



MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2018 (ASIS 2018)

Secretaria de Salud Municipal

Paz de Ariporo - Casanare, 2018



FAVIO ALEXANDRO VEGA GALINADO
ALCALDE MUNICIPAL

LUZ MARINA MENDIVELSO MARQUEZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

ALDEMAR SANTOS BARON RINCON
JEFE DE SALUD PÚBLICA Y RÉGIMEN SUBSIDIADO

ALEJANDRINA URREA RIVEROS
PROFESIONAL DE APOYO CONTRATO 301.17.6-249 DE 2018



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO





CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	13
INTRODUCCIÓN	14
METODOLOGÍA.....	16
SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO.....	18
CAPITULO 1.....	20
CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL, POLÍTICO Y DEMOGRÁFICO	20
Contexto Territorial	21
Localización	21
Límites municipales.....	23
CONTEXTO POLÍTICO DEL MUNICIPIO	23
División Política Área Urbana.....	23
División Política Área Rural.....	24
Resguardo Caño Mochuelo.....	26
Características físicas del territorio	27
Accesibilidad Geográfica.....	28
Vías de Comunicación	29
Vías terrestres terciarias	30
Vías aéreas:.....	31
Riesgos y amenazas.....	33
CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	38
Tamaño y Volumen Poblacional.....	38
Densidad Poblacional	39
Población Por Área e Residencia.....	39
Grado de urbanización	40
Número de hogares	40
Población por pertenencia étnica	41
Estructura Poblacional	41
Población por momento de curso de vida	43



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Población Indígena del municipio	45
DINÁMICA DEMOGRÁFICA	47
Fecundidad	48
Movilidad Forzada.....	50
Dinámica Migratoria población venezolana.	51
Conclusiones Contexto Territorial y Demográfico	53
CAPITULO 2.....	54
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	54
Determinantes Sociales de la Salud Poblacional–DSS	55
Pobreza	55
Educación	57
Circunstancias Materiales: Servicios Públicos.....	59
Seguridad Alimentaria.....	61
FACTORES CONDUCTUALES, PSICOLÓGICOS Y CULTURALES	63
Capítulo 3	65
El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional	65
Cobertura de afiliación a la seguridad social en salud.....	66
infraestructura	68
Servicios Habilitados	68
Acceso a servicios básicos de salud	70
Capítulo 4	73
Situación Epidemiológica	73
morbilidad	74
Morbilidad atendida.....	74
Morbilidad atendida.....	74
Morbilidad atendida SEGÚN grupos y subgrupo de causas	76
Morbilidad atendida por grupo y subgrupo de causas en hombres.....	78
Morbilidad atendida por grupo y subgrupo de causas en mujeres	80
Morbilidad atendida por etapa del curso de vida	82
Primera Infancia (0 a 5 años)	82



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Infancia (6 a 11 años)	82
Adolescencia (12 a 18 años).....	83
Juventud (14 a 26 años)	83
Adulthood (27 a 59 años).....	83
Persona Mayor (60 años y más).....	83
Principales causas de morbilidad en hombres.....	85
Principales causas de morbilidad en mujeres.....	87
Morbilidad de eventos de alto costo	89
Enfermedad renal crónica.....	89
Morbilidad de eventos precursores	90
Hipertensión arterial.....	90
Diabetes mellitus.....	90
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	91
Transmisión materno infantil del VIH	92
Cobertura de tratamiento antirretroviral	92
Leucemia y mieloides aguda y linfoides aguda pediátricas	92
Semaforización de eventos precursores	94
Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	94
Discapacidad auto declarada registrada	103
Prioridades en morbilidad.....	105
Conclusiones morbilidad atendida.....	106
MORTALIDAD	107
MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS.....	107
Ajuste de tasas por edad	109
Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP	111
Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP	113
Tasa de AVPP ajustada según sexo	114
Mortalidad específica por subgrupo.....	115
Enfermedades transmisibles.....	115
Neoplasias	117



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Enfermedades del sistema circulatorio.....	119
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.....	122
Causas externas.....	124
Las demás causas	128
Semaforización de La mortalidad.....	132
<i>Mortalidad materno – infantil y en la niñez</i>	<i>134</i>
Mortalidad Infantil	134
Mortalidad Neonatal.....	136
Mortalidad neonatal por área.....	138
Mortalidad en menores de 0 a 4 años	139
Mortalidad en menores de 5 años.....	139
Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA.....	142
Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA	142
Mortalidad por desnutrición crónica (DNT).....	142
Mortalidad materna	143
Análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	143
Prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil.....	145
Conclusiones	146
CAPÍTULO 5.....	148
PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....	148
Bibliografía.....	152



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



INDICE DE TABLAS

TABLA 1. VEREDAS DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO	25
TABLA 2. TIEMPO DE TRASLADO, TIPO DE TRANSPORTE, DISTANCIA EN KILÓMETROS DESDE EL MUNICIPIO HACIA LOS MUNICIPIOS VECINOS, PAZ DE ARIPORO, CASANARE	29
TABLA 3. DISTANCIAS APROXIMADAS Y TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO INTERNO, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO	29
TABLA 4. AMENAZAS NATURALES EN EL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO	34
TABLA 5. SUSCEPTIBILIDAD DE AMENAZAS ANTRÓPICAS MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO	36
TABLA 6. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO 2018	39
TABLA 7. INDICADORES DEMOGRÁFICOS MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE 2018	42
TABLA 8. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA. PAZ DE ARIPORO, 2005, 2018 Y 2020.	44
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN COMUNIDADES. PAZ DE ARIPORO 2016	46
TABLA 10. SEMAFORIZACIÓN DE LAS COBERTURAS DE EDUCACIÓN EN PAZ DE ARIPORO	59
TABLA 11. SEMAFORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - CONDICIONES DE VIDA DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005-2015	60
TABLA 12. SEMAFORIZACIÓN DEL PORCENTAJE DE BAJO PESO AL NACER. PAZ DE ARIPORO 2016	62
TABLA 13. SEMAFORIZACIÓN DE LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS Y CULTURALES, PAZ DE ARIPORO 2015	64
TABLA 14. AFILIADOS A SGSSS DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, PAZ DE ARIPORO 2018	67
TABLA 15. SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS EN EL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO 2016	68
TABLA 16. SEMAFORIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL SISTEMA SANITARIO DE PAZ DE ARIPORO	72
TABLA 17. PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN SUBGRUPOS DE CAUSAS. PAZ DE ARIPORO 20109- 2017	77
TABLA 18. HOMBRES ATENDIDOS SEGÚN SUBGRUPOS DE CAUSAS. PAZ DE ARIPORO 20109- 2017	79
TABLA 19. MUJERES ATENDIDAS SEGÚN SUBGRUPOS DE CAUSAS. PAZ DE ARIPORO 20109- 2017	81
TABLA 20. PROPORCIÓN DE ATENCIONES POR CAUSA, SEXOS Y CICLO VITAL, PAZ DE ARIPORO 2009-2017	84
TABLA 21. MORBILIDAD ATENDIDA EN HOMBRES POR CICLO VITAL, PAZ DE ARIPORO 2009 – 2017	86
TABLA 22. MORBILIDAD ATENDIDA EN MUJERES POR CICLO VITAL, PAZ DE ARIPORO 2009 – 2017	88
TABLA 23. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTO DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2008-2017	89
TABLA 24. EVENTOS PRECURSORES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2009 -2014	93
TABLA 25. SEMAFORIZACIÓN EVENTOS PRECURSORES	94
TABLA 26. CASOS DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA NOTIFICADOS AL SIVIGILA, 2017	95
TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES PERMANENTES 2018	104
TABLA 28. PRIORIDADES IDENTIFICADAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA, EVENTOS DE ALTO COSTO, EVENTOS PRECURSORES Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO 2017	105
TABLA 29. DEFUNCIONES POR SUBGRUPO DE CAUSAS TRANSMISIBLES. PAZ DE ARIPORO 2005 A 201	116
TABLA 30. DEFUNCIONES POR PATOLOGÍAS NEOPLÁSICAS SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2017	118
TABLA 31. DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2017	120
TABLA 32. DEFUNCIONES POR AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2016	123
TABLA 33. CASOS DE MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS. PAZ DE ARIPORO 2005 – 2017	124
TABLA 34. CASOS DE MORTALIDAD EN HOMBRES POR CAUSAS EXTERNAS, PAZ DE ARIPORO 2005 – 2017	126
TABLA 35. CASOS DE MORTALIDAD POR EL SUBGRUPO DE LAS DEMÁS ENFERMEDADES MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2017	129
TABLA 36. SEMAFORIZACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005-2016	133
TABLA 37. SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005- 2015	144
TABLA 38. IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2018	145
TABLA 39. PRIORIDADES DE SALUD POR DIMENSIONES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2018	150



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO





ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. POBLACIÓN SISBEN Y POBLACIÓN DANE. PAZ DE ARIPORO CASANARE 2018.....	38
FIGURA 2. CAMBIOS EN EL GRADO DE URBANISMO, PAZ DE ARIPORO 1985- 2'018	40
FIGURA 3. HOGARES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE 2018.....	41
FIGURA 4. PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005, 2018, 2020	43
FIGURA 5. CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA, PAZ DE ARIPORO 2005, 2018 Y 2020	44
FIGURA 6. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y CICLO VITAL. PAZ DE ARIPORO 2018	45
FIGURA 7. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN SEXO. PAZ DE ARIPORO 2016	45
FIGURA 8. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA. PAZ DE ARIPORO 2018.....	46
FIGURA 9. DINÁMICA DEMOGRÁFICA MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 AL 2017.....	48
FIGURA 10. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS DE PAZ DE ARIPORO Y CASANARE, PERIODO 2005 A 2017.....	49
FIGURA 11. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS DE PAZ DE ARIPORO Y CASANARE, PERIODO 2005 A 2017.....	49
FIGURA 12. TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA EN MUJERES DE 10 A 19 AÑOS EN PAZ DE ARIPORO Y CASANARE 2005 A 2017 .	50
FIGURA 13. POBLACIÓN DESPLAZADA MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE	51
FIGURA 14. INDICADORES DE POBREZA, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE.	56
FIGURA 15. ANALFABETISMO EN POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS Y 15 AÑOS Y MÁS, URBANO Y RURAL	57
FIGURA 16. COBERTURA TOTAL DE EDUCACIÓN, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE 2005- 2017.....	58
FIGURA 17. COBERTURA EDUCATIVA SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD. PAZ DE ARIPORO 2005- 2017.....	58
FIGURA 18. IRCA ANUAL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO 2005- 2017	60
FIGURA 19. PORCENTAJE DE BAJO PESO AL NACER, 2005- 2016	61
FIGURA 20. CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PAZ DE ARIPORO 2017	63
FIGURA 21. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PAZ DE ARIPORO 2017	66
FIGURA 22. AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO POR EPS, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO 2018	66
FIGURA 23. AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR EPS, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO 2018	67
FIGURA 24. MORBILIDAD ATENDIDA SEGÚN AGRUPACIÓN DE CAUSAS 6/67, PAZ DE ARIPORO 2009- 2017.....	75
FIGURA 25. MORBILIDAD ATENDIDA POR AÑO SEGÚN SEXO. PAZ DE ARIPORO 2009- 2017	75
FIGURA 26. VARIACIÓN ANUAL DE MORBILIDAD SEGÚN AÑO AGRUPACIÓN DE CAUSAS 6/67. PAZ DE ARIPORO 2009- 2017	76
FIGURA 27. ATENCIONES POR AÑO Y CICLO VITAL. PAZ DE ARIPORO 2009- 2017.....	82
FIGURA 28. CASOS ANUALES DE DENGUE, PAZ DE ARIPORO 2007- 2017	96
FIGURA 29. CASOS DE ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA, PAZ DE ARIPORO 2007 - 2017	96
FIGURA 30. CASOS DE VIOLENCIA REPORTADOS POR AÑO. PAZ DE ARIPORO 2012- 2017	97
FIGURA 31. CASOS DE BAJO PESO AL NACER REPORTADOS POR AÑO. PAZ DE ARIPORO 2012- 2017.....	97
FIGURA 32. CASOS DE VARICELA REPORTADOS POR AÑO, PAZ DE ARIPORO 2007- 2017.....	98
FIGURA 33. CASOS DE ACCIDENTE OFÍDICO REPORTADOS POR AÑO. PAZ DE ARIPORO 2007- 2017	98
FIGURA 34. CASOS DE INTOXICACIÓN POR AÑO REPORTADOS. PAZ DE ARIPORO 2007- 2017	99
FIGURA 35. CASOS DE INTOXICACIÓN REPORTADOS POR AÑO. PAZ DE ARIPORO 2007- 217	99
FIGURA 36. CASOS DE TUBERCULOSIS REPORTADOS POR AÑO. PAZ DE ARIPORO 2007- 2017.....	100
FIGURA 37. CASOS REPORTADOS DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA. PAZ DE ARIPORO 2007- 2017.....	100
FIGURA 38. CASOS DE SÍFILIS REPORTADOS. PAZ DE ARIPORO 2007- 2017	101
FIGURA 39. CASOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA REPORTADOS. PAZ DE ARIPORO 2008- 2017	101
FIGURA 40. CASOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. PAZ DE ARIPORO 2012- 2017	102
FIGURA 41. DISTRIBUCIÓN DISCAPACIDAD POR GÉNERO, PAZ DE ARIPORO 2018	103
FIGURA 42. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA POBLACIÓN CON ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD. PAZ DE ARIPORO 2018	104



