bajo la estrategia de APS más efectivo a través de la normatividad vigente, mecanismos de control y rendición de cuentas, incentivos y normas informales que incidan en las decisiones en salud pública.	Ministerio de salud y protección social, Entidades territoriales del orden departamental y	Otras instancias gubernamentales de sectores como Gobierno, Planeación, Hacienda,	Establecer cooperación y articulación interinstitucional esenciales para el desarrollo de la salud pública, sin embargo, se han dado pocas experiencias puntuales y de corto plazo.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
								municipal, EAPB, IPS, Supersalud, Asociaciones de usuarios	Educación e Infraestructura	
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	*Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condicion y/o situación.*	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	3	Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento	Conformar y fortalecer los Equipos Basicos en Salud (EBS) en áreas rurales de difícil acceso para atención efectiva y seguimiento de pacientes crónicos a través de jornadas de salud bajo el modelo de APS, articulado con intervenciones colectivas en el marco de los PIC departamentales y municipales que permita la complementariedad y concurrencia de acciones de promoción y prevención en el área urbana y rural.	ET, EAPB e IPS de la red pública hospitalaria	Secretaria de Planeación departamental	Articular las acciones individuales y colectivas priorizadas por el PIC y las intervenciones extramurales priorizadas a partir de la conformación y puesta en marcha de los EBS bajo el modelo de APS con el fin de impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados esperados en el marco del PTS
					10	Barreras en el acceso efectivo de la atención integral en salud de la Población con Dependencia económica	Fortalecer el modelo de APS con equipos interdisciplinarios de salud para que lleguen a estas poblaciones y conozcan sus derechos como usuarios, se haga efectivo su derecho a la salud y reciban atención primaria (salud oral, desarrollo y crecimiento, nutrición, fonoaudiología, optometría, medicamentos, pañales, entre otros) y campañas de sensibilización e información y educación para la salud (autocuidado y prevención primaria).	Entidad territorial departamental y municipales, EAPB, IPS	Otras instancias gubernamentales: Educación, Cultura, Deporte, IDRD, ICBF, Prosperidad social	Concurrencia de otros programas sectoriales e intersectoriales en los microterritorios, la oferta de servicios provenientes de educación, ICBF, prosperidad social, cultura, deporte, apoyo psicosocial, entre otros, que permita focalizar las intervenciones con los Equipos Basicos de Salud. Todas las estrategias de Información, Educación y Comunicación deben ser focalizadas a grupos poblacionales que se identifiquen de mayor riesgo y/o con mayor adherencia para el cambio conductual y replicabilidad.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas Intersectoriales y transectori ales.	7	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.	Fortalecer la capacidad institucional del ente departamental con la integración de recursos a partir de la voluntad política del gobernador y la asamblea departamental y el apoyo de las secretarías de hacienda y de planeación; para facilitar la articulación y cooperación entre actores nacionales y subnacionales (departamento) que permita generar mecanismos de gobernanza más efectivos y desarrollar un enfoque de Gobernanza Compartida en Salud, que implica que múltiples actores, públicos y privados, trabajen conjuntamente para producir condiciones que den a toda la población la capacidad de ser saludable. El camino para lograrlo, en parte, es con la implementación efectiva de las políticas públicas en salud adaptadas al territorio; garantizando su factibilidad y viabilidad política con el apoyo articulado de los demás sectores gubernamentales implicados en su éxito.	Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Entidad territorial del orden departamental	Gobernador, Asamblea departamental	Existen escenarios de participación intersectorial para la planeación territorial en salud y la intervención complementaria y concurrente de los determinantes sociales de acuerdo con la normatividad nacional vigente, sin embargo, las acciones son limitadas a las responsabilidades misionales de cada integrante y son motivadas por el cumplimiento de la norma. Es necesario fortalecer las funciones vinculantes de la autoridad sanitaria territorial para aumentar la efectividad de políticas integrales.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	11	Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio	Establecer una ruta de atención integral diferencial para esto tres pueblos étnicos presentes en el territorio en el primer nivel de atención de la red pública hospitalaria; con respeto de su sistema cultural y ancestral para el cuidado de la salud.	Entidad territorial del orden departamental, EAPB, red pública hospitalaria	Prosperidad social. Otras instancias gubernamentales: planeación, educación, cultura, agricultura, infraestructura; ONIC-ORIC	El enfoque diferencial étnico busca reconocer los procesos interculturales que ya quedaron definidos en la Ley Estatutaria de Salud. Para ello se requiere la concertación de actores territoriales para la planificación territorial con enfoque diferencial étnico en pro de formular, integrar y armonizar el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2022-2031 con las diferentes acciones de salud que se desarrollan en los pueblos y comunidades étnicas.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	11	Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio	Implementación de sistema de atención integral en salud a través de los CAPS rurales, EBS e intervenciones PIC departamental a través de la integración del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) teniendo en cuenta las diferentes formas de conceptualizar los problemas para cada comunidad con el fin de organizar los servicios de atención.	Entidad territorial del orden departamental, Capresoca, IPSI Caño mochuelo, red pública hospitalaria, ICBF	Ministerio del interior, ANT, SAE, Gobernación de Casanare, sectores: Agricultura, planeación, obras e infraestructura, ONIC - ORIC	Recobrar la seguridad alimentaria a través del desarrollo de estrategias educativas y de formación técnica con el SENA para el fomento de unidades productivas agrícolas en familias certificadas que permitan recuperar costumbres ancestrales, prácticas resilientes frente al cambio climático y garantizar el autoabastecimiento (conucos autosostenibles). Además, de fortalecer el sistema educativo intercultural con la construcción de Centros de Desarrollo Infantil (CDI), malocas y mejoramiento de infraestructura de escuelas y colegios que se encuentran ubicados en los resguardos. El gobierno nacional debe garantizar la tenencia comunitaria de la tierra de los pueblos indígenas y generar mecanismos que permitan la formalización de territorios colectivos sin reconocimiento del Estado; además, de garantizar la adecuación de terrenos para garantizar la soberanía alimentaria de los pueblos indígenas y su supervivencia. Es fundamental canalizar proyectos productivos para la construcción de una vocación agrícola sostenible.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	*Eje 3. Determinantes sociales de la salud*	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Fortalecer intervenciones colectivas dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida para la promoción de la salud y la gestión del riesgo colectivo a través del saneamiento del medio, adecuada disposición de residuos sólidos y segregación final en la fuente teniendo en cuenta la estrategia de entornos saludables y la estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS).	Entidades territoriales del orden departamental y municipal, CONASA-COTSA	CONASA, Gobierno, Planeación, sector productivo, Unidades de Gestión del Riesgo, organizaciones ambientales, Corporinoquia	Implementar política para la gestión integral de residuos sólidos (inservibles y chatarra) en rellenos sanitarios con adecuados manejos ambientales, tratamiento y disposición final de aguas residuales (aguas negras y grises), programas de reciclaje y economía circular en el departamento a través de la gestión intersectorial y transectorial del gobierno nacional y local, el sector productivo y la sociedad civil con incentivos propios en el marco del Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Regional (PGIRS). Adaptación de políticas públicas de viviendas sostenibles con sistemas de uso eficiente del agua y aprovechamiento del agua lluvia, cocinas a gas y materiales adaptados a altas temperaturas y humedad.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la vida, salud y la equidad en salud.	5	Aumento de la morbimortalidad prematura por Enfermedades Cronicas no Transmisibles (ECNT)	Establecer estrategias de promoción de la salud enfocadas en una adecuada alimentación (baja en sodio y azúcar), actividad física, limitar el consumo excesivo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas) y estrategias de prevención primaria y secundaria de la enfermedad a través de la sensibilización, detección, cribado y el tratamiento oportuno en población joven (sobrepeso y obesidad, hipertensión, hiperglicenia y hiperlipidemia) en población a riesgo o más afectada a través del curso de vida (juventud adulto y adulto mayor).	Entidad territorial del orden departamental, EAPB y red prestadora de servicios	Sector productivo, gobierno, educación	Más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años (OMS). Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ECNT pueden realizarse mediante un enfoque de atención primaria de la salud a fin de reforzar la detección temprana y el tratamiento oportuno; para ello es importante la implementación de políticas públicas de salud que opere en distintos niveles y disntitos sectores para el despliegue de estrategias del cuidado de la salud con hábitos adecuados, actividad física y disminución de estres producto del trabajo u otras actividades.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	11	Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio	Identificación y certificación de víctimas del conflicto armado como sujetos de reparación colectiva, e implementación efectiva y ampliación de la cobertura del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, en cumplimiento de las directrices del programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado –PAPSIVI. Mejorar la articulación de los actores institucionales en la implementación del programa PAPSIVI para evitar retrasos en el pago de los profesionales de la salud. Garantizar un servicio humanizado por los profesionales de la salud que atiende población víctima, con servicio de vocación.	Entidad territorial departamental y municipales, EAPB, IPS	Prosperidad social. Otras instancias gubernamentales: IDRD, Cultura, Educación; sector productivo; organizaciones sin ánimo de lucro y de la sociedad civil	Las intervenciones psicosociales y de salud integral deben estar acompañadas de estrategias para el mejoramiento de las condiciones de vida y mecanismos de protección y seguridad hacia la población. Es fundamental reconocer que los mecanismos de afrontamiento sugeridos en las intervenciones psicosociales están relacionados con la construcción y fomento de la resiliencia, el componente intrapsíquico, el desarrollo de habilidades individuales y colectivas a partir de la autonomía; la reconstrucción de la identidad, generación de ambientes familiares y escolares favorables y medidas de rehabilitación como las establecidas en el Programa de Atención Psicosocial y de Salud Integral a Victimas-PAPSIVI, sin perder de vista la necesidad de incluir de manera transversal el enfoque diferencial. Es necesario que el Estado fortalezca el pie de fuerza en zonas rurales con ayuda de la fuerza pública.
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.	6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Fortalecer el ejercicio de las funciones ambientales en las comunidades locales conforme a su sistema de conocimiento tradicional para mitigación de los riesgos para la salud presentes en su entorno	Entidades territoriales del orden departamental y municipal, CONSA-COTSA; otras instancias gubernamentales en agricultura y medio ambiente, gobierno, educación	CONASA, Gobierno, Planeación, sector productivo, Unidades de Gestión del Riesgo, organizaciones ambientales, Corporinoquia	Fomentar políticas de sostenibilidad ambiental (educación ambiental) en el marco de los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA) cuyo objetivo principal es coordinar la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental – PISA que tiene como objetivo consolidar e innovar la acción del Estado hacia el desarrollo sostenible desde la salud ambiental; por medio de acciones en el uso eficiente del recurso hídrico, prevención de riesgos y desastres por inundaciones y sequías en el marco del cumplimiento de los ODS (1, 2, 3, 6, 7, 12, 13, 15, 17) a través de la articulación de actores gubernamentales y privados.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIISS.	*Eje 4. Atención Primaria en Salud*	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	1	Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud	Implementar programas enfocados en la atención primaria en salud, especialmente en el área rural y urbana, bajo el modelo de APS y la armonización del modelo preventivo y predictivo de salud.	Entidad territorial del orden departamental, EAPB y red pública prestadora de servicios de salud	Ministerio de Salud y Protección Social, Gobernación de Casanare	Sostenibilidad de la red pública hospitalaria buscando el equilibrio presupuestal a través de adecuadas modalidades de contratación con aseguradoras, saneamiento de pasivos, facturación de los servicios prestados a población pobre no asegurada y a afiliados en general del régimen subsidiado y; en general, fortalecer el recaudo de cuentas pendientes por pagar por las aseguradoras, especialmente con Capresoca.
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIISS.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.	1	Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud	Priorizar el fortalecimiento de la red pública hospitalaria mediante la implementación de lo dispuesto en el documento red con la adaptación de las tres sub redes y organización de las cuatro zonas de salud; implementando los CAPS y servicios de mediana complejidad en las instituciones de salud de referencia para cada zona (sur, centro, norte) con el fin de garantizar la integridad de los servicios de salud respondiendo de manera oportuna a las necesidades y condiciones particulares de la población. En el caso de Red Salud Casanare ESE garantizar la sostenibilidad financiera y solucionar de fondo los problemas administrativos que repercuten en la garantía de la prestación integral de servicios de salud de primer nivel con servicios complementarios que ofertan en las 16 sedes; se sugiere su descentralización para su administración por el municipio.	Ministerio de Salud y Protección Social, Gobernación de Casanare, Entidad territorial del orden departamental, ESE's	Entidad territorial del orden departamental y municipal	Fortalecer estrategias de promoción y prevención primaria de la enfermedad, detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa a través de la gestión del riesgo a nivel individual, familiar y comunitario de los Equipos Básicos de Salud asignados en los microterritorios previamente identificados (zonas de alto riesgo). Es importante que estos microterritorios se estructuren con base a la tipología definida en el lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, y a los perfiles demográficos y epidemiológicos, contexto territorial y necesidades básicas insatisfechas de la población en cada municipio.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	3	Ineficiente cobertura de servicios de salud primarios en área rural y rural dispersa del departamento	Realizar brigadas médico-quirúrgicas con médicos especialistas y operación permanente de equipos básicos de salud en articulación con EAPB, IPS, defensoría del pueblo, JAC de veredas y comunidad general interesada con presencia en el municipio para facilitar el acceso de estos servicios a comunidades más alejadas y con necesidades sentidas en salud. Implementar los CAPS en centros poblados y área rural de acuerdo con la organización del documento red, para desarrollar el modelo predictivo y preventivo en el territorio.	ET, EAPB e IPS de la red pública hospitalaria	Prosperidad social a nivel departamental, JAC de veredas a nivel municipal; ANI, Gobierno, infraestructura y tránsito a nivel nacional, departamental y municipal.	Realizar este tipo de brigadas en microterritorios apartados en donde la población no tenga posibilidad de desplazarse a centros de salud con oferta de especialidades médicas básicas por las dificultades en el acceso terrestre. Implementar estrategias de telemedicina con especialistas en población que tenga dificultades en el desplazamiento por vivir en zonas dispersas de difícil acceso, especialmente por época de lluvias. Mayor inversión en el mantenimiento de vías primarias, secundarias y terciarias claves en el departamento.
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	1	Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud	Mejorar las condiciones de prestacion de servicio en los centros de salud (primer nivel de atención) buscando fortalecer la la capacidad de atención (infraestructura, planta de personal de salud, insumos y equipos biomédicos) para la atención adecuada y oportuna de urgencias, disminuyendo el traslado de pacientes. Además, de la compra de ambulancias TAB para cada centro de salud y aumento de camas para la atención pre y hospitalaria en el HORO, ESE Salud Yopal y IPS privadas con servicio de urgencias y UCI, evitando demoras en la referencia y aceptación del paciente; con supervisión constante del CRUE fortalecido para coordinar y regular el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre. Creación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en la ciudad de Yopal con enfoque en la intervención de los determinantes sociales de la salud.	Entidad territorial del orden departamental, ESE's	Gobernación de Casanare	El mayor número de prestadores se encuentran en el régimen privado, y sólo un prestador privado cuenta con servicios de urgencias. Por esta razón, es necesario fortalecer la red pública hospitalaria que tiene a cargo la atención de la mayor parte de la población que se encuentra en zonas distantes y en donde hay una alta proporción de población afiliada al régimen subsidiado. Fortalecer la adecuada operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud tanto en el componente de intervenciones individuales y colectivas.
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con	1	Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para	Fortalecer el portafolio de servicios básicos en los centros de salud catalogados cabeza de subred con servicios de consulta externa con especialidades médicas, medicinas alternativas, internación, quirúrgicos,	Ministerio de Salud y Protección social, Entidad territorial	Gobernación de Casanare, red prestadora de servicios de salud, Unitropico,	A nivel departamental, fortalecer la universidad pública para ampliar la oferta académica en áreas de ciencias de la salud a nivel de pregrado y posgrado a través de alianzas estratégicas con otras universidades líderes en la formación educativa, especialmente para pregrados de medicina que permita suplir las necesidades de talento humano escaso