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



FIGURA 43. DEFUNCIONES POR SEXO Y AÑO. PAZ DE ARIPORO CASANARE 2005- 2017	107
FIGURA 44. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD Y AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR GRANDES CAUSAS, PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016.....	109
FIGURA 45. TASA DE MORTALIDAD Y AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS EN HOMBRES SEGÚN GRANDES CAUSAS, PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016.....	110
FIGURA 46. MORTALIDAD Y AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS EN MUJERES SEGÚN GRANDES CAUSAS, PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016.....	111
FIGURA 47. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016.....	112
FIGURA 48. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016	112
FIGURA 49. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016	113
FIGURA 50. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 GENERAL DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016	114
FIGURA 51. TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADA EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016.....	115
FIGURA 52. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR PATOLOGÍAS TRASMISIBLES. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2017.....	116
FIGURA 53. DEFUNCIONES EN HOMBRES Y MUJERES POR PATOLOGÍAS INFECCIOSAS. PAZ DE ARIPORO 2005- 2017.....	117
FIGURA 54. MORTALIDAD POR NEOPLASIAS, PAZ DE ARIPORO 2005- 2017	118
FIGURA 55. PROPORCIÓN DE DEFUNCIONES DE HOMBRES POR PATOLOGÍAS TUMORALES. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2017.....	119
FIGURA 56. VARIACIÓN EN EL NÚMERO DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2017	120
FIGURA 57. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2017.....	121
FIGURA 58. DEFUNCIONES DE HOMBRES Y MUJERES POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2016	121
FIGURA 59. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016	122
FIGURA 60. DEFUNCIONES DE HOMBRES POR AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2016	123
FIGURA 61. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS. PAZ DE ARIPORO 2005 – 2016	125
FIGURA 62. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN HOMBRES POR CAUSAS EXTERNAS. PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2017	127
FIGURA 63. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES. PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016	127
FIGURA 64. PROPORCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD DE MUJERES POR CAUSAS EXTERNAS. PAZ DE ARIPORO 2005 – 2017 ...	128
FIGURA 65. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016.....	130
FIGURA 66. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES Y MUJERES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005 – 2016	131
FIGURA 67. CASOS DE MORTALIDAD INFANTIL. PAZ DE ARIPORO 2005- 2016.....	135
FIGURA 68. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2015	135
FIGURA 69. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS Y NIÑAS. PAZ DE ARIPORO 2005 A 2016	136
FIGURA 70. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005- 2015	137
FIGURA 71. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL EN NIÑOS, MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO, 2005- 2015.....	138
FIGURA 72. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA. PAZ DE ARIPORO 200- 2017.....	138
FIGURA 73. CASOS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS. PAZ DE ARIPORO 2005- 2016	139
FIGURA 74. CASOS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. PAZ DE ARIPORO 2005- 2016	140
FIGURA 75. TASA DE MORTALIDAD ESPECÍFICA EN LA NIÑEZ. PAZ DE ARIPORO 2005- 2015	140



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



FIGURA 76. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS. PAZ DE ARIPORO 2005- 2016..... 141

INDICE DE MAPAS

MAPA 1. UBICACIÓN DE PAZ DE ARIPORO EN EL CONTEXTO NACIONAL. -----21

MAPA 2. UBICACIÓN SUBREGIONAL DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO-----22

MAPA 3. LOCALIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE-----22

MAPA 4. DIVISIÓN POLÍTICA URBANA. MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE 2018 -----24

MAPA 5. DIVISIÓN POLÍTICA DE PAZ DE ARIPORO CASANARE 2018 -----24

MAPA 6. CENTROS POBLADOS. MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE 2018-----26

MAPA 7. UBICACIÓN DEL RESGUARDO INDÍGENA MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO-----27

MAPA 8. HIDROGRAFÍA DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE -----28

MAPA 9. VÍAS DE COMUNICACIÓN DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO -----31

MAPA 10. CLASIFICACIÓN CLIMÁTICA DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO -----32

MAPA 11. AMENAZAS NATURALES DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO -----35

MAPA 12. RIESGO SÍSMICO EN COLOMBIA. 2014 -----35

MAPA 13. AMENAZAS ANTRÓPICAS DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO-----37

MAPA 14. DENSIDAD POBLACIONAL POR MUNICIPIO. PAZ DE ARIPORO 2015-----39



PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud en un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en el territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan.

La administración municipal bajo la dirección y liderazgo del Alcalde Municipal, en el marco del Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019 “Paz de Ariporo Por el Camino Correcto” y el trabajo coordinado de la Secretaría Municipal de salud, en cumplimiento de lo establecido en la resolución 1536 de 2015 “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud” presenta el 2Análisi de la Situación en Salud de Paz de Ariporo 2018.

La actualización del documento “Análisis de Situación de Salud 2018” se llevó a utilizando la metodología estandarizada “Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales” cuya aplicación ha permitido avanzar exitosamente en la identificación de los principales efectos en salud que deben ser considerados durante el Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido este, como el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud.

La Secretaría de Salud del municipio de Paz de Ariporo pone a disposición del, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del análisis de la situación de salud para 2018, esperando que logre su posicionamiento en los espacios de toma de decisiones sectoriales y transectoriales, para que en conjunto logremos disipar las desigualdades y las inequidades sociales generadoras de inequidades en salud.



INTRODUCCIÓN

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

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

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

El ASIS facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud”. Estudia la interacción entre las condiciones de vida, causas, condiciones y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales e incluyen como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y ocupación, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento (Organización Panamericana de la salud, 1999).

La importancia del ASIS radica en generar la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros para el ASIS como la definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia; la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud, la evaluación de su pertinencia y cumplimiento y la construcción de escenarios prospectivos de salud (Organización Panamericana de la salud, 1999). Se reconoce la importancia que tiene la generación, el flujo y el análisis de la información, como insumo para asegurar que las decisiones tomadas sean confiables, factibles y articuladas con la realidad a la que van a ser dirigidas (Bernal O, 2012).

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

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



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO






El segundo capítulo contiene la descripción de los determinantes sociales de la salud poblacional.

El tercer capítulo, habla de la composición y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

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

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

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

Finalmente, en el sexto capítulo se generan algunas recomendaciones para la acción política y la planeación en salud.

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



METODOLOGÍA

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

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales provenientes del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2016; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2017. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2016. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis).

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

Con base en estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades¹². Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores mediante el método de regresión Joinpoint y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



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

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

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

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

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



SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO.

ANLA:	Autoridad Nacional de Licencias Ambientales
ANH:	Agenda Nacional de Hidrocarburos
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
DNP:	Departamento Nacional de Planeación
Dpto:	Departamento
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB:	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
EPS:	Empresa Promotora de Salud
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 Transmitidas por Vectores
HTA:	Hipertensión Arterial
IGAC:	Instituto Geográfico Agustín Codazzi
IC95%:	Intervalo de Confianza al 95%
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
INS:	Instituto Nacional de Salud
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
IRAG:	Infección Respiratoria Aguda Grave



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



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
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
POA:	Plan Operativo Anual
PTS:	Plan Territorial de Salud
RIPS:	Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
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
VUS:	Vías Urbanas Secundarias
VUT:	Vías Urbanas Terciarias



CAPITULO 1.

CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL, POLÍTICO Y DEMOGRÁFICO



Contexto Territorial

La localización del municipio en los contextos Nacional y Departamental, las características físicas propias de la composición geográfica del territorio y la capacidad de comunicarse interna y externamente, promueven el establecimiento de relaciones con sus habitantes quienes, potencialmente, verán la influencia de las condiciones territoriales en que viven sobre la salud poblacional y su distribución. A continuación, se abordan cuatro aspectos clave para describir la relación del territorio y la salud de las personas. Estos son: la localización, las características físicas del territorio, los riesgos y amenazas geográficas y el sistema de vías de comunicación sobre el que las personas se movilizan.

LOCALIZACIÓN

El Municipio de Paz de Ariporo (mapa 1) se encuentra ubicado los Llanos Orientales, región de la Orinoquía de la cual forma parte el Departamento de Casanare, a una distancia de Bogotá D.C. de 456 kilómetros por la vía Marginal de la Selva, la cual es del orden Nacional o de primer nivel.

Mapa 1. Ubicación de Paz de Ariporo en el Contexto Nacional.



Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo

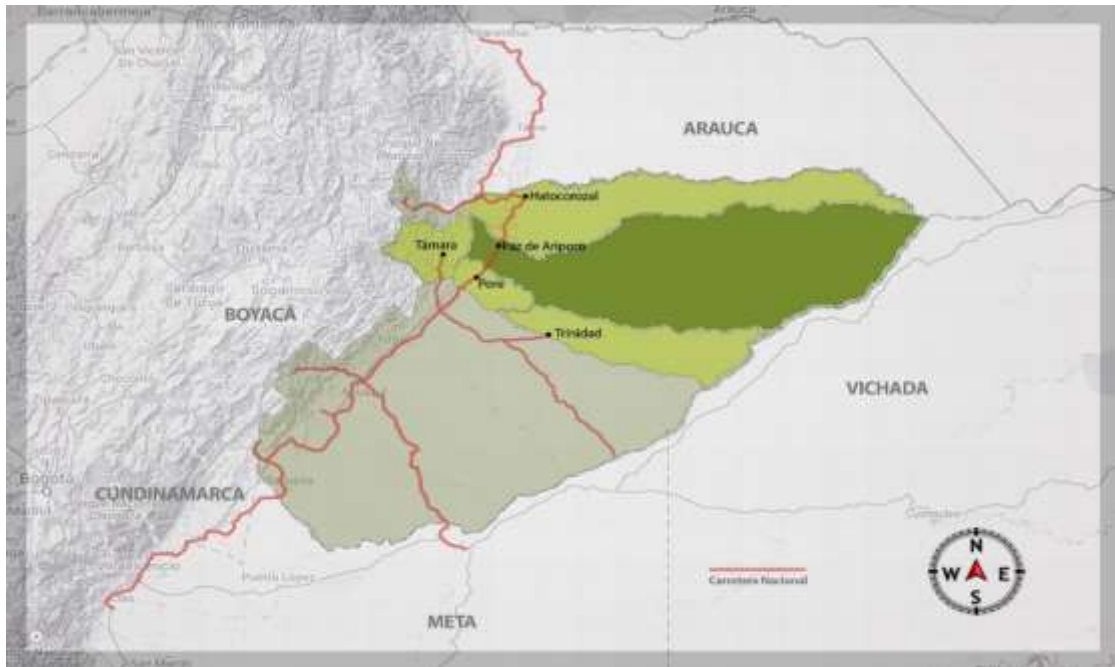
El municipio de Paz de Ariporo se localiza en la zona norte del Departamento de Casanare (mapa 2) a una distancia de 96 kilómetros de Yopal, junto con los municipios de Pore, Hato Corozal, Sácama y La Salina.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Mapa 2. Ubicación subregional del municipio de Paz de Ariporo



Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo

El municipio está situado al nor-oriental del departamento de Casanare, con una extensión aproximada de 13.800 km², convirtiéndose uno de los municipios más extenso del país y representa el 27.14% de la superficie Departamental. La altura aproximada es de 270 m.s.n.m. El área urbana ocupa aproximadamente 7 Km² y la rural 13.793 Km², la altitud de la cabecera municipal es de 340 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m) con una temperatura media: 28° C.

Mapa 3. Localización del municipio de Paz de Ariporo Casanare



Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Límites municipales

El territorio municipal está conformado por el espacio geográfico comprendido dentro de los límites establecidos por las ordenanzas y decretos departamentales que le determinan y que se presentan en el mapa de jurisdicción y límites municipales de Casanare.

Los límites del Municipio son: Por el Norte: con el Municipio de Hato Corozal:

- Por el Sur: con el Municipio de Trinidad
- Por el Oriente: con Departamentos de Arauca y Vichada.
- Por el occidente: con los Municipios de Pore y Támara.