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
	Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS			calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.		garantizar el acceso a los servicios de salud	atención domiciliaria y otros servicios. Adecuación del hospital universitario que oferte servicios de mediana y alta complejidad con especialidades inexistentes en el territorio (HORO), enmarcado en el plan de gobierno de la actual administración departamental y en cumplimiento del documento red para la reorganización de los servicios de salud. Además, implementar la estrategia de telemedicina para consulta con especialistas que amplie la cobertura a población del área rural dispersa en los primeros niveles de atención (Tipo AI, BI y BII).	del orden departamental	Ministerio de Salud y Protección Social	en la región; además, de incorporar incentivos como el programa de becas, garantías laborales y ampliar la oferta laboral mediante alianzas público-privadas para que no migren a otras regiones.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	*Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias*	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	4	Aumento de población con enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes	Priorización de los Equipos Territoriales de Salud (ETS) en microterritorios con características y circunstancias de vulnerabilidad ambiental y socioeconómicas altas para intervenir permanente, sistemática e integrada a la población a riesgo a través de acciones individuales y colectivas dirigidas a la familia y población; orientadas a la caracterización familiar, análisis de la situación de salud y despliegue de acciones de promoción (estrategias de IEC en autocuidado, uso de barreras protectoras, saneamiento del medio, retomar la estrategia COMBI), prevención y atención primaria en salud. Articular acciones de prevención y control de los vectores y zoonosis en la oferta institucional (planes de inspección sanitaria, PIC) de las entidades territoriales para priorizar y complementar acciones en zonas tipificadas de alto riesgo del área urbana y rural de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de cada evento. Fortalecer la estrategia de vigilancia basada en la comunidad para detección y la notificación sistemática por parte de los miembros de una comunidad de los hechos importantes para la salud pública que sucedan en esta.	Entidades territoriales del orden departamental y municipal, ESE a cargo de los microterritorios	Otras instancias gubernamentales del orden departamental y municipal (planeación, educación), red pública hospitalaria - ESE's, Vivienda	Priorizar los microterritorios a intervenir en zonas rurales, urbanas y poblacionales o grupos sociales a riesgo o con condiciones sociodemográficas de vulnerabilidad, donde se cuente con poca o ninguna presencia institucional, articulando acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con la estrategia de APS liderada en los municipios. Articularse con infraestructura, planeación y vivienda que permitan impulsar planes de vivienda resilientes al cambio climático, adaptadas al territorio para mitigar factores de riesgo ambiental que favorecen la proliferación de vectores.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud				6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Fortalecimiento de acciones de Inspección, Vigilancia y Control en institucionas prestadoras de servicios de salud, a nivel empresarial y de las plantas de tratamiento de agua potable en el cumplimiento de la normatividad sanitaria para la adecuada disposición de residuos hospitalarios, seguridad y salud en el trabajo y calidad del agua para consumo humano, entre otros aspectos sujetos a vigilancia y seguimiento.	Entidad territorial departamental	Ministerio de Amebiente y Desarrollo sostenible, Ministerio de Transporte, Ministerio de Minas y Energía, Acuatodos, empresas administradoras de servicios públicos, Gobierno, Ambiente, Coporinoquia	Adopción y formulación de políticas públicas y aplicación de la legislación de salud pública ambiental que se encuentran vigentes, para reducir riesgos en sobre la salud ambiental de manera equitativa en toda la población; especialmente, en materia de mitigación de la contaminación de los acuíferos, del aire en las ciudades y mal uso del suelo. La participación de la sociedad civil y las comunidades en la formulación de políticas y medidas sobre los determinantes ambientales de la salud es fundamental, ya que permite promover y apoyar las medidas del gobierno para incluir a todas las partes interesadas.
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.			Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Institucionalización de un plan departamental de manejo de emergencias de salud y elaboración y ejecución del plan de preparación y respuesta ante múltiples amenazas para la salud con equipos multidisciplinarios de respuesta de salud articulados con la Unidad de Gestión del Riesgo departamental y municipal.	Entidad territorial departamental, Red pública hospitalaria	Ministerio de transporte, ANLA, Transporte, Unidad de Gestión del riesgo departamental y municipal, Curz Roja, Defensoría del pueblo	Mentenimiento y mejoramiento de vías terciarias, en general, malla vial del departamento con apoyo del sector productivo (hidrocarburos, transporte, agrícola y ganadero) que hace usos necesarios de estas y son fundamentales para el desarrollo del sector rural y centros poblados.
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública				6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Establecer ruta de atención infantil integral a la desnutrición aguda en niños menores de 5 años y ruta de atención en enfermedades infecciosas endémicas de la región relacionadas con la intervención antrópica del ecosistema y desplazamiento forzado de la fauna silvestre a zonas urbanas (enfermedad de Chagas, arbovirosis, fiebre amarilla, rabia),	Entidades departamentales y municipales, EAPB y red prestadora de servicios de salud	Obras, Planeación, Vivienda, Desarrollo y Agricultura	Es importante la formación de padres y madres (cuidadores) en la adecuada manipulación, conservación y preparación de alimentos que tienen a su alcance, especialmente en zona rural y rural dispersa para prevenir enfermedades transmisibles (Chagas oral, EDA). Además, de fomentar la lactancia materna para disminuir el riesgo de desnutrición en la primera infancia y aunar esfuerzos para el mejoramiento en acceso a agua potable y saneamiento básico en el área rural y rural dispersa. Estrategias que se pueden desarrollar con los Equipos Territoriales de Salud asignados a los microterritorios.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender el impacto del cambio climático en la salud pública.	6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Garantizar el acceso efectivo a los servicios de atención en salud en el primer nivel de atención a población rural, estableciendo mecanismos de referencia y contrarreferencia vigentes; su proceso de rehabilitación, eliminando barreras de tipo culturales en grupos étnicos a través de estrategias que contemplen conocimientos y creencias de la medicina ancestral de estos grupos.	Entidades territoriales del orden departamental y municipal, ESE's	ONG's, OIM, Servicios públicos, Gobierno y Agricultura	La población desplazada por la violencia que no se encuentre afiliada a ningún régimen, tiene derecho a la prestación de los servicios de salud en las instituciones prestadoras públicas que defina la entidad territorial receptora. Es por ello fundamental garantizar la prestación del servicio de salud a la población desplazada sin discriminación y accesibilidad. A nivel ambiental es importante que se vigile la implementación de programas de saneamiento básico en la industria agropecuaria en cumplimiento de la normatividad vigente, se establezcan mecanismos políticos administrativos para que se garantice el funcionamiento adecuado y sostenible de las Plantas de Tratamiento de Agua Potable (PTAR) en el área rural con el empoderamiento de las comunidades, especialmente en zonas en ausencia de agua potable y los resguardos indígenas. En zonas de difícil acceso y gobernabilidad, se sugiere utilizar estrategias costo-efectivas que permita el acceso a agua potable (filtros).
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	*Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria*	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios de los pueblos y comunidades.	7	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.	Determinar las reglas formales que rigen los procesos de toma de decisiones entre los distintos actores del sector bajo el liderazgo de la autoridad rectora descentralizada; y estalecer reglas "informales" que sirvan como puente para la articulación de acciones intersectoriales en los casos cuando no haya claridad para la operativización de las acciones en salud pública; permitiendo establecer mecanismos sostenibles de fortalecimiento institucional para dar respuesta a los requerimientos del orden nacional.	Entidad territorial del orden departamental y municipal, EAPB y red pública prestadora de servicios	Otras instancias gubernamentales como planeación, hacienda, EAPB, IPS	La secretaría de hacienda debe realizar mesas de trabajo o generar espacios intersectoriales con el sector salud y otras instancias del gobierno departamental para ayudar en la construcción participativa del ASIS y el componente estratégico del Plan Territorial de Salud; que permita priorizar las necesidades en salud y concertar intervenciones a nivel poblacional y colectivo que impacten positivamente los determinantes sociales determinados a partiri del diangóstico realizado.
Integridad del Sector Salud				Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública.	7	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.	Fortalecimiento de las capacidades y de la planta del talento humano en salud de la entidad territorial para el mejoramiento de procesos internos, preservar la memoria histórica de la institución y optimizar los recursos disponibles que permitan cumplir con la misión en cumplimiento de la normatividad vigente.	Entidades territoriales del orden departamental y municipal	Otras instancias gubernamentales como planeación y gobierno	Concurrir esfuerzos entre diferentes secretarias para comprender los dispositivos formales del nivel nacional para su adecuada implementación, armonizando las responsabilidades de cada sector para una adecuada planeación integral que mire los resultados en salud como objetivos de resultado comunes.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Soberanía Sanitaria			Soberanía sanitaria fortalecidacon tecnologías estratégicas en salud-TES.	6	Aumento de enfermedades relacionadas con el cambio climático y problemas medioambientales	Fortalecer e intensificar estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional en los entorno hogar, educativo y comunitario; fortalecer la IVC en establecimientos para el expendio y almacenamiento de carnes y otros alimentes perecederos; y dar cumplimiento a la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional que promuevan seguridad alimentaria como condición en la cual todas las personas disponen, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad, calidad y culturalmente aceptables para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles su desarrollo humano.	Entidad territorial del orden departamental	Sector productivo, Unidades de gestión del riesgo, Gobierno, Agricultura, Corporinoquía	Promover inversiones específicas y una financiación adecuada para las infraestructuras hídricas y los sistemas de riego para gestionar los riesgos de sequía antes de que se conviertan en crisis cada vez más recurrentes por la variabilidad climática (fenómeno del niño y la niña). Promover desde el sector público-privado proyectos productivos que impulsen la economía campesina mediante huertas comunitarias, incentivos para adecuado uso del suelo y fiscalización (impuestos) de latifundios no productivos; acompañado de acciones intersectoriales en materia de diversificación agrícola, tenencia de tierra, potabilidad y uso racional del agua a nivel comunitario, educación en hábitos alimenticios, impulsar la cultura en el cuidado del medio ambiente y prácticas ancestrales para agricultura comunitaria.
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	*Eje 7. Personal de salud*	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública.	2	Aumento de condiciones para el desarrollo de pataologias en salud mental en población vulnerable, especialmente en niños, jóvenes y adultos mayores	Fortalecer servicios de salud orientados a mejorar la salud mental en modalidad intramural, extramural, ambultatorio y hospitalario en la red pública hospitalaria y con la complementariedad con la oferta privada, a través de los EBS. Propiciar la construccion de un centro de atención en salud mental con un amplio portafolio de servicios que permita la atención inmediata de pacientes con adicciones, desintoxicación, rehabilitación y resocialización; en sintonia con lo propuesto en el programa de gobierno de la actual administración departamental.	Ministerio de Salud y Protección Social. Entidad territorial del orden departamental, ESE's	Gobernación de Casanare, arreglo público-privado	Fortalecer los mecanismos de vigilancia y denuncia de venta de sustancias psicoactivas en los entornos comunitarios y educativos a través de la articulación de la comunidad (JAC, Veedores, líderes), instituciones policivas (Policía, Fiscalía, DIJIN), Defensoría del pueblo y organizaciones sin ánimo de lucro que protejan y defiendan los derechos humanos; especialmente prevengan la vulneración de los derechos en sujetos de especial protección, propiciando entornos saludables y seguros.
					10	Barreras en el acceso efectivo de la atención integral en salud de la Población con Dependencia económica	Establecer una ruta de atención integral para promoción y mantenimiento de la salud de población en condición de discapacidad y adulto mayor que busque dinamizar acciones en salud con el fin de dar respuesta efectiva a esta población, mediante la promoción de la inclusión social, hacia una cultura que promocione, reconozca y garantice o restituya sus derechos y que promocione, reconozca y garantice los deberes de las personas con discapacidad / adulto mayor y sus familias - cuidadores - . Las intervenciones en salud deben estar orientadas de acuerdo con los momentos del curso de vida, grupos de riesgo y	Ministerio de salud y protección social, Entidades territoriales del orden departamental y municipal, EAPB, IPS, Supersalud, Asociaciones de usuarios,	Otras instancias gubernamentales: IDRD, Cultura, Educación; sector productivo; organizaciones sin ánimo de lucro y de la sociedad civil	Fortalecer la oferta institucional de servicios sociales en las entidades públicas a estas poblacionales en condición de vulnerabilidad, además, de gestionar nuevos programas de vivienda y proyectos productivos para inserción laboral a las economías comunitarias y campesinas en pequeña escala, especialmente en el área rural. Es necesario una adecuada caracterización de las personas en condición de discapacidad y del adulto mayor para canalizar la oferta pública y los beneficios del gobierno departamental y nacional, incuyendo un sistema de información más estructurado para el reconocimiento de sus derechos y difusión de la oferta institucional.

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	No. Núcleo de inequidad	Descripción del núcleo	PROPUESTA DE RESPUESTA	Responsables del sector sanitario	Responsables de otros sectores	RECOMENDACIONES
							entornos saludables (hogar, comunitario, educativo).	Cuidadores		
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública.	1	Baja capacidad operativa y administrativa de la red de prestación de servicios del departamento para garantizar el acceso a los servicios de salud	Ampliación de talento humano en centros de salud de los municipios a través de la contratación y/o vinculación permanente de personal médico y asistencial en centros de salud, mejorando sus prestaciones sociales y pago oportuno que garantice la dignificación salarial en contraprestación a su formación y horas de trabajo nocturnos y dominicales prestados, con el propósito de mejorar la atención integral y oportuna de la población que asiste a la red primaria.	Entidad territorial del orden departamental, EAPB e IPS	Ministerio de Salud y Protección Social, Ministeiro de Trabajo, Gobernación de Casanare	Garantizar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud con prestaciones y compensatorios de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y en concordancia con el programa de gobierno de la actual administración en donde se dignifique su labor a través de estrategias de educacion continuada y trabajo formal por mérito. Fortalecer las capacidades del talento humano en salud para la mejora de los procesos de atención en adherencia a las guías de práctica clínica y protocolos de vigilancia.
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios.	11	Poca visibilización de las necesidades en salud de grupos étnicos presentes y población víctima de la violencia en el territorio	Implementar un modelo de atención integral intercultural diferenciado para las comunidades indígenas y étnicas del territorio a través de la construcción de CAPS con capacitación de parteras y médicos ancestrales.	Entidad territorial del orden departamental y municipal, EAPB y red pública prestadora de servicios	Otras instancias gubernamentales del orden departamental: Educación, Tránsito	Promover inversiones específicas y una financiación adecuada para las infraestructuras hídricas y los sistemas de riego para gestionar los riesgos de sequía antes de que se conviertan en crisis cada vez más recurrentes por la variabilidad climática (fenómeno del niño y la niña).