CONTEXTO POLÍTICO DEL MUNICIPIO

Para el 2018, el poder ejecutivo del municipio está en cabeza del doctor Favio Alejandro Vega Galindo, alcalde municipal elegido por voto popular para el periodo 2016- 2019, acompañado por 4 oficinas atesoras adscritas al despacho: oficina jurídica, oficina de presupuesto, oficina de control interno y oficina de atención al usuario. El gabinete Municipal lo conforman seis (6) secretarías de despacho: Secretaría General y de Gobierno Municipal, Secretaría de Gestión y de Bienestar Social, Secretaría de Infraestructura, Secretaría de Agricultura y Ganadería, Secretaría de Salud Municipal, Tesorería Municipal y Oficina de Planeación Municipal.

El poder legislativo está representado por el Consejo Municipal conformado por 13 miembros elegidos por voto popular para un periodo constitucional 2016- 2019. El poder judicial con presencia en el municipio está representado por cuatro juzgados (un promiscuo del circuito, dos Promiscuos Municipales, un promiscuo de Familia), una fiscalía Seccional y dos fiscalías locales.

La personería Municipal es el organismo de control con presencia en el municipio.

División Política Área Urbana

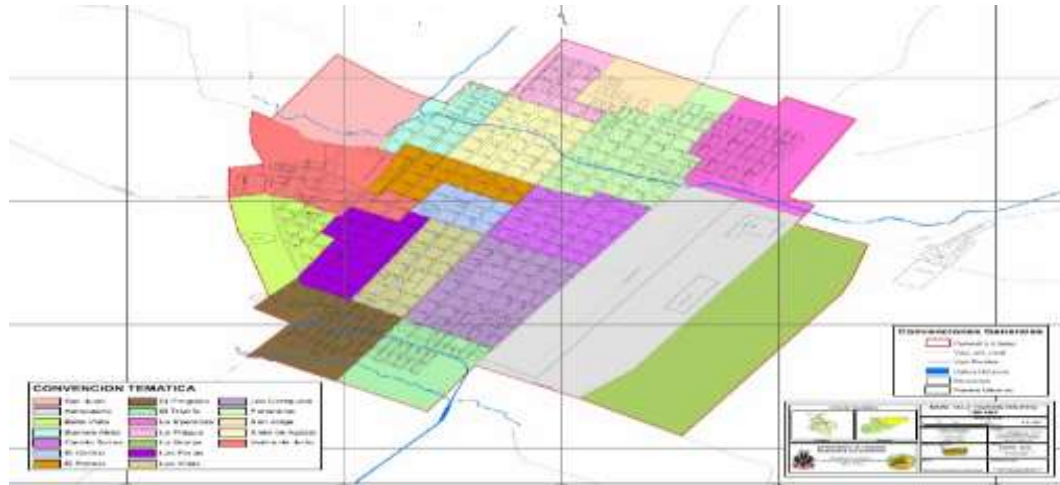
El área urbana está conformada por los siguientes barrios: Bella Vista, Buenos Aires, Camilo Torres, El Centro, El Palmar, El Progreso, El Triunfo, La Esperanza, La Fragua, La Granja, Las Ferias, Las Villas, Los Centauros, Panorama, San Jorge, San Juan, Siete de Agosto, Veinte de Julio y Aeropuerto. Mapa 4.



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Mapa 4. División política urbana. Municipio de Paz de Ariporo Casanare 2018

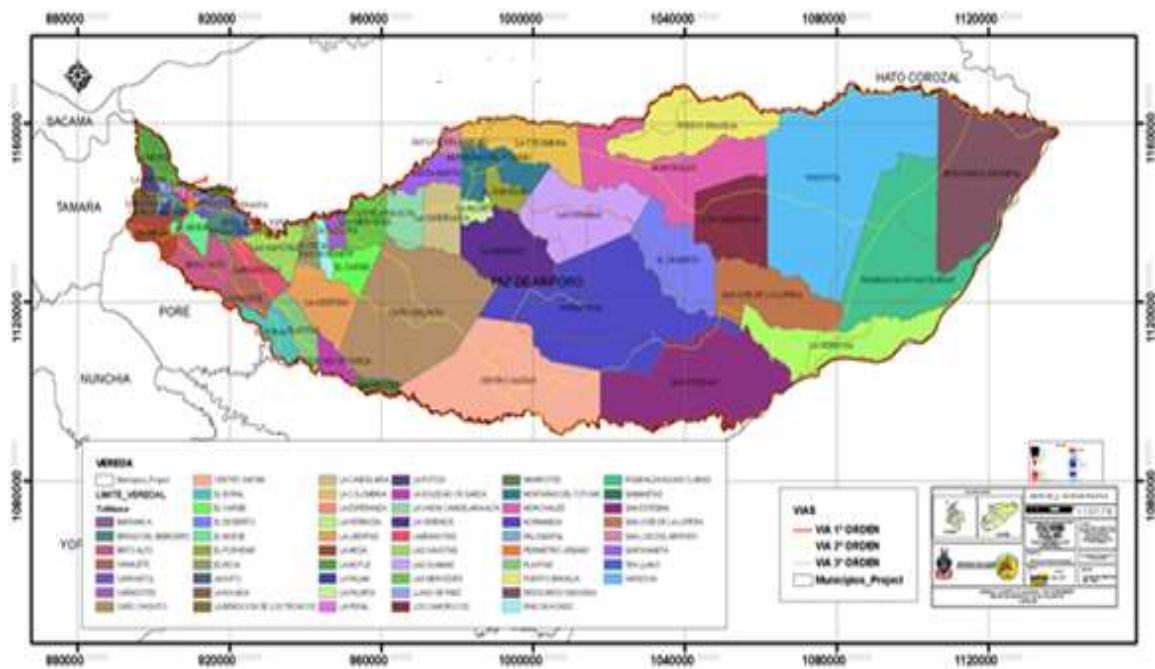


Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo

División Política Área Rural

En el área rural se encuentra conformada por 54 veredas. Mapa 5 y Tabla 1

Mapa 5. División política de Paz de Ariporo Casanare 2018



Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 1. Veredas del municipio de Paz de Ariporo

1	Brisas del Bebedero	19	La Bendición de Los Troncos	37	Llano de Páez
2	Brito Alto	20	La Candelaria	38	Los Camorucos
3	Cañadotes	21	La Colombina	39	Los Morichales
4	Canalete	22	La Esperanza	40	Manirotos
5	Caño Chiquito	23	La Hermosa	41	Montañas del Totumo
6	Carrastol	24	La Libertad	42	Normandía
7	Centro Gaitán	25	La Mesa	43	Palosantal
8	El Boral	26	La Motuz	44	Playitas
9	El Caribe	27	La Palma	45	Puerto Brasilia
10	El Desierto	28	La Palmita	46	Rincón Hondo
11	El Jordán	29	La Peral	47	Risaralda Aguas Claras
12	El Muese	30	La Potosí	48	Sabanetas
13	El Porvenir	31	La Soledad Caño Garza	49	San Esteban
14	Elvecia	32	La Unión Candelaria Alta	50	San José de La Lopera
15	Gaviotas	33	La Veremos	51	San Luis del Ariporo
16	Jaguito	34	Labrancitas	52	Santa Martha
17	La Aguada	35	Las Guamas	53	Ten Llano
18	La Barranca	36	Las Mercedes	54	Varsovia

Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011

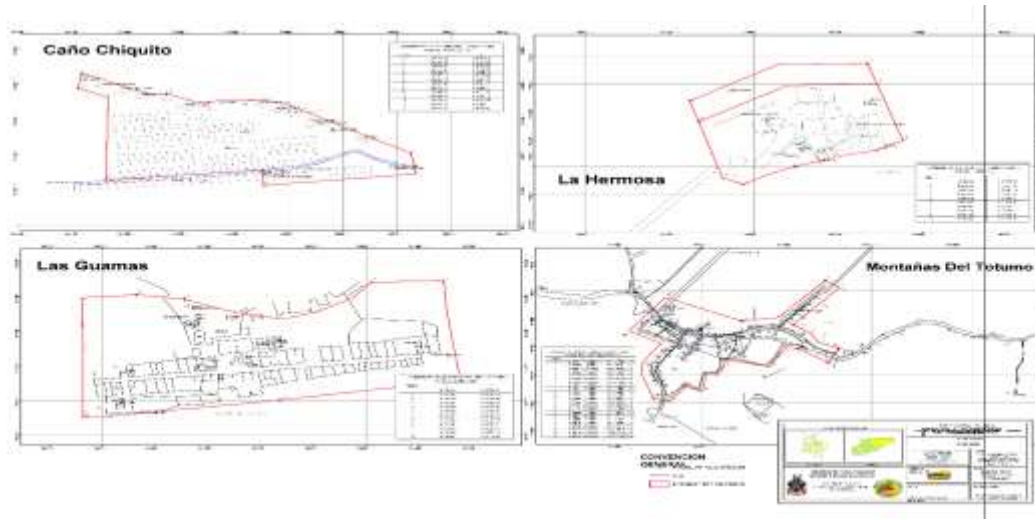


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Existen 4 centros poblados: Las Guamas, la Hermosa y Caño Chiquito (Mapa 6)

Mapa 6. Centros poblados. Municipio de Paz de Ariporo Casanare 2018



Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo

Resguardo Caño Mochuelo

En el municipio está el resguardo indígena de Caño Mochuelo, el cual se encuentra ubicado en la región de la Orinoquía colombiana, en el extremo nororiental del Departamento del Casanare, jurisdicción de los municipios de Hato Corozal y Paz de Ariporo, específicamente en el área aledaña a la confluencia de los ríos Meta y Casanare.

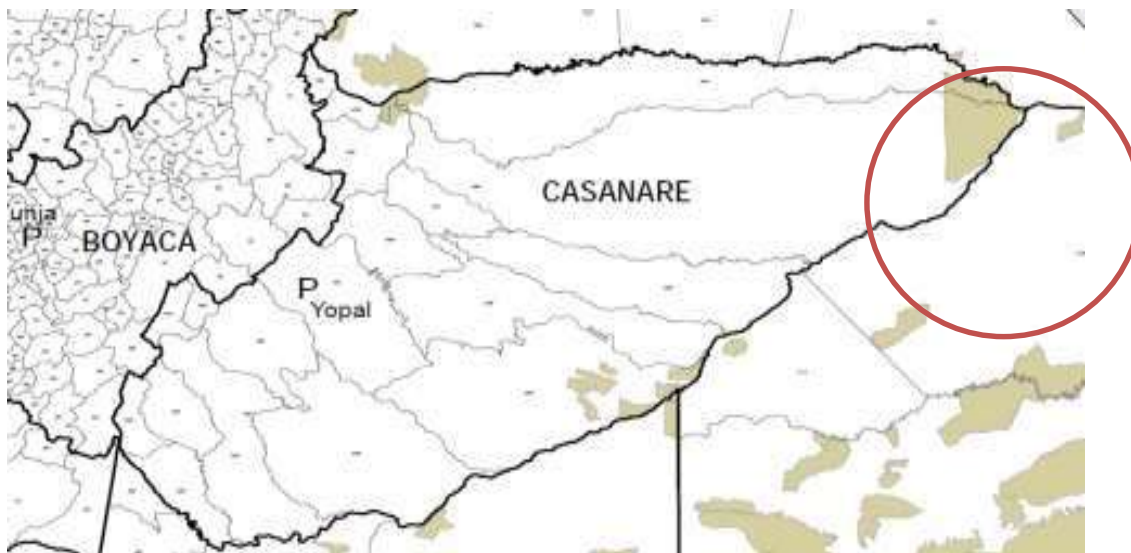
La extensión territorial estimada en hectáreas del resguardo de Caño Mochuelo es de 93.864 hectáreas. La extensión del territorio Wamonae se estima en 7185 hectáreas, que equivalen a un 7,7% del total del Resguardo. Como puede observarse, la comunidad Sikuni ocupa dos sectores diferentes, mientras que los Yamalero y los Yaruro comparten un mismo territorio.

Las comunidades Maibén- Masiware y Sikuni cuentan con un territorio más extenso. El espacio de las dos comunidades comprende el 44% de las tierras del Resguardo, mientras que el restante 56% es compartido por los otros siete pueblos. Los pueblos con menor cantidad de tierras son los Tsiripu, con 6,7%, los Wamonae, con 7,7%, los Sáliba con un 9,8% y los Yaruro y Yamalero con el 8,8%.