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis integrado de información en salud cuantitativa y cualitativa.

11 Conclusiones componente cualitativo

El ASIS se ha convertido en una importante herramienta para el organismo rector del sistema de salud en el departamento, quien ha realizado esfuerzos significativos para implementar esta metodología en lo relacionado con los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Sin embargo, su comprensión y alcance de su implementación se ve limitado; muchas veces, por las débiles capacidades con las que cuenta actualmente la entidad territorial, sumado a la asincronía en los tiempos de las carteras de planeación y salud para la realización de los componentes estratégicos y programáticos que se deben realizar en cumplimiento de sus responsabilidades.

En este nuevo ejercicio de planeación en salud se destaca la participación nutrida de los diferentes actores directos e indirectos (comunidad general) que están involucrados en la organización, funcionamiento, vigilancia y supervisión del sistema sanitario en el territorio; conforme a los nuevos lineamientos nacionales que promueve escenarios de diálogo intercultural para la identificación y priorización de problemáticas y necesidades sentidas a partir del reconocimiento del contexto y la comprensión de los fenómenos que configuran los DSS.

Como resultado de esta metodología mixta desarrollada, que permite comprender las causas de los problemas de salud más allá de una mirada exclusiva del sector, se reconocen problemas estructurales del sistema de salud (i.e. escasa capacidad institucional para la respuesta en salud pública) que vienen socavando sus funciones de rectoría y gobernanza desde hace más de una década en el territorio y en el país; se acentúan dinámicas epidemiológicas que ponen en un punto de inflexión su capacidad de respuesta ante el aumento de la carga de enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes y enfermedades no transmisibles; por otro lado, se observa una emergencia mundial y local por enfermedades de salud mental que afectan grupos poblacionales más propensos a desarrollarlas, y; finalmente, problemáticas transversales como el cambio climático, el acceso a vías y servicios públicos, especialmente en el área rural, que genera situaciones injustas y afectan de forma negativa el proceso salud-enfermedad-atención para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Muchos de los problemas identificados y de los núcleos de inequidad sociosanitarios estructurados a partir de las circunstancias y condiciones injustas no son exclusivos del sector salud; por lo que se requiere de la cooperación y responsable ejercicio articulado entre diferentes actores gubernamentales en todos los niveles y sectores (planeación, gobierno, educación, cultura, infraestructura, agricultura, entre otros), actores sociales y comunitarios, actores políticos y actores externos al sistema de salud (Organismos internacionales, ONG's, empresas con intereses en el mercado) para que se vinculen en las propuestas concertadas y líneas de acción de respuesta más acertadas en términos de factibilidad y viabilidad sobre las situaciones encontradas.

Como representantes del Estado en el territorio, responsables de la salud de la población, nos queda un desafío enorme en garantizar el bienestar integral de sus habitantes. Es claro que se debe fortalecer las capacidades institucionales a partir de un modelo territorial que acoja como centro la estrategia de Atención Primaria en Salud y donde se recupere las Funciones Especiales en Salud Pública (FESP) como respuesta a la "reemergencia" de la salud pública. No obstante, la respuesta ante estos procesos de determinación de la salud en contextos específicos requiere del esfuerzo y compromiso consciente de los actores. Para dar este primer paso, el ASIS se constituye en ese punto de partida en la toma de decisiones informada con la mejor evidencia posible.

12 COMPONENTE No.3 ESTRATEGICO Y DE INVERSIÓN PRURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2027:

De conformidad con las disposiciones normativas el MSPS definió y estableció la elaboración de este componente a partir de los resultados del Análisis de la Situación de Salud y en la definición de las prioridades en salud, posibilitando la integración de los componentes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, estableciendo objetivos y estrategias específicas en concordancia con cada una de las líneas operativas y ejes del plan decenal.

12.1.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PTS

12.1.1.1 Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.

12.1.1.2 Reconocer y fomentar el respeto a las diferencias y la inclusión, garantizando la equidad en el acceso a la salud, mediante la disposición de recursos y estrategias que se adapten a las distintas realidades y necesidades de las diversas poblaciones, respetando su integridad y fomentando la participación social.

12.1.1.3 Avanzar hacia la reducción de las brechas sociosanitarias, mediante la definición de estrategias que aborden de manera integral los determinantes de la salud y promuevan la gestión inter y transectorial en el territorio

12.1.1.4 Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS

12.1.1.5 Trabajar en la reducción de los impactos causados por emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante una gestión integral del riesgo, mejorando la capacidad para detectar y atender estas situaciones, promoviendo la coordinación y colaboración con diferentes actores sociales, institucionales y comunitarios.

12.1.1.6 Fortalecer la soberanía sanitaria, la gestión del conocimiento en salud y las capacidades territoriales para la investigación, desarrollo, innovación y mejoramiento de las tecnologías del sistema de salud

12.1.1.7 Mejorar las condiciones laborales, garantizando un trabajo digno y decente, formación integral y desarrollo de capacidades para todo el personal sanitario.

12.1.2 METAS DE RESULTADO PTS

Tras la revisión y análisis de la situación de salud, reuniones del equipo técnico de la formulación, se establecieron las metas de resultado del Plan territorial de salud, garantizando la alineación con los resultados País en el marco del PDSP 2022-2031; a continuación, se enumeran las principales:

META	LINEA BASE	META 2027
Reducir la tasa de mortalidad prematura (30 a 70 años) por enfermedades no transmisibles.	188 por 100.000 hab.	170 por 100.000 hab.
Mantener la tasa de mortalidad infantil ajustada en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	17.55 por 1.000 nacidos vivos	17,5 por 1.000 nacidos vivos
Mantener tasa de mortalidad en menores de 5 años	12,92 por 1.000 nacidos vivos	12,92 por 1.000 nacidos vivos
Mantener la tasa de mortalidad de suicidio	4,76 por 100.000 habitantes	4.76 por 100.000 habitantes
Mantener la tasa de incidencia de violencia Intrafamiliar	187 por 100.000 habitantes	187 por 100.000 habitantes
Aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas	13.6 años	14 años
Reducir tasa de mortalidad por desnutrición aguda	10,1 por 100.000 menores de 5 años	5 ,1
Mantener la razón de Mortalidad Materna	145.34 por 1.000 nacidos vivos	145.34
Mantener la Tasa de incidencia de Sífilis Congénita, VIH, HEPATITIS B	Sífilis congénita 5,65 VIH (0) Hepatitis B (0)	Sífilis congénita 5,65 VIH (0) Hepatitis B (0)
Reducir la letalidad acumulada por enfermedad de Chagas agudo.	17%	10%
Reducir la letalidad acumulada por dengue	0,14%	0,12%
Cobertura de vacunación antirrábica	90%	90%
Aumentar la cobertura en la afiliación al SGSSS en el departamento.	95,40%	100%
Plan territorial de Salud implementado y monitoreado	1	1

META	LINEA BASE	META 2027
Mantener la tasa de mortalidad por IRA	10 por cada 100,000 niños menores de 5 años	10
Reducir la tasa de mortalidad por EDA	12,49 por cada 100,000 niños menores de 5 años	10
Mantener la tasa de incidencia en Lepra	0,47 por cada 100,000 habitantes	0,47
Mantener la tasa de mortalidad por Tuberculosis	1,83 por cada 100,000 habitantes	1,83

Fuente: ASIS Participativo, Casanare 2023

12.1.3 TRANSFORMACIONES ESPERADAS DEL TERRITORIO POR EJES PDSP 2022- 2031 - PTS

12.1.3.1 EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA

Transformación Esperada Del Territorio: Capacidad de cogestión, liderazgo y participación comunitaria en la operación del sistema de salud, con desarrollo e implementación de estrategias y acciones que fomenten la autonomía y la gobernabilidad en la toma de decisiones, materializando alianzas y acciones colaborativas entre diversos sectores para mejorar los resultados en salud, soportados en la gestión transparente y efectiva de los recursos.

12.1.3.2 EJE 2. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINA, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.

Transformación Esperada Del Territorio: A nivel territorial se desarrollan e implementan políticas y acciones de salud más inclusivas, sensibles a las necesidades específicas de cada grupo, promoviendo la equidad, el respeto a los derechos humanos y garantizando la participación social activa en el cuidado de la salud.

12.1.3.3 EJE 3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Transformación Esperada Del Territorio: El Departamento de Casanare logra mejorar los resultados de salud de su población con el desarrollo e implementación programas, planes, estrategias y acciones sectoriales e intersectoriales en los Municipios, contribuyendo a la reducción de las brechas sociosanitarias mediante la provisión equitativa de bienes y servicios y la coordinación efectiva entre diferentes sectores y actores para abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud.

12.1.3.4 EJE 4 . ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Transformación Esperada Del Territorio: En el Departamento, se consolida la implementación de acciones intersectoriales orientadas a prevenir enfermedades y fomentar la salud en áreas urbanas, periurbanas y rurales, también se recuperan espacios para asegurar condiciones de vida adecuadas. Además, se fortalecerá la atención primaria de salud APS, mejorando el acceso a los servicios de salud, y se promoverá el bienestar, el cuidado de la salud y la protección de la vida en diversos entornos, teniendo en cuenta la diversidad étnica y de género; contribuyendo al bienestar general y a la garantía del derecho a la salud para toda la población.

12.1.3.5 EJE 5 . CAMBIO CLIMATICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS

Transformación Esperada Del Territorio: Aumento de la capacidad de respuesta, y preparación ante emergencias, desastres y el cambio climático, garantizando la seguridad sanitaria y el bienestar de las personas a través de la gestión integral del riesgo, acceso a tecnologías en salud y fortalecimiento de la atención en salud.

12.1.3.6 EJE 6 . CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

Transformación Esperada Del Territorio: Fortalecimiento de la soberanía sanitaria, promoción de la construcción colectiva de conocimiento en salud, con desarrollo de capacidades y procesos de investigación, desarrollo, innovación implementados en el departamento.

12.1.3.7 EJE 7 . CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA

Transformación Esperada Del Territorio: Implementación de políticas y acciones destinadas a mejorar las condiciones laborales y profesionales del personal de salud y desarrollo de estrategias que permitan garantizar una distribución equitativa talento humano en salud, verificación y gestión de la disponibilidad de personal capacitado, formación y educación continua; además se promueven condiciones laborales dignas y decentes

12.1.4 ALINEACION ESTRATEGICA - PROGRAMAS, METAS, OBJETIVOS, Y PRODUCTOS PARA DAR RESPUESTA A PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES EN SALUD

12.1.4.1 SECTOR: SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dirigiremos nuestras acciones hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mediante una gestión articulada con diversos actores sectoriales, intersectoriales y con las comunidades. Encaminaremos nuestros esfuerzos a crear y consolidar oportunidades que mejoren las condiciones de vida, el bienestar y la calidad de vida de individuos, familias y comunidades. Nuestro enfoque estará fundamentado en los principios de dignidad, progresividad, equidad, justicia social, inclusión,

interculturalidad, transparencia, integralidad y protección, en línea con las competencias legales y constitucionales. Se fortalecerán las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.