El Resguardo Indígena existente tiene una extensión de 94.000 hectáreas. El 61% del total de la población indígena del Departamento de Casanare se localiza en el Resguardo Indígena de Caño Mochuelo en Paz de Ariporo. (Mapa 7)



Mapa 7. Ubicación del Resguardo Indígena Municipio de Paz de Ariporo



Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011

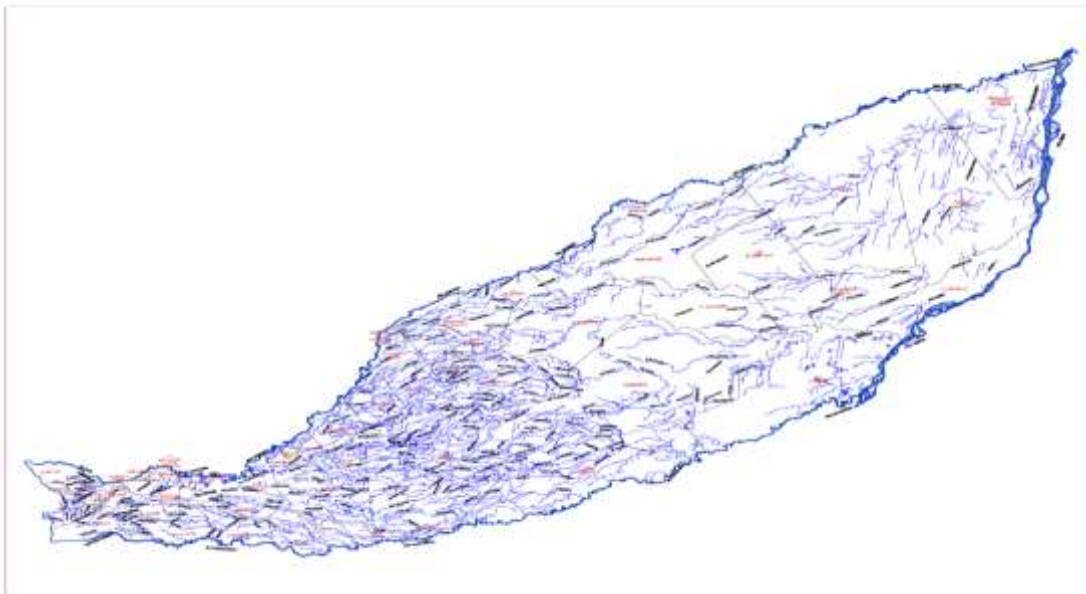
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TERRITORIO

Las características del suelo tienen una dependencia directa de levantamiento y la evolución final de la cordillera Oriental lo cual hace que se presenten algunas unidades de relieve, como Unidad de Llanura: Como su nombre lo indica llanura son planicies que no superan una altura de 100 metros sobre el nivel del mar.

Tiene su origen por acumulación de materiales provenientes de la cordillera y depósitos de ríos. Unidad de Piedemonte, que constituye una franja de sur a Norte en el Departamento y en el Municipio de Occidente a Oriente. En la zona de transición entre la llanura y la cordillera oriental, es una acumulación distinta de materiales producidos por la erosión y el levantamiento de cordilleras. el paisaje de llanura, en nuestro territorio es llamado comúnmente sabana o llano, es una unidad que corresponde a la parte aluvial conformada por los terrenos bajos que se extiende, desde la parte alta, estribaciones de la cordillera oriental, hasta las desembocaduras de sus principales ríos. De igual manera existen Bancos de Sabanas o Escarceo, que corresponden a pequeñas elevaciones de terreno hasta 50 cm. y puede tener un ancho entre 2 y 5 metros la dirección casi siempre concuerdan con las curvas del nivel, pueden ser paralelas o curvas. Extensión total: 13800 Km². (Mapa 8)



Mapa 8. Hidrografía del municipio de Paz de Ariporo Casanare



Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011

Accesibilidad Geográfica

En la cabecera municipal se encuentra el Aeropuerto de Paz de Ariporo el cual dispone un horario de operación de lunes a Domingo 06:00 a 18:00. el Municipio de Paz de Ariporo este comunicado por vías nacionales como la Marginal de la Selva la cual es totalmente pavimentada que lo comunica con los Municipios de Pore, Yopal y Hato Corozal de igual manera con el departamento de Arauca.

El tiempo estimado para el traslado entre el Municipio de Paz de Ariporo a los Municipios vecinos oscila entre treinta minutos a dos (2) horas, se cuenta con transporte público, con empresas que ofertan frecuencias variadas, dependiendo del lugar a donde se desplacen las personas, siendo Yopal y Pore los destinos con mayor cantidad de frecuencias. Estos tiempos de traslado se deben al estado aceptable de las vías, especialmente la Marginal de la Selva, la cual tuvo un proceso de mejoramiento de la calzada, eliminando una de las causas de accidentalidad vial y reduciendo los tiempos de traslado.

La distancia de Paz de Ariporo a la capital del departamento es de 91 kilómetros por vía terrestre, permite un tiempo de desplazamiento en vehículo automotor de aproximadamente 90 minutos. Tabla 2



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, Paz de Ariporo, Casanare

Municipio de Paz de Ariporo	Municipios vecinos	Distancia en Kilómetros entre Paz de Ariporo y sus municipio vecino	Tipo de transporte	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
				horas	minutos
Municipio Capital	Yopal	91	Terrestre	1	30
Municipio 2	Hato Corozal	40	Terrestre		30
Municipio 3	Pore	20	Terrestre		20

Fuente: Documento de Red de Servicios de Salud de Casanare 2016

En la tabla 3, se muestran los tiempos de desplazamiento y la distancia aproximada para el desplazamiento desde las veredas o centros poblados a la cabecera municipal

Tabla 3. Distancias aproximadas y tiempo de desplazamiento interno, municipio de Paz de Ariporo

LUGAR	TIEMPO DE TRASLADO	LONGITUD VIA (KM)	CARACTERÍSTICAS Y LONGITUDES. (KM)			
			PAVIMENTO FLEXIBLE	AFIRMADO	TERRAPLEN	TERRENO NATURAL
La Hermosa	10 horas	201	48	42	34	77
Centro Gaitán	5 horas	120	16	38	0	66
La Aguada	1 hora	14		14	0	0
La Esperanza	1.5 Horas	16	0	9.8	0	20.2
La Mesa	30 minutos	7	0	0	0	11
Jaguito	30 minutos	8	0	11	0	0
Sabanetas	1 hora	15	4	11	0	0
La Motuz	2 horas	13	5	8	0	0
Brito Alto	45 minutos	14	5	0	0	9
Caño Mochuelo	11 horas	240	48	42	34	116
Total		558	78	133.8	34	183.2

Fuente: Página Web Alcaldía Municipal de Paz de Ariporo

Vías de Comunicación

En el municipio de Paz de Ariporo existen tres tipos de vías de comunicación: Terrestre, Acuática y aérea

Vías terrestres primarias: Corresponde al tramo de La Marginal de La Selva que Comunica a Paz de Ariporo con Hato Corozal y a este Municipio con Arauca.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Vías terrestres terciarias: Corresponden a las vías cuya construcción y mantenimiento están a cargo del municipio (mapa 9). Las más importantes son:

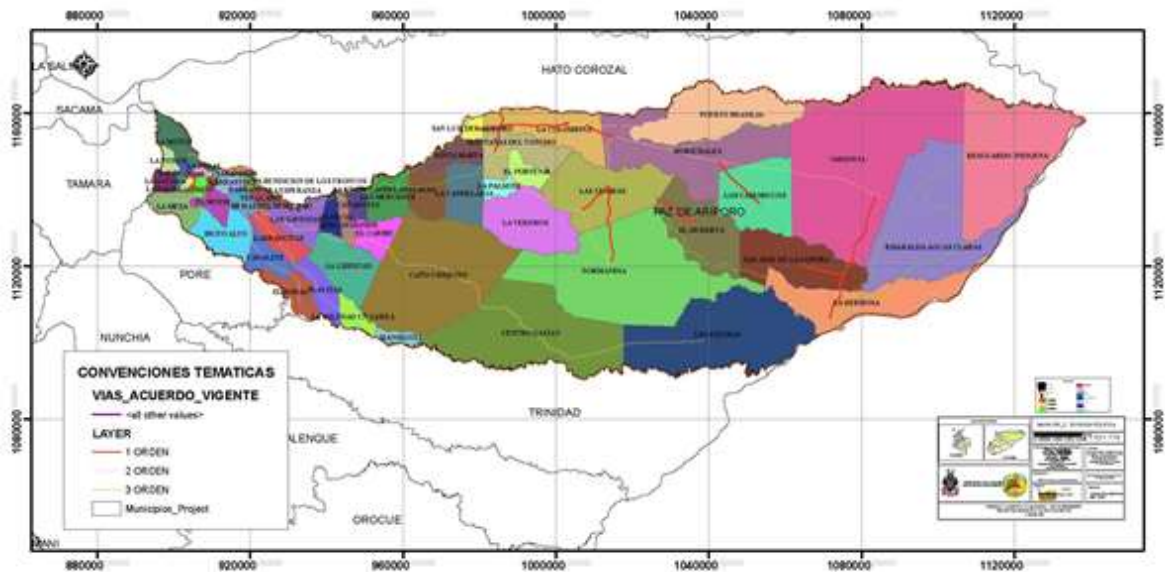
- Yopal – Paz de Ariporo
- Paz de Ariporo - La Cabuya
- La Y – Caño Garza
- Casco Urbano - Montañas del Totumo – Las Guamas- La Hermosa
- Casco Urbano - La Aguada – Tailandia
- Casco Urbano - Ten Llano
- Casco Urbano - Manare - Las Tapias
- Guayabal - La Motuz - Llano de Páez
- La Vegas – San Luís del Ariporo
- Casco Urbano - El Boral
- Casco Urbano - Labrancitas - Caño Garza
- Casco Urbano - La Colombina – Sarare
- Casco Urbano - La Veremos
- Casco Urbano – Sabanetas
- Rincón Hondo – Las Mercedes - La Chapa
- San Pablo – Caño Chiquito - Centro Gaitán
- Totumo - Puerto Colombia - Paso Real del Ariporo
- Las Mercedes – La Consulta – Corrales – La Plata – Normandía
- La Hermosa – Varsovia – San José del Ariporo
- Varsovia – Risaralda
- Montañas del Totumo – San Luís del Ariporo
- La Macoya – La Palmita – La Veremos – Normandía
- Las Guamas – Morichales – Varsovia
- Montañas del Totumo – Puerto Brasilia
- Normandía – Las Guamas
- Morichales – Camorucos
- El Desierto – Planeta Rica
- Guayabal – La Motuz
- Vía Alternativa Palosantal – Jagüito – La Mesa
- Vía Alternativa Carrastol - Bendición de los Troncos – La Barranca



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Mapa 9. Vías de comunicación del municipio de Paz de Ariporo



Fuente: Fuente: Galería de mapas. Alcaldía de Paz de Ariporo

Vías fluviales: Se determinan como sistemas de comunicación fluvial los ríos Ariporo, Guachiría, Meta y todos aquellos que de una manera u otra presenten condiciones para ello o que, con mejoras en sus cauces, puertos, etc., puedan prestar dicha función y que utilizan pequeñas embarcaciones para el desplazamiento de personas y víveres

Vías aéreas: Existe una pista de aterrizaje, ubicada en San José del Ariporo, la cual está autorizada por la Aero civil. Aeropuerto – Base Militar, carrera 1 vía a Barranca y Montañas del Totumo. Este tipo de transporte es utilizado principalmente para el traslado asistencial de pacientes a las IPS de referencia en la ciudad de Yopal, en caso de requerirse, aunque no siempre existe esta disponibilidad.