En el marco del Plan de Desarrollo y el PTS 2024-2027 se definieron tres (3) Programas que permitirán el desarrollo programático y estratégico para el cuatrienio:

12.1.4.2 PROGRAMA 1: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL (1903)

Programa dirigido a supervisar eficazmente la implementación y cumplimiento de las políticas relacionadas con el sector Salud y Protección Social. Su enfoque principal es asegurar la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos dentro de este sector, a través de rigurosos procesos de inspección, vigilancia y control. Además, el programa se dedica a fomentar y coordinar la participación de diversas entidades que desempeñan roles similares en el ámbito de la salud, con el objetivo de crear un entorno colaborativo que promueva la mejora continua en la prestación de servicios de salud en el departamento de Casanare.

12.1.4.3 PROGRAMA 2: SALUD PÚBLICA. (1906)

Este Programa está diseñado para mejorar la calidad de vida de la población a través de la creación de un entorno que promueva la salud y gestione adecuadamente los riesgos asociados. Su objetivo central es implementar estrategias y acciones que potencien la salud y bienestar de individuos, familias y comunidades a lo largo de sus vidas, adaptándose a las necesidades específicas y características únicas de los habitantes y las distintas áreas geográficas del departamento.

12.1.4.4 PROGRAMA 3: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD (1906)

Tiene como objetivo principal crear un entorno propicio que permita la promoción de la salud y una efectiva gestión del riesgo, en línea con las competencias y responsabilidades asignadas al sector salud. Este enfoque busca tener un impacto positivo y tangible en las condiciones de vida de individuos, familias y comunidades en el departamento de Casanare, considerando las necesidades y características específicas de cada grupo poblacional a lo largo de diferentes etapas de vida

En las siguientes tablas, se presenta el resultado de El Componente Estratégico y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud, el cual está orientado a la visión prospectiva de la salud en el Departamento de Casanare, los objetivos, las metas y las estrategias vinculadas a los Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031, en armonía con el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud, de igual forma hace parte integral del PTS las matrices e instructivo para la planeación integral en salud.

Tabla 155. Alineación estratégica Programa No.1 Inspección, Vigilancia y Control

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.	Inspeccionar y vigilar los Fondos Locales de Salud	1903011	Servicio de inspección, vigilancia y control	Visitas realizadas	20	20
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud. Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas	Implementar el sistema de Inspección, Vigilancia y Control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud.	1903011	Servicio de inspección, vigilancia y control	visitas realizadas	50	240

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud. / Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas	Inspeccionar, vigilar y controlar los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en REPS, en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	1903011	Servicio de Inspección, vigilancia y control	visitas realizadas	475	475
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud. / Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas	Inspeccionar, vigilar y controlar anualmente los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS en los componentes PAMEC, Búsqueda Activa, mantenimiento hospitalario y SIC.	1903016	Servicio de auditoría y visitas inspectivas	Auditorías y visitas inspectivas realizadas	200	1232

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud. Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas	Realizar auditoria a la facturación radicada por la prestación de servicios de salud a la población a cargo del Departamento	1903016	Servicio de auditoría y visitas inspectivas	Auditorías y visitas inspectivas realizadas	80	80
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud. / Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas	Realizar inspección y vigilancia a las EPS habilitadas en el Departamento de Casanare en el cumplimiento de las acciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud	1903016	Servicio de auditoría y visitas inspectivas	auditorías y visitas inspectivas realizadas	16	16

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Mantener la operación anual del sistema de vigilancia en salud pública - Sivigila	1903031	Servicio de información de vigilancia epidemiológica	Informes de evento generados en la vigencia	16	64
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Fortalecer la operación, sostenibilidad y calidad del laboratorio de salud pública como respaldo a las acciones de vigilancia en salud pública y la gestión del sistema de salud en el Departamento, de acuerdo con los lineamientos y normatividad aplicable.	1903012	Servicio de análisis de laboratorio	Análisis realizados	8000	8400

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Mantener la vigilancia a los sistemas de suministro de agua para consumo humano de los municipios categoría 4,5 y 6	1903040	Servicio de vigilancia de calidad del agua para consumo humano, recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas y calidad del aire.	Entidades territoriales atendidas	18	18
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Vigilar el 60% de establecimientos de interés sanitario para el consumo humano	1903042	Servicio de vigilancia y control sanitario de los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que pueden generar riesgos para la población.	Establecimientos abiertos al público vigilados y controlados	2100	2400

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Vigilar el 80% de los establecimientos de alto riesgo en salud ambiental	1903042	Servicio de vigilancia y control sanitario de los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que pueden generar riesgos para la población.	Establecimientos abiertos al público vigilados y controlados	3581	3840
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Diseñar, construir y dotar el nuevo laboratorio de salud pública departamental	1903044	Estudios y diseños de infraestructura de laboratorios	Estudios y diseños de infraestructura de laboratorios elaborados	1	1
					1903043	Infraestructura de laboratorios construida y dotada	Laboratorios construidos	0	1
							Laboratorios dotados	0	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
		salud y la protección de la vida.							
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.	Formular, e Implementar el Plan de Fortalecimiento de Capacidades de Gestión de la Salud Ambiental a nivel Departamental	1903051	Documentos de planeación	Planes estratégicos elaborados	0	1
EJE 3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	3.1 Entorno económico favorable para la salud	3. Avanzar hacia la reducción de las brechas sociosanitarias, mediante la definición de estrategias que aborden de manera integral los determinantes de la salud y promuevan la gestión inter y transectorial en el territorio	Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.	Realizar la formulación y seguimiento de los Planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) para la implementación	1903051	Documentos de planeación	Documentos de planeación con seguimiento realizados	0	20

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
				efectiva de la política pública					
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.	Asegurar y fortalecer el proceso de planeación integral en salud, el seguimiento y la evaluación al PTS.	1903052	Documentos de planeación	Documentos de planeación realizados	0	4
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	4.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de	Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el	Preparar a los municipios del departamento de Casanare para la evaluación del estatus de interrupción intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas (certificación -recertificación)	1903057	Servicio de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis	Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas	2	10

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	produce el proceso de salud.	Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	enfoque diferencial poblacional y territorial.						
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	4.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.	Implementar estrategia para la captación, el seguimiento y acompañamiento de las personas que son confirmadas por banco de sangre como reactivas a la enfermedad de Chagas	1903057	Servicio de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis	Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas	19	19
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades. Abogacía e incidencia	Mantener en operación el sistema integrado de análisis de información (entomológica, epidemiológica, agentes etiológicos y espacial) de la transmisión de las ETV.	1903057	Servicio de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis	Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas	19	19

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
			técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.						
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Implementar Plan de reducción de letalidad/mortalidad por dengue en instituciones prestadoras de servicios de salud.	1903057	Servicio de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis	Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas	19	19
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	4.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y	Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y	Implementar una estrategia para la captación, el seguimiento y acompañamiento de casos de Leishmaniasis	1903057	Servicio de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis	Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y	19	19

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.	cutánea en menores de 10 años de edad.			zoonosis realizadas		