Clima: El clima constituye el conjunto de condiciones de la atmósfera, que caracterizan el estado o situación del tiempo atmosférico y su evolución en un lugar dado. El clima se determina por el análisis espacio tiempo de los elementos que lo definen y los factores que lo afectan. El clima es importante, desde el punto de vista físico biótico por su directa intervención en la evolución de los suelos y el paisaje, además por ser uno de los elementos o insumos necesarios para la determinación de las amenazas naturales y desde el punto de vista socioeconómico por su influencia en la decisión de utilización de las tierras para determinar los usos potenciales en un determinado lugar

En el municipio Paz de Ariporo se presenta un régimen de precipitación caracterizado por lluvias moderadas, especialmente en los meses de abril, mayo y junio, debido a la influencia de las corrientes procedentes de la Amazonía, y en los meses de julio, agosto y septiembre por la influencia de las corrientes procedentes del océano Atlántico venezolano y noreste colombiano. Esta influencia trae consigo que existe una continuidad entre el invierno provocado por los vientos procedentes de la Amazonía durante el movimiento regular de la



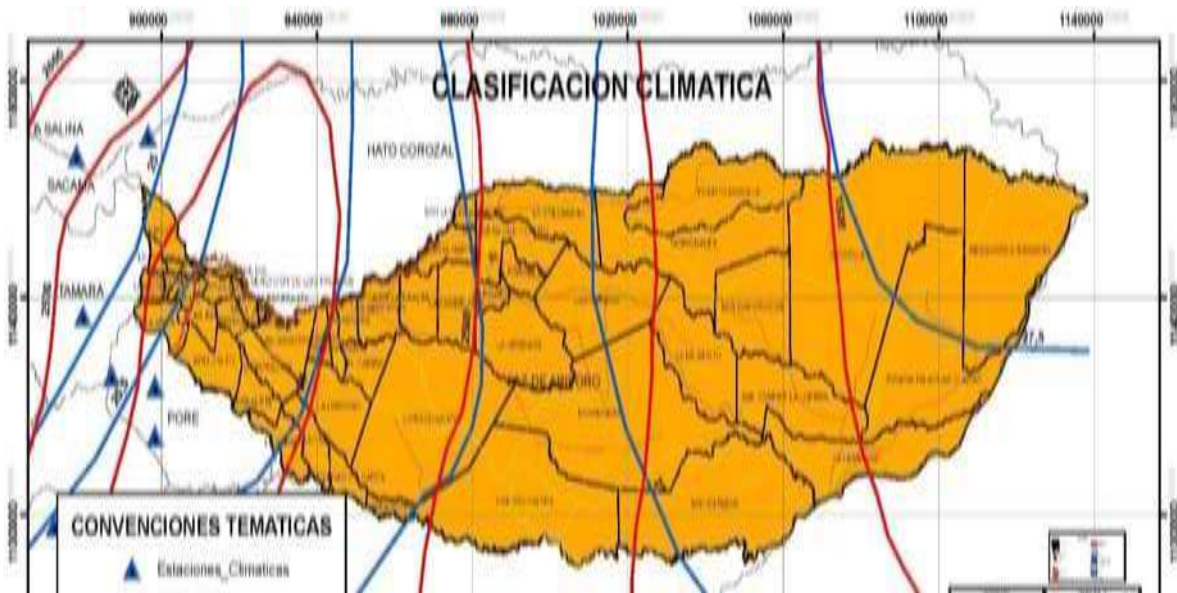
ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



zona de confluencia intertropical, cuando baja en abril, mayo al Ecuador y regresa hacia los meses de octubre y noviembre al Atlántico, generando en la zona de piedemonte llanero especialmente en el área de la reserva del Cerro Zamaricote un régimen Mono modal de precipitación.

La temporada lluviosa especialmente en el área de la reserva de Zamaricote, tiene su máxima expresión entre los meses de mayo, junio, julio y parte de agosto, siendo junio el mes más lluvioso, con 543 mm de precipitación media mensual. La temporada de sequía, se presenta en el periodo de diciembre a marzo aproximadamente, siendo diciembre el mes más seco con 2.7 mm de precipitación media mensual; los meses de noviembre y abril se consideran de transición entre la temporada seca y húmeda. El clima presenta un comportamiento excepcional presentando épocas bien definidas: la sequía entre los meses de diciembre a marzo y las lluvias entre abril y noviembre. Según Koeppen el clima del Municipio de Paz de Ariporo, es tropical lluvioso de bosques y sabanas y generalmente denominado clima cálido húmedo. Mapa 10

Mapa 10. Clasificación Climática del Municipio de Paz de Ariporo



Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011



RIESGOS Y AMENAZAS

El riesgo es definido como la probabilidad de que se presenten pérdidas o consecuencias económicas y sociales debido a la ocurrencia de un fenómeno naturales como por ejemplo procesos erosivos, sismos, remoción en masa, socavaciones, inundaciones, entre otros. Entre los factores que contribuyen a esa situación está la localización geográfica, las condiciones topográficas, climáticas e hidrológicas y el cambio climático global. La información acá consignada corresponde a lo establecido en el documento de Revisión y Ajuste al Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de paz de Ariporo.

Amenazas Naturales

Procesos erosivos y sismos: en todo el Municipio, en los suelos de altiplanicie y lomerío al noroccidente del Municipio, con susceptibilidad de amenaza ALTA.

Movimientos de remoción en masa: En el Cerro Zamaricote, se presentan movimientos en masa como avalanchas y deslizamientos principalmente en las cotas de 300 a 600 metros alrededor de corrientes de agua, los deslizamientos se presentan básicamente en las bases de los taludes afectando principalmente las zonas de la Aguada y la Tablona y zonas de piedemonte. Las avalanchas se presentan principalmente en los cauces de los ríos Ariporo, Guachiría y Muese en la base del piedemonte; con susceptibilidad de amenaza ALTA

Procesos de desertización: En las sabanas Eólicas con susceptibilidad de amenaza ALTA

Socavación: Márgenes del río Ariporo desde la cota; 200 al oriente del Municipio, veredas Barrancas, Ten Llano, la Esperanza, Gaviotas, Cañadotes y las Mercedes. en la Zona Nor-Oriental el río Ariporo también se genera amenaza de socavación afectando el margen de su cauce en la zona de Puerto Brasilia, Varsovia y en el Resguardo Indígena. Sobre las márgenes del río Meta también existen procesos de socavación desde la zona de confluencia con el río Ariporo recorriendo todo el límite oriental del Municipio hasta encontrarse con el río Guachiría que presenta amenaza alta de socavación en una franja sobre la vereda de San Esteban y sectores de las veredas Sabanetas, Bendición de los troncos, Rincón Hondo y Carrastol con susceptibilidad de amenaza ALTA.

Inundación: Llanura aluvial del Río Meta en proximidad a las veredas San Esteban y la Hermosa; el Río Muese en proximidad a la vereda Gaviotas; el Río Guachiría también se afecta por desbordamiento en varios sectores, entre ellos el cruce con la vía marginal de la selva, la Risaralda, Manirotos; el río Ariporo en todo su recorrido por el Municipio de Paz de Ariporo hasta la confluencia con el río Muese, afectando las veredas de la Aguada, Palo Santal y la ribera del río Tate. Con susceptibilidad de amenaza ALTA

Amenaza y vulnerabilidad: Corresponde a todas las áreas que dentro del Municipio estén expuestas a amenazas naturales y antrópicas y/o que han sufrido deterioro y presentan diferentes tipos de degradación. Estas áreas para el Municipio de Paz de Ariporo (tabal 4 y mapa 11) corresponden a:



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 4. Amenazas Naturales en el Municipio de Paz de Ariporo

AMENAZAS NATURALES	AMENAZAS NATURALES	SUSCEPTIBILIDAD A LA AMENAZA
Procesos erosivos	En los suelos de altiplanicie y lomerío al noroccidente del Municipio.	ALTA
Movimientos de remoción en masa	En el Cerro Zamaricote, se presentan movimientos en masa como avalanchas y deslizamientos principalmente en las cotas de 300 a 600 metros alrededor de corrientes de agua y se presenta erosión en las cotas entre 750 y 900 metros, los deslizamientos se presentan básicamente en las bases de los taludes afectando principalmente las zonas de la Aguada y la Tabloncito y zonas de piedemonte. Las avalanchas se presentan principalmente en los cauces de los ríos Ariporo, Guachiría y Muese en la base del piedemonte.	ALTA
Procesos de desertización	En las sabanas Eólicas	ALTA
Socavación	Márgenes del río Ariporo desde la cota 200 al oriente del Municipio, veredas Barrancas, Ten Llano, la Esperanza, Gaviotas, Cañadotes y las Mercedes. En la Zona Nor- Oriental el río Ariporo también se genera amenaza de socavación afectando el margen de su cauce en la zona de Puerto Brasilia, Varsovia y en el Resguardo Indígena. Sobre los márgenes del río Meta también existen procesos de socavación desde la zona de confluencia con el río Ariporo recorriendo todo el límite oriental del Municipio hasta encontrarse con el río Guachiría que presenta amenaza alta de socavación en una franja sobre la vereda de San Esteban y sectores de las veredas Sabanetas, Bendición de los troncos, Rincón Hondo y Carrastol.	ALTA
Inundación	Llanura aluvial del Río Meta en proximidad a las veredas San Esteban y la Hermosa; el Río Muese en proximidad a la vereda Gaviotas; el Río Guachiría también se afecta por desbordamiento en varios sectores, entre ellos el cruce con la vía marginal de la selva, la Risaralda, Manirotos; el río Ariporo en todo su recorrido por el Municipio de Paz de Ariporo hasta la confluencia con el río Muese, afectando las veredas de la Aguada, Palosantal y la ribera del río Tate. Veredas Bendición de los troncos, Sabanetas, Elvecia, Manantiales, Rincón Hondo, San Luis del Ariporo y la esperanza.	ALTA
Borrascas	Piedemonte del cerro Zamaricote	ALTA

Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011.



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



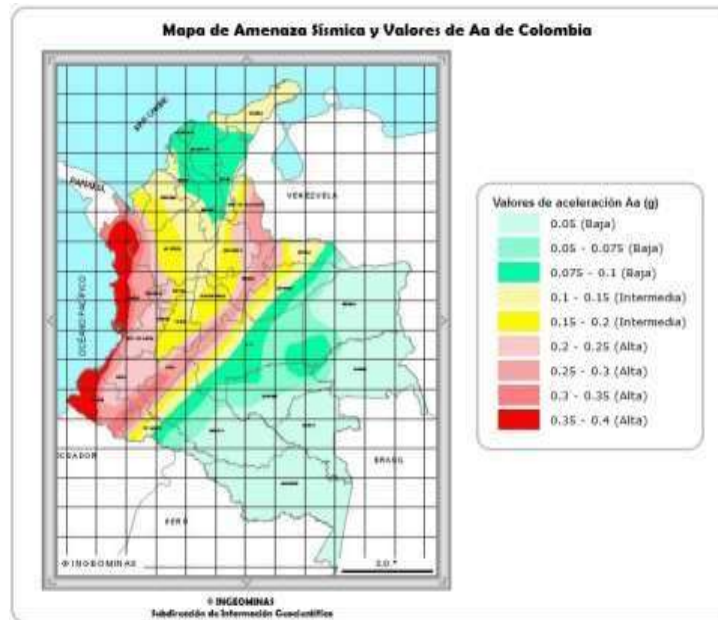
Mapa 11. Amenazas Naturales del Municipio de Paz de Ariporo



Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011

En cuanto a la Amenaza de sismicidad, Paz de Ariporo debido a sus condiciones de relieve tiene diferentes riesgos de Amenaza que van desde ALTA en la zona de piedemonte por su proximidad a la cordillera oriental, la cual es considerada en este nivel de riesgo en toda su extensión, además por su proximidad a la zona de influencia del Nevado de Cocuy. Ya hacia la zona de piedemonte el riesgo se disminuye a medio y en la zona de llanura el riesgo es bajo. Según reporte del Servicio Geológico Colombiano (SGC) en el periodo 1993 – 2015, en el Municipio se han reportado seis (6) sismos con intensidades que van desde 1.9 a 3.2 y con profundidad desde 1 hasta 76 Km. Mapa 12

Mapa 12. Riesgo Sísmico en Colombia. 2014





Amenazas Antrópicas

Las amenazas son aquellos peligros latentes generados por la actividad humana en la producción, distribución, transporte y consumo de bienes y servicios y la construcción y uso de infraestructura y edificios. Comprende una gama amplia de peligros como lo son las distintas formas de contaminación de aguas, aire y suelos, los incendios, las explosiones, los derrames de sustancias tóxicas, los accidentes en los sistemas de transporte, la ruptura de presas de retención de agua etc.

Incendios Forestales: Relictos boscosos en general, relictos de bosque del Cerro Zamaricote y de proximidad al río Muese; con susceptibilidad de amenaza ALTA; Incendios estructurales por características de las viviendas. Tabla 6

Socavación por extracción de material de río Guachiría sobre la cota 200 y en la zona del cerro Zamaricote, con susceptibilidad de amenaza ALTA, Por fallas tecnológicas en Oleoductos y Gasoductos Caño Garza, Caza Indiscriminada Todo el Municipio. Mapa 12

Tabla 5. Susceptibilidad de Amenazas Antrópicas Municipio de Paz de Ariporo

AMENAZAS ANTRÓPICAS	UBICACIÓN	ZONIFICACIÓN
Incendios Forestales	Relictos boscosos en general, relictos de bosque del Cerro Zamaricote y de Proximidad al río Muese	ALTA
Incendios estructurales por características de las viviendas	Suelo Rural del Municipio	ALTA
Socavación por extracción de material de río	Río Guachiría sobre la cota 200 y en la zona del cerro Zamaricote	ALTA

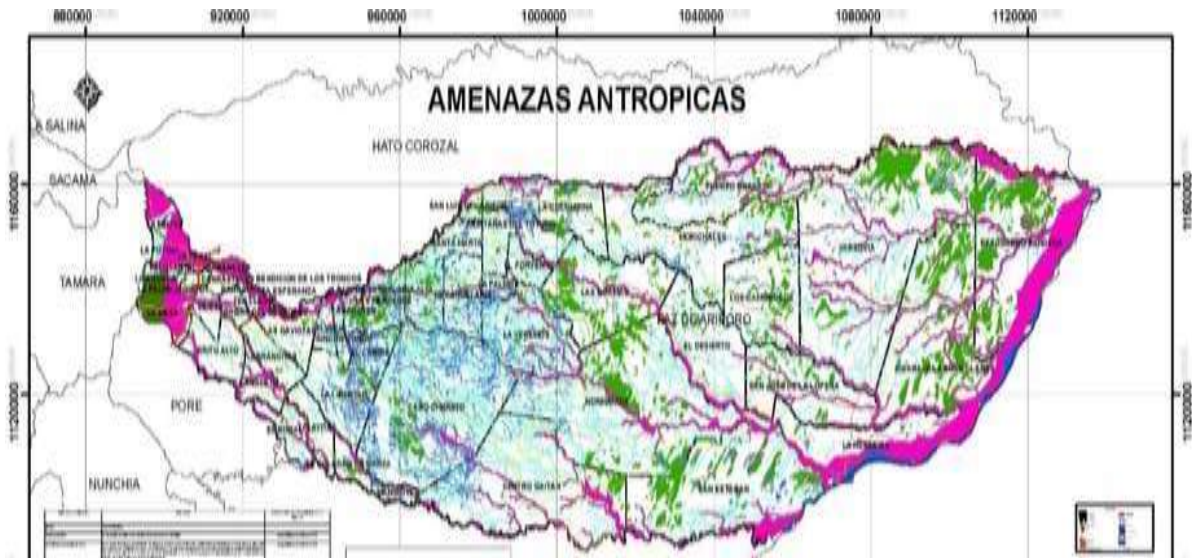
Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Mapa 13. Amenazas Antrópicas del Municipio de Paz de Ariporo



Fuente: Plan Básico de Ordenamiento Territorial de Paz de Ariporo ajustado 2011



CONTEXTO DEMOGRÁFICO.

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

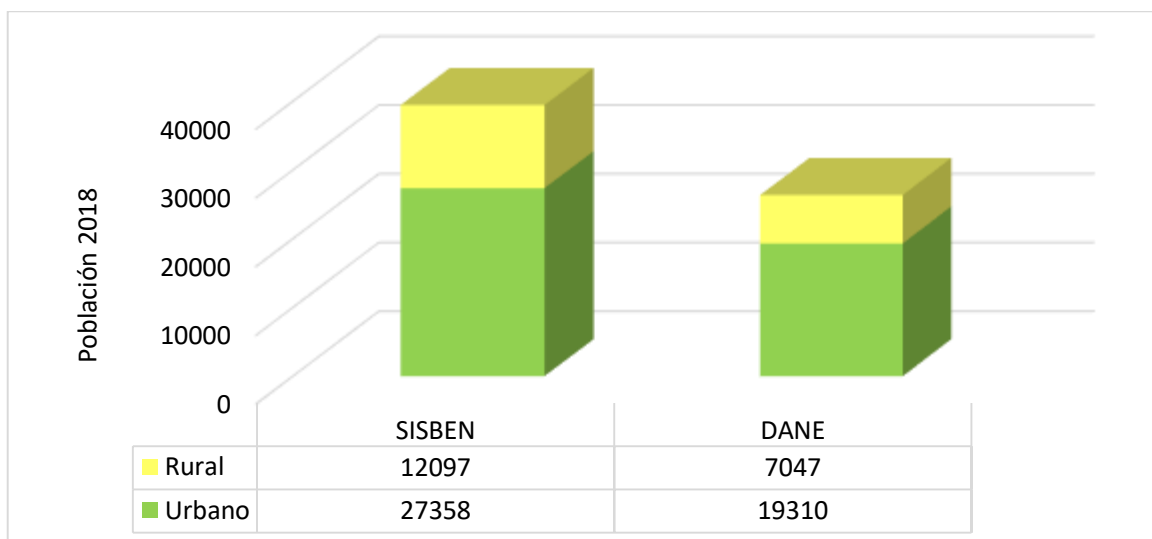
En este capítulo se describen cuatro aspectos importantes para entender el contexto demográfico en que se desarrolla la población del municipio y las características particulares que deben ser tenidas en cuenta para la planeación territorial estos son: el tamaño y volumen poblacional, la estructura poblacional,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

Tamaño y Volumen Poblacional

La población total en el Municipio de Paz de Ariporo proyectada por el DANE para el año 2018 es de 26.357 habitantes, de los cuales 19.310 (73,26%) habitan en el área urbana y 7.047 (26,74%) habitan en el área rural. El 50,35% (13.270) son hombres y el 49,65% (13.087) son mujeres. La población proyectada en el 2018 presenta una disminución del 2,9% (765 personas) con relación a la población del censo 2005, lo cual puede ser ocasionado por la migración poblacional por razones de estudio o trabajo.

Sin embargo, en la base SISBEN validada por el Departamento Nacional de Planeación a agosto de 2018, se encuentran 39.455 personas de las cuales 27.358 (69,40%) se encuentran en el área urbana y 12.097 (30,66%) en el área rural, por lo que existe una diferencia de 13.098 personas con relación a lo proyectado por el DANE como población del municipio para el año 2018. La población urbana registrada en el SISBEN supera en 8.048 personas a las proyecciones DANE y la rural en 5.050. (Figura 1)

Figura 1. Población SISBEN y Población DANE. Paz de Ariporo Casanare 2018



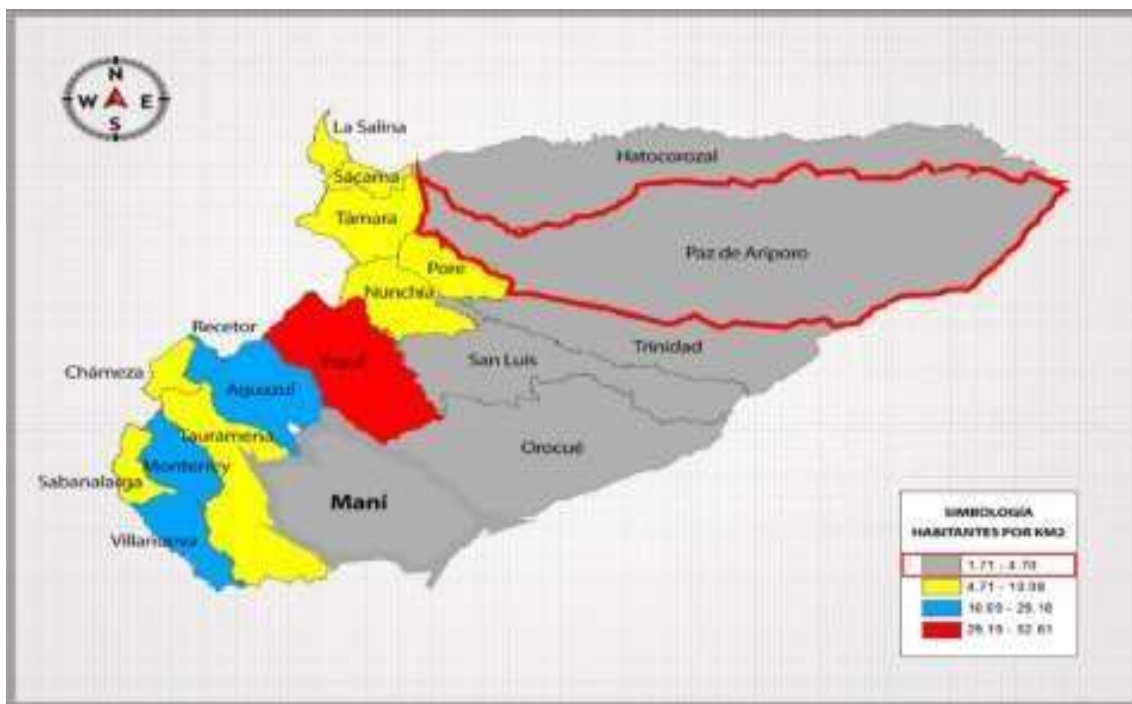
Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecciones de Población DANE y Base SISBEN validada DNP agosto de 2018



Densidad Poblacional

Para el año 2018 existe una densidad poblacional de 1,92 habitantes/Km², Paz de Ariporo resulta ser uno de los municipios del país con mayor dispersión poblacional en su área rural, siendo el municipio con menor número de habitantes por kilómetro cuadrado del Departamento. En el mapa 14 se muestra la densidad poblacional del municipio de Paz de Ariporo en el contexto departamental

Mapa 14. Densidad poblacional por Municipio. Paz de Ariporo 2015



Fuente: Construcción a partir de Proyecciones de Población DANE 2005 – 2020.

Población Por Área e Residencia

Según censo DANE para 2018 se presenta una proporción del 26,74% (7.047 habitantes) de población residente en el área rural y 73,26% (19.310 personas) residen en el área urbana. La distribución de la población del municipio se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Población por área de residencia Municipio de Paz de Ariporo 2018

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Habitantes	Porcentaje	Habitantes	Porcentaje		
PAZ DE ARIPORO	19.310	73,26%	7.047	26,74%	26.357	73,26%

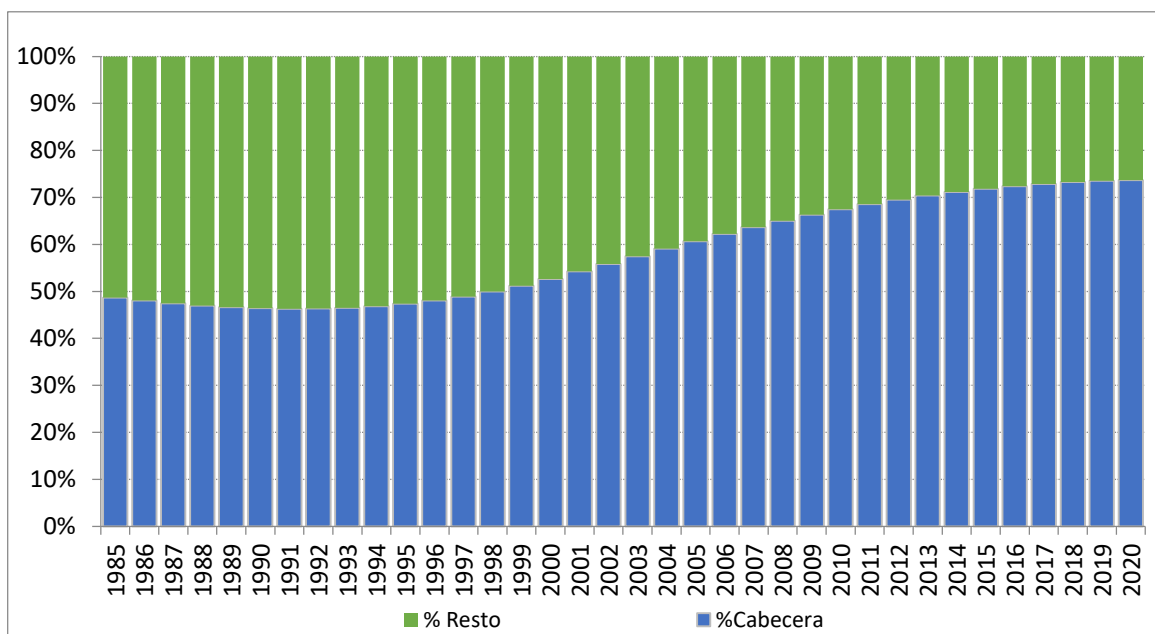
Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005, proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.



Grado de urbanización

Puede observarse como el grado de urbanización ha venido en acelerado aumento, presentándose para el año 1985 un grado de urbanización del 48,68%, para el año 2005 de 60,68% y para el año 2018 del 73,26%. y se espera que siga aumentando para el 2020 a 73,79%. La evolución del grado de urbanismo del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 1985 a 2020 permite observar que hasta 1997 existían más habitantes en el área rural, año a partir del cual, aumenta la población urbana a expensas de la rural obedeciendo probablemente a la migración interna. (Figura 2)

Figura 2. Cambios en el grado de urbanismo, Paz de Ariporo 1985- 2'018



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

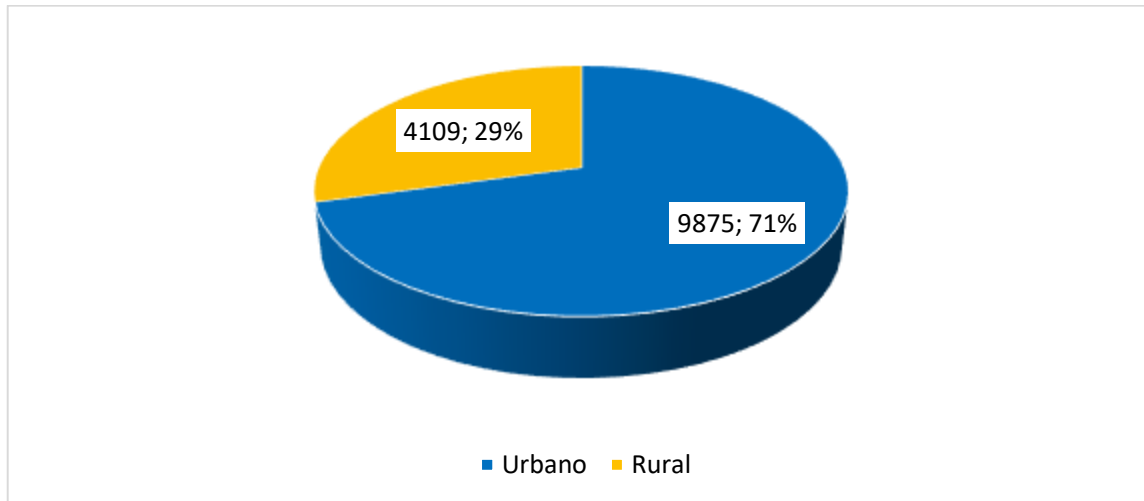
Número de hogares

Según el censo 2005 se tiene información de la existencia de un total de 4.044 hogares de los cuales 1.699 corresponde a la cabecera municipal y 2.078 al resto, como puede observarse existe un total 267 hogares que no se encuentran referenciados en cabecera municipal ni en la categorización de resto. Del total de hogares, el 48,3% están categorizados como hogares en déficit; el 31,9% en déficit cuantitativo y el 68% en déficit cualitativo. Acorde a la información del DNP para el año 2005 el 1362% de hogares se encontraban en hacinamiento y durante el año 2011: 21,87%.