Tabla 156. Alineación estratégica Programa No.2 Salud Publica

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
EJE 5. CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	5. Trabajar en la reducción de los impactos causados por emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante una gestión integral del riesgo, mejorando la capacidad para detectar y atender estas situaciones, promoviendo la coordinación y colaboración con diferentes actores sociales, institucionales y comunitarios.	Garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas que han sido o pueden ser potencialmente afectadas por situaciones de urgencia, emergencias, desastres, brotes y epidemias, comprende la operación y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas y las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud.	Diseñar, Construir y dotar el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del departamento de Casanare	1905008	Centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres construidos y dotados	Centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres construidos y dotados	0	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS	Implementar el Plan de desaceleración de la Mortalidad Materna en el Departamento.	1905015	Documentos de planeación	Planes estratégicos elaborados	1	1
EJE 2. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINA, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.	3.Reconocer y fomentar el respeto a las diferencias y la inclusión, garantizando la equidad en el acceso a la salud, mediante la disposición de recursos y estrategias que se adapten a las distintas realidades y necesidades de las diversas poblaciones, respetando su integridad y fomentando la participación social	Acciones conjuntas para el cuidado de la salud propia e intercultural en el territorio desde la dimensión social, económica, cultural, espiritual y territorial. Armonización y fortalecimiento de la regulación normativa indígena en salud propia e intercultural	Fortalecer el desarrollo de los componentes del SISPI - Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural en los tres (3) núcleos indígenas del Departamento	1905015	Documentos de planeación	Planes estratégicos elaborados	3	3
EJE 6. CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍ	Capacidades fortalecidas para la gestión del	6. Fortalecer la soberanía sanitaria, la gestión del conocimiento en salud y las	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en la implementación	Fortalecer la operación anual del Observatorio de	1905015	Documentos de planeación	Documentos de planeación en epidemiología y	1	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	conocimiento en salud pública	capacidades territoriales para la investigación, desarrollo, innovación y mejoramiento de las tecnologías del sistema de salud	de estrategias para la generación de conocimiento de las condiciones de salud de la población y sus determinantes tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, entre otras.	Salud del Departamento de Casanare.			demografía elaborados		
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.	Fortalecer el desarrollo de cuatro cadenas productivas objeto de inspección, vigilancia y control sanitario en el Departamento	1905024	Servicio de gestión del riesgo para abordar situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales	Estrategias de gestión del riesgo para abordar situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales implementadas	0	4
EJE 3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático,	3. Avanzar hacia la reducción de las brechas sociosanitarias, mediante la definición de estrategias que aborden de manera integral los determinantes de la salud y promuevan la gestión inter y transectorial en el territorio	Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicas, la movilidad segura, saludable y sostenible y	Estructurar y desarrollar el plan estratégico de implementación de la Estrategia de Entornos Saludables en los municipios priorizados del Departamento de Casanare	1905024	Servicio de gestión del riesgo para abordar situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales	Estrategias de gestión del riesgo para abordar situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales implementadas	0	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
			economías sociales y populares de cuidado comunitario en salud teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio						
EJE 5. CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	5. Trabajar en la reducción de los impactos causados por emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante una gestión integral del riesgo, mejorando la capacidad para detectar y atender estas situaciones, promoviendo la coordinación y colaboración con diferentes actores sociales, institucionales y comunitarios.	Formulación de políticas, planes, estrategias, lineamientos y guías que permitan establecer y orientar las acciones de adaptación y mitigación al cambio climático que deben implementarse en los diferentes territorios	Realizar la implementación y seguimiento al plan territorial de adaptación al cambio climático -sector salud	1905024	Servicio de gestión del riesgo para abordar situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales	Estrategias de gestión del riesgo para abordar situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales implementadas	0	1
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	ProDesarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS -Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales -Establecimiento de	Implementar estrategias, planes y acciones integrales para prevenir, manejar, controlar y promover el cuidado de la salud frente a las enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas	1905026	Servicio de gestión del riesgo para enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas	Estrategias de gestión del riesgo para enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas implementadas	1	5

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	ejercicio de la Rectoría en Salud.		mecanismos de participación basada en atención primaria en salud — APS para la gobernanza propia en salud de los pueblos y comunidades.						
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.	Realizar monitoreo y evaluación al programa de vacunación - PAI en los municipios del departamento	1905027	Servicio de gestión del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles	Estrategias de gestión del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles implementadas	8	8
EJE 5. CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	5. Trabajar en la reducción de los impactos causados por emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante una gestión integral del riesgo, mejorando la capacidad para detectar y atender estas situaciones, promoviendo la coordinación y colaboración con diferentes actores	Garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas que han sido o pueden ser potencialmente afectadas por situaciones de urgencia, emergencias, desastres, brotes y epidemias, comprende la operación y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas y las	Fortalecer la capacidad operativa para la atención a comportamientos inusuales de eventos de interés, brotes, epidemias - pandemias, emergencias y desastres.	1905035	Servicio de gestión territorial para atención en salud - pandemias- a población afectada por emergencias o desastres	Estrategias de gestión territorial para atención en salud - pandemias- a población afectada por emergencias o desastres implementadas	1	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
		sociales, institucionales y comunitarios.	acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres						
EJE 2. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINA, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento	3.Reconocer y fomentar el respeto a las diferencias y la inclusión, garantizando la equidad en el acceso a la salud, mediante la disposición de recursos y estrategias que se adapten a las distintas realidades y necesidades de las diversas poblaciones, respetando su integridad y fomentando la participación social	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.	Mantener el Proceso de Certificación de Discapacidad en el Departamento de Casanare	1905040	Servicio de certificación de discapacidad para las personas con discapacidad	Personas con servicio de certificación de discapacidad	3468	5000
EJE 2. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINA, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.	Gobiernos Departamentales distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas I intersectoriales v-transectorialales.	3.Reconocer y fomentar el respeto a las diferencias y la inclusión, garantizando la equidad en el acceso a la salud, mediante la disposición de recursos y estrategias que se adapten a las distintas realidades y necesidades de las diversas poblaciones, respetando su integridad y fomentando la participación social	Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos	Fortalecer el desarrollo e implementación del programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado PAPSIVI	1905041	Servicio de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado	Personas víctimas del conflicto armado atendidas con atención psicosocial	3089	3800
EJE 5. CAMBIO CLIMÁTICO, EMER	Nivel Nacional y entes territoriales preparados y	5. Trabajar en la reducción de los impactos causados	Garantizar el derecho fundamental a la salud a las	Fortalecer la operación del CRUE	1905042	Servicio de atención en centros	Personas atendidas en	20603	21500

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.	por emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante una gestión integral del riesgo, mejorando la capacidad para detectar y atender estas situaciones, promoviendo la coordinación y colaboración con diferentes actores sociales, institucionales y comunitarios.	personas que han sido o pueden ser potencialmente afectadas por situaciones de urgencia, emergencias, desastres, brotes y epidemias, comprende la operación y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas y las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud.	centro regulador de urgencias, emergencias y desastres departamental		reguladores de urgencias, emergencias y desastres	centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres		
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades. Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.	Implementar el plan estratégico de prevención, vigilancia y control de las Enfermedades zoonóticas en los municipios del Departamento	1905043	Servicio de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas	Estrategias de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas implementadas	0	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Establecimiento de mecanismos de participación basada en atención primaria en salud — APS para la gobernanza propia en salud de los pueblos y comunidades	Garantizar la implementación y operación efectiva de las formas de participación social en salud en los 19 municipios del departamento	1905049	Servicio de promoción de la participación social en salud	formas de participación social en salud implementadas.	19	19
EJE 2. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINA, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Desarrollo de estrategias para la organización y acompañamiento de la participación ciudadana dirigida a la identificación de problemáticas, análisis, comprensión y definición de decisiones que impacten de manera positiva la salud Desarrollo de capacidades institucionales y sectoriales para el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud como derecho en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud Generación y fortalecimiento de espacios para la participación de personas y	Implementar la política pública nacional de participación social en salud en el Departamento de Casanare	1905049	Servicio de promoción de la participación social en salud	política de participación social en salud implementada	19	19

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
			colectivos diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicos acordes con sus procesos políticos y organizativos						
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud. 1.3 Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS. - Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial - Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.	Fortalecer los espacios e instancias sectoriales, intersectoriales y comunitarias para mejorar la gestión integral de la salud, mediante la participación, asistencia técnica, desarrollo de capacidades, coordinación e inclusión y transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial.	1905050	Servicio de asistencia técnica	Asistencias técnicas realizadas	12	80
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y	Realizar asistencia técnica, seguimiento y evaluación a los actores del Sistema General de	1905050	Servicio de asistencia técnica	Entidades apoyadas	50	70

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS. - Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial - Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.	Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la implementación de planes, estrategias, programas, acciones, competencias y lineamientos					
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS. - Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial - Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.	Mantener la operación anual del sistema de gestión de estadísticas vitales en el Departamento de Casanare	1905052	Servicios de información implementados	Sistemas de información implementados	1	1
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Entidades Territoriales Departamentales,	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales	Regionalización y territorialización del sistema						

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.	Fortalecer la implementación de la estrategia de atención primaria en salud para la atención integral, preventiva y predictiva en los 19 Municipios del Departamento.	1905054	Servicio de promoción de la salud	Estrategias de promoción de la salud implementadas	1	1
EJE 3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	3. Avanzar hacia la reducción de las brechas sociosanitarias, mediante la definición de estrategias que aborden de manera integral los determinantes de la salud y promuevan la gestión inter y transectorial en el territorio	Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz						

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
EJE 2. PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINA, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN.	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento	3.Reconocer y fomentar el respeto a las diferencias y la inclusión, garantizando la equidad en el acceso a la salud, mediante la disposición de recursos y estrategias que se adapten a las distintas realidades y necesidades de las diversas poblaciones, respetando su integridad y fomentando la participación social	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.	Realizar la implementación de estrategias de promoción de la salud dirigidas a los pueblos y comunidades étnicas, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación	1905054	Servicio de promoción de la salud	Estrategias de promoción de la salud implementadas	1	1
EJE 3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.	3. Avanzar hacia la reducción de las brechas sociosanitarias, mediante la definición de estrategias que aborden de manera integral los determinantes de la salud y promuevan la gestión inter y transectorial en el territorio	Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz	Realizar acciones de promoción y cuidado de la salud mediante la complementariedad, concurrencia y subsidiariedad a los Municipios del Departamento	1905054	Servicio de promoción de la salud	Estrategias de promoción de la salud implementadas	0	1
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios,	Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del	Formular la Política Pública SAN para la Garantía Progresiva del derecho humano a la alimentación departamental	1905055	Documentos normativos	Documentos normativos realizados	1	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud. 1.3 Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.	resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	orden nacional y territorial. Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.						
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	1.1 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud. 1.3 Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras	1. Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida.	Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial. Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo	Actualizar e implementar la política departamental de salud mental y drogas	1905055	Documentos normativos	Documentos normativos realizados	1	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META
	poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.		temas transversales y objetivos comunes.						