Según la base de SISBEN validada por el DNP en agosto de 2018, existen en el municipio 13.984 hogares, de los cuales 9.875 (70,62%) son del área urbana y 4.109 (29,38%) son del área rural. (Figura 3)



Figura 3. Hogares del municipio de Paz de Ariporo Casanare 2018.



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

Población por pertenencia étnica

Según el Censo ampliado en el año 2005 la población del municipio de Paz de Ariporo era de 25.092 habitantes, de los cuales 652 (3%) se identificaron como Indígena, 559 (2%) Negro (a), mulato, afrocolombiano y 23.771 (95%) no se identificaron como pertenecientes ningún grupo étnico. 110 personas no informaron su pertenencia étnica.

Estructura Poblacional

El País y por ende todas sus regiones experimentan la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasas de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. El análisis de los indicadores demográficos del municipio en el periodo 2005 a 2018, muestran lo siguiente:

Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 53 niños entre 0 y 4 años; para 2018 esta cifra descendió a 43 y se proyecta que para 2020 esta cifra sea similar. Así mismo, en 2018 la población menor de 15 años corresponde al 32% (8.444) de toda la población, es 6 puntos porcentuales menor que en 2005 y se proyecta que para 2020 continúe descendiendo hasta representar el 31% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 3,9% de toda la población mostrando incremento en 1 punto porcentuales con respecto a 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 4,1%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos diez años. En 2005, de cada 100 personas entre 15 y 60 años dependían 75 personas menores de 15 y mayores de 65 años; en 2018 el número de dependientes es de 62 y se proyecta que para 2020 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 61. El



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



comportamiento antes descrito, se relaciona con que mientras el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 67 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005 a 52 en 2018.

El índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 8 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 10 en 2018; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2020 haya más dependientes mayores de 60 años y menos menores de 15 años dependientes.

El índice de Fritz que representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. Para todos los años, este índice fue mayor a 160, lo que indica que en el municipio predomina la población joven. En 2005, el índice de Fritz era de 215,13 y disminuyó en 2018 a 182,76 por lo que podemos afirmar que el municipio de Paz de Ariporo tiene una población joven.

La razón de masculinidad (Relación hombres/mujer) en el año 2005 por cada 102 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2018 descendió a 101 hombres, hay 100 mujeres. Así mismo, el Índice de infancia en el año 2005 de 100 personas, 38 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2018 este grupo poblacional es de 32 personas. El Índice de juventud muestra un incremento, en el año 2005 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2018 este grupo poblacional es de 27 personas (tabla 7)

Tabla 7. Indicadores demográficos municipio de Paz de Ariporo Casanare 2018

Índice Demográfico	Año		
	2005	2018	2020
Población total	27.122	26.357	26.104
Población Masculina	13.693	13.270	13.140
Población femenina	13.429	13.087	12.964
Relación hombres/mujer	101,97	101,40	101
Razón niños/mujer	53	43	43
Índice de infancia	38	32	31
Índice de juventud	26	27	26
Índice de vejez	7	9	10
Índice de envejecimiento	19	29	31
Índice demográfico de dependencia	74,80	62,03	61,09
Índice de dependencia infantil	66,60	51,91	50,56
Índice de dependencia mayores	8,20	10,12	10,53
Índice de Friz	215,13	182,76	177,19

Fuente: Construido a partir, proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

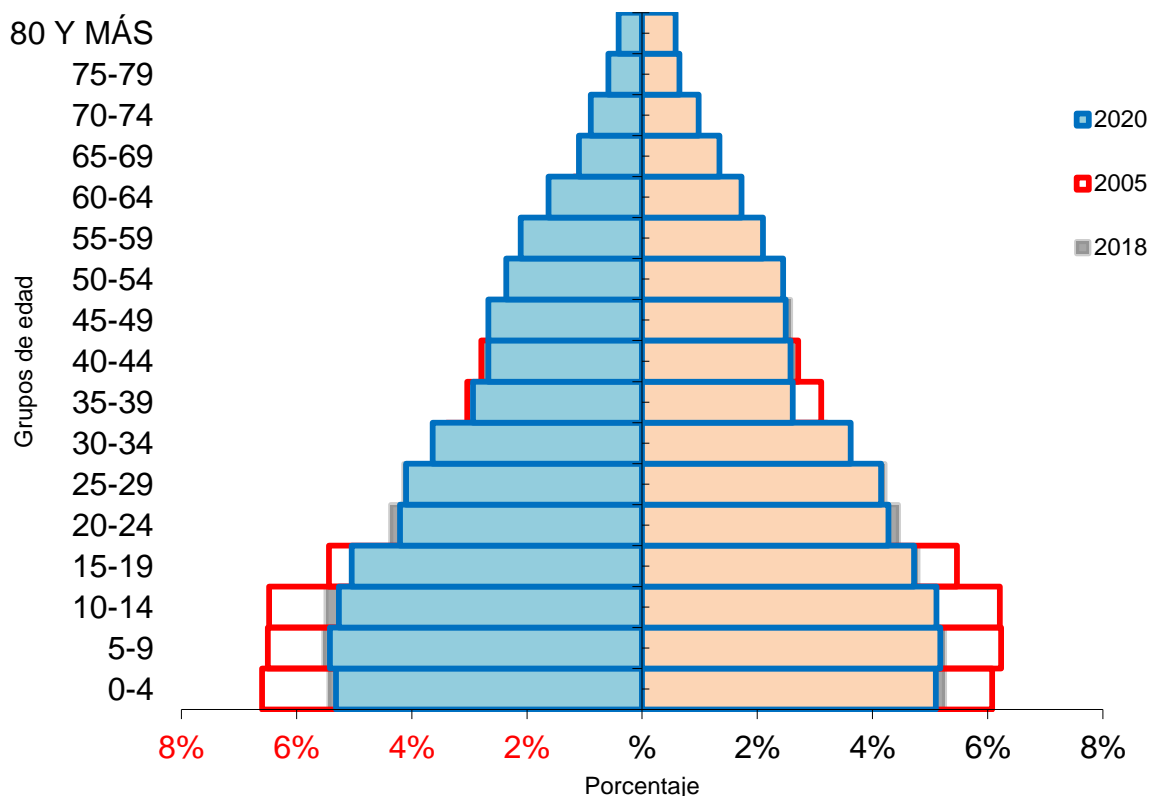


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



La pirámide poblacional de Paz de Ariporo es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2018, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas (Figura 4)

Figura 4. Pirámide poblacional del Municipio de Paz de Ariporo, 2005, 2018, 2020



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

Población por momento de curso de vida

Se consideran los siguientes grupos de edad por momento del curso de vida: primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más). Para el año 2018, el 33,27% de la población (8.770), el 19,38% (5.107) pertenece al grupo juventud. El grupo con menor cantidad de población es el de la vejez con 9,88% (2.580) personas. (Tabla 8)



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



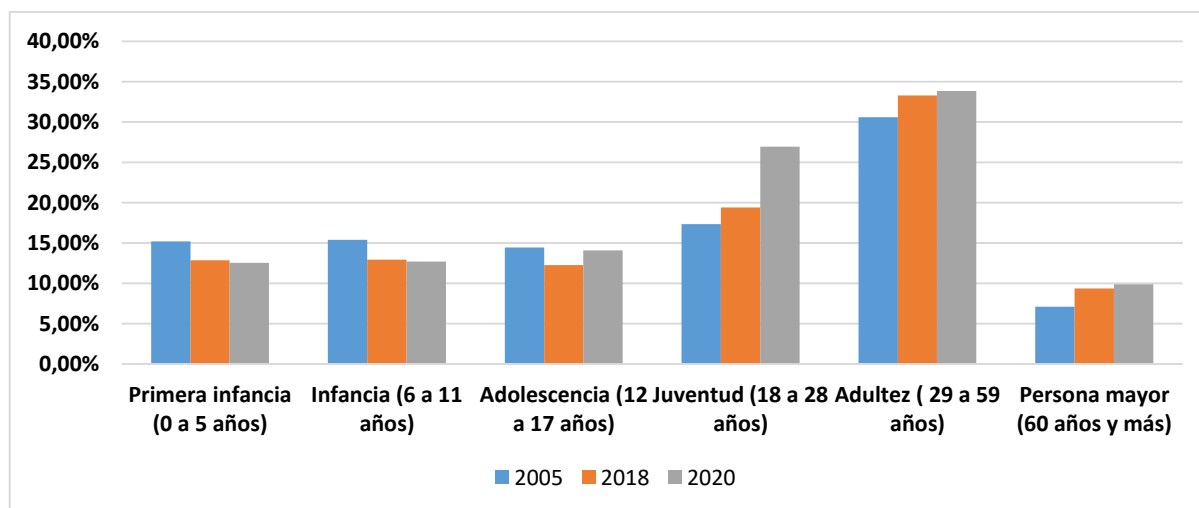
Tabla 8. Proporción de la población por momento de curso de vida. Paz de Ariporo, 2005, 2018 y 2020.

Curso de vida	2005		2018		2020	
	Población	Frecuencia relativa	Población	Frecuencia relativa	Población	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	4.123	15,20%	3.383	12,84%	3.270	12,53%
Infancia (6 a 11 años)	4.168	15,37%	3.403	12,91%	3.311	12,68%
Adolescencia (12 a 17 años)	3.915	14,43%	3.230	12,25%	3.176	12,17%
Juventud (18 a 28 años)	4.698	17,32%	5.107	19,38%	4.935	18,91%
Adultez (29 a 59 años)	8.300	30,60%	8.770	33,27%	8.832	33,83%
Vejez (60 años y más)	1.918	7,07%	2.464	9,35%	2.580	9,88%
Total	27.122	100,00%	26.357	100,00%	26.104	100,00%

Fuente: DANE. Cálculos propios a partir de visor certificador de población DANE. Estimaciones de población 1985- 2005 y proyecciones de población 2005- 2020

La variación de la población por grupos momentos de curso de vida (Figura 5) entre los años 2005 y 2018 en general ha tenido una tendencia al aumento para todos los grupos de edad siendo el grupo adultez, mientras que para la primera infancia y para los mayores de 80 años la tendencia es estacionaria es decir su variación entre el 2005 y el 2017 ha sido muy poca.