Tabla 157. Alineación estratégica Programa No.3 Aseguramiento y prestación de servicios de salud

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales Y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los	Fortalecimiento de la infraestructura pública en salud con condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia sociocultural -Conformación y puesta en funcionamiento de los	Diseñar, construir, dotar y/o mejorar la infraestructura hospitalaria de la red de publica de atención de baja, media y alta complejidad del	1906001	Hospitales de primer nivel de atención adecuados	Hospitales de primer nivel de atención adecuados	2	6
					1906030	Hospitales de primer nivel de atención construidos y dotados	Hospitales de primer nivel de atención construidos y dotados	2	5

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	centros de atención primaria en salud -CAPS.	Departamento de Casanare	1906005	Hospitales de primer nivel de atención dotados	Hospitales de primer nivel de atención dotados	3	4
	Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.		Reorganización de servicios de salud en complejidades y modalidades de prestación para mejoramiento de acceso, integralidad de la atención y continuidad del cuidado		1906011	Hospitales de segundo nivel de atención construidos y dotados	Hospitales de segundo nivel de atención construidos y dotados	0	3
					1906018	Hospitales de tercer nivel de atención construidos y dotados	Hospitales de tercer nivel de atención construidos y dotados	0	1
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de	Reorganización de servicios de salud en complejidades y modalidades de prestación para mejoramiento de acceso, integralidad de la	Gestionar la construcción y dotación de un centro de atención, rehabilitación integral y especializado	1906011	Hospitales de segundo nivel de atención construidos y dotados	Hospitales de segundo nivel de atención construidos y dotados	0	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	atención y continuidad del cuidado	para personas con discapacidad psicosocial (mental), adicciones y trastornos mentales en el departamento de Casanare					
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobemanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud — RIITS	Fortalecer la capacidad operativa y de respuesta de la red pública hospitalaria transporte de pacientes y unidades móviles para la atención integral	1906022	Servicio de apoyo a la prestación del servicio de transporte de pacientes	Entidades de la red pública en salud apoyadas en la adquisición de ambulancias	0	16
					1906033	Unidades móviles para la atención médica adquiridas y dotadas	Unidades móviles para la atención médica adquiridas y dotadas	0	2
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión	Fortalecer gestión administrativa y financiera del modelo de atención en Salud	1906025	Servicio de apoyo financiero para el fortalecimiento patrimonial de las	Empresas prestadoras de salud capitalizadas	1	1

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.	de la EPS en la cual tiene participación financiera la entidad territorial		empresas prestadoras de salud con participación financiera de las entidades territoriales			
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública. 1.2 Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.	1.Fortalecer las capacidades institucionales y sectoriales para ejercer la autoridad sanitaria, la rectoría y la gobernanza, respaldando los acuerdos sociales y comunitarios, resultantes del dialogo armónico participativo para abordar las inequidades en salud y tener impacto en los determinantes sociales, el cuidado de la salud y la protección de la vida	Posicionamiento del sistema único de información en salud parametrizado y estandarizado acorde con la normatividad vigente, que tenga la capacidad de articular los sistemas propios de información en salud de los pueblos y comunidades existentes.	Gestionar el desarrollo e implementación de un sistema de información para el mejoramiento y la interoperabilidad del Sector Salud en el Departamento	1906031	Servicio de información para las instituciones públicas prestadoras de salud y la dirección de la entidad territorial implementado	Sistema de información implementado	0	1
EJE 6. CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA	Capacidades fortalecidas para la gestión del	6. Fortalecer la soberanía sanitaria, la gestión del conocimiento en salud y	Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la						

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	conocimiento en salud pública	las capacidades territoriales para la investigación, desarrollo, innovación y mejoramiento de las tecnologías del sistema de salud	gestión de la información en salud pública, incluyendo alertas tempranas						
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	Reorganización de servicios de salud en complejidades y modalidades de prestación para mejoramiento de acceso, integralidad de la atención y continuidad del cuidado. , Fortalecimiento de las modalidades de prestación de servicios de salud de telemedicina y extramuralidad en integración con el nivel primario de atención	Formular e implementar un plan integral para la consolidación, transformación y operación del Hospital Universitario de Casanare como centro referente en práctica clínica, investigación científica y formación académica en el ámbito de la salud	1906041	Servicio de asistencia técnica	Entidades apoyadas	0	1
EJE 7. PERSONAL DE SALUD	Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	7. Mejorar las condiciones laborales, garantizando un trabajo digno y decente, formación integral y desarrollo de	Concertación de los mínimos de formación del TI-IS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitaria, posgradual y formación de formadores						

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
		capacidades para todo el personal sanitario.	con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva						
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad	4. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población en el Departamento de Casanare en los diferentes entornos y ámbitos, fortaleciendo la red de atención pública de prestación de servicios de Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS	Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobemanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud — RIITS	Gestionar el pago a la Red Atención en Salud por servicios de salud prestados a Población a cargo del Departamento	1906004	Servicio de atención en salud a la población	Personas atendidas con servicio de salud	20000	20000

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
EJE 4. ATENCIÓN PRIMARIA SALUD	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	4.Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud. Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud	Mantener anualmente la sostenibilidad de la afiliación al régimen subsidiado en el Departamento	1906044	Servicio de afiliaciones al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social	Personas afiliadas al régimen subsidiado	72000	72000
EJE 1. GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado	4.Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud. Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la	Realizar el fortalecimiento financiero de las empresas sociales del estado para la operación y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud de acuerdo a la normatividad vigente.	1906035	Servicio de apoyo financiero para la atención en salud a la población	Empresas sociales del estado financiadas	4	4

EJE ESTRATEGICO RELACIONADO PDSP 2022-2031	RESULTADO ESPERADO EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	ESTRATEGIA PDSP -PTS	META PLAN DE DESARROLLO	CÓDIGO DE PRODUCTO MGA	PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
	en la Atención Primaria en Salud - APS.		integralidad y continuidad						

13 COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PTS – CIPS

Este componente integra: Programas y proyección de recursos para financiar las estrategias del Plan Territorial de Salud para el cuatrienio y por anualidad. Este componente está estructurado en coherencia con el Plan Financiero Territorial de Salud y hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial.

Tabla 158. PTS -CIPS

Línea	Código	Programa	PROPIOS 2024	FONDO LOCAL DE SALUD - 2024	PROPIOS 2025	FONDO LOCAL DE SALUD - 2025	PROPIOS 2026	FONDO LOCAL DE SALUD - 2026	PROPIOS 2027	FONDO LOCAL DE SALUD - 2027	TOTAL, CUATRIENIO
Sector Salud y Protección Social.			**1.211.000.000**	**38.369.940.000**	**600.000.000**	**39.521.038.200**	**786.711.106**	**40.706.669.346**	**950.000.000**	**41.927.869.426**	**164.073.228.078,00**
Programa	1903	Inspección, vigilancia y control.	643.000.000	3.808.010.000	400.000.000	3.922.250.300	400.000.000	4.039.917.809	400.000.000	4.161.115.343	17.774.293.452,00
Programa	1905	Salud Pública.	200.000.000	4.844.800.000	200.000.000	4.990.144.000	386.711.106	5.139.848.320	550.000.000	5.294.043.769	21.605.547.195,00
Programa	1906	Aseguramiento y Prestación Integral de Servicios de Salud.	368.000.000	29.717.130.000	0	30.608.643.900	0	31.526.903.217	0	32.472.710.314	124.693.387.431,00

Fuente: Secretaria de Salud de Casanare, 2024