Figura 5. Cambio en la proporción de la población por momento de curso de vida, Paz de Ariporo 2005, 2018 y 2020



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

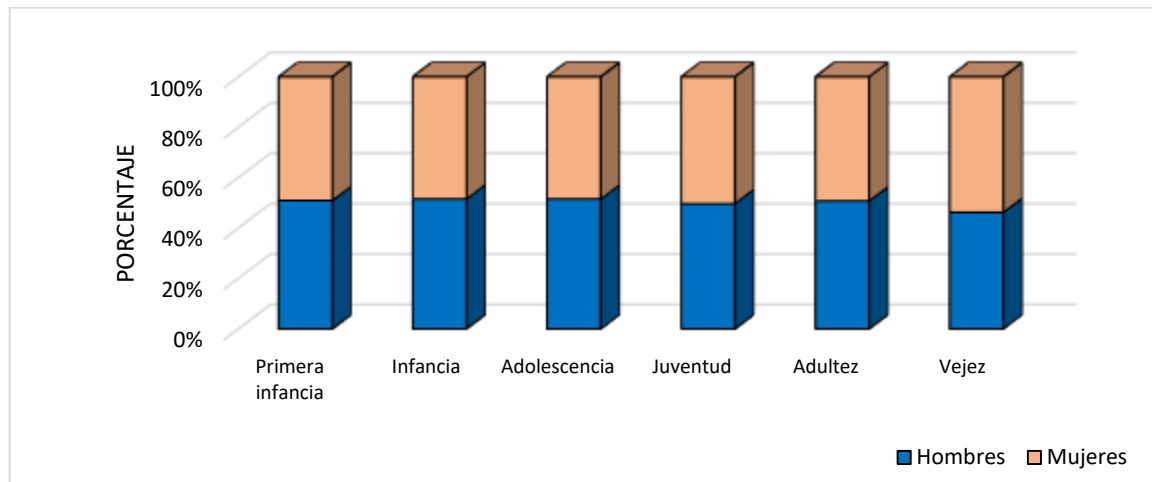


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Para los grupos del curso de vida del municipio de Paz de Ariporo, con excepción del grupo persona mayor, la proporción de hombres es mayor la de mujeres. Los grupos con mayor proporción de hombres son el de infancia y el de adolescencia con el 52%. (Figura 6)

Figura 6. Proporción de población según sexo y ciclo vital. Paz de Ariporo 2018

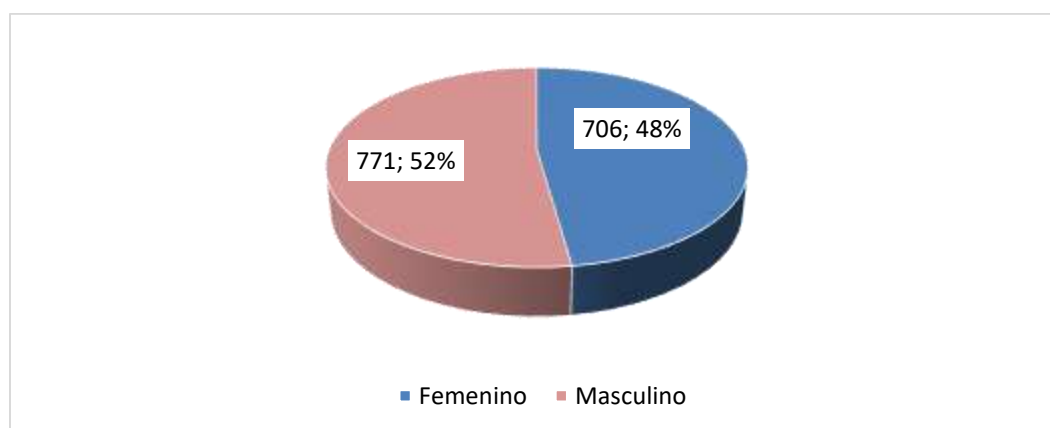


Fuente: Elaboración propia a partir de Estimaciones de población DANE 1985 – 2005 y proyecciones de población 2005- 2020

Población Indígena del municipio

La población indígena residente en el resguardo Caño Mochuelo sector de Paz de Ariporo es de es de 1.371 habitantes, lo que representa el 5,5% de la población total del municipio. El 52% (771) de la población indígena son hombres y 48% (706) mujeres. La proporción de población según sexo, se muestra en ilustración figura 7

Figura 7. Proporción de la población Indígena según sexo. Paz de Ariporo 2016



Fuente: Construcción propia a partir de Listado censal población indígena de Paz de Ariporo 2016



**ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



La población del resguardo de Caño Mochuelo residente en Paz de Ariporo se distribuye en 10 comunidades. Siendo la más numerosa la de San José con 409 habitantes, seguida por la Esmeralda con 301. La distribución de la población indígena según comunidad se muestra en la tabla 9

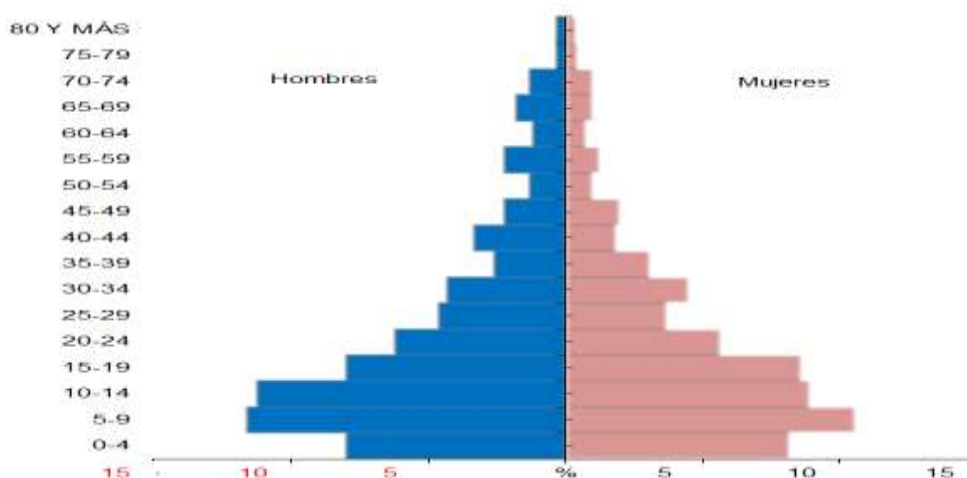
Tabla 9. Distribución de la población indígena en comunidades. Paz de Ariporo 2016

COMUNIDAD	Femenino	Masculino	Total, general
BELEN DE LA MAÑANITA	15	16	31
BETANIA	85	74	159
GUAFIYAL	36	49	85
LA ESMERALDA	150	151	301
MEREY	80	104	184
QUINTO PATIO	22	18	40
SAN JOSE	195	214	409
TOPOCHALES	27	30	57
UNUMA "EL CALVARIO"	48	45	93
WALAKANÜ TOMARA	48	70	118
Total, general	706	771	1477

Fuente: Listados censales 28 de agosto de 2018, municipio de Paz de Ariporo

La pirámide poblacional de la población indígena se observa disminuida en la base producto de una baja tasa de natalidad o de una mortalidad infantil importante y un predominio de los grupos poblacionales de 5 a 9 y de 10 a 14 años tanto en hombres como en mujeres. La pirámide poblacional indígena del municipio de Paz de Ariporo se observa en la figura 8

Figura 8. Pirámide poblacional de la población indígena. Paz de Ariporo 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de listado censal población indígena de Paz de Ariporo



DINÁMICA DEMOGRÁFICA

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

Tasa de Crecimiento Natural: Incremento o disminución del tamaño de una población, experimentado por el efecto del balance entre los nacimientos y las defunciones (aumento natural en cifras relativas). Para el 2017 la tasa de crecimiento natural fue de 18,18 por cada mil habitantes

Tasa Bruta de Natalidad: Número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de período. (30 de junio) En el 2017 se registraron 597 nacimientos (cifras preliminares) para una tasa bruta de 22,56 nacimientos por cada mil habitantes

Tasa Bruta de Mortalidad: Cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento. Durante el 2017 se registraron en el municipio 116 defunciones de personas residentes en el municipio, para una tasa bruta de 4,38 defunciones por cada mil habitantes.

En el periodo 2005 a 2017 ocurrieron 7.898 nacimientos en madres residentes en el municipio, para un promedio anual de nacimientos de 608. Durante el mismo periodo, fallecieron 1.464 personas residentes en el municipio, con un promedio anual de 113. La diferencia entre nacimientos y defunciones fue de 6.434.

El balance de la migración neta para el periodo 2005 a 2017 arroja valores negativos, lo que indica que el número de personas que salen del municipio es mayor que el número de personas que ingresan, siendo esta diferencia cada vez mayor. Este fenómeno puede estar asociado al desplazamiento forzado y a la salida de población en edad productiva por razones de trabajo o estudio.

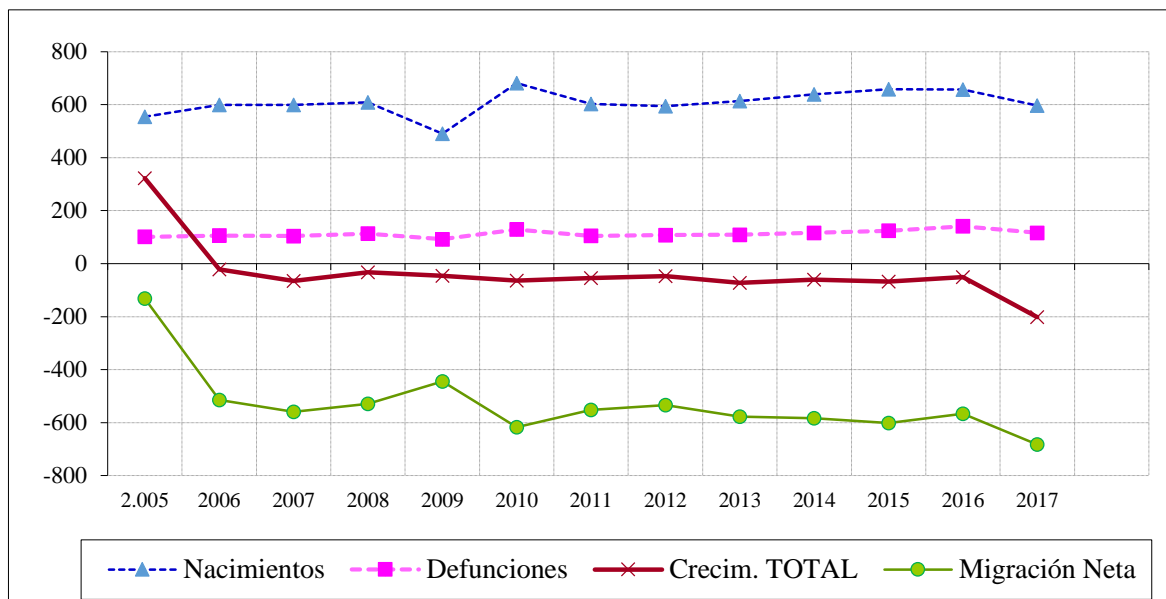
El crecimiento total presenta una leve tendencia al descenso como resultado del balance total entre los nacimientos, las defunciones y la migración, lo que indica que sumadas las defunciones y las migraciones tienen un valor superior al número de nacimientos. En la figura 9 se muestra la dinámica demográfica del municipio en el periodo 2005 a 2017



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 9. Dinámica demográfica Municipio de Paz de Ariporo, 2005 al 2017



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

Fecundidad

Tasa General de Fecundidad: Para el año 2017 el Municipio de Paz de Ariporo presentó una tasa estimada de 80,50 es decir, que por cada 1. 000 mujeres de 10 a 49 años de edad nacieron en el Municipio aproximadamente 81 niños.

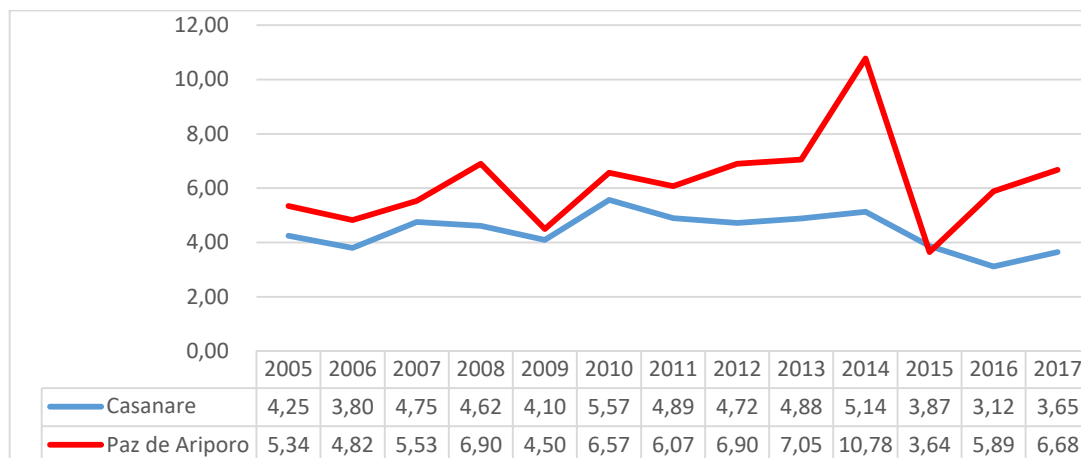
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: para el año 2017, la tasa específica de fecundidad fue de 6,68 nacimientos por mil mujeres de edades comprendidas entre los 10 y los 14 años de edad, superior a la presentada para el departamento, la cual fue de 3,65. En mujeres en edad fértil de 10 a 14 años, no deberían existir nacimientos ya que según la ley 1098 de 2006, estas gestaciones se consideran como posibles casos de abuso sexual, por tanto, se deben intensificar las acciones para que estas situaciones sean denunciadas ante los organismos competentes. Las tasas específicas de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, se observan en la Figura 10.



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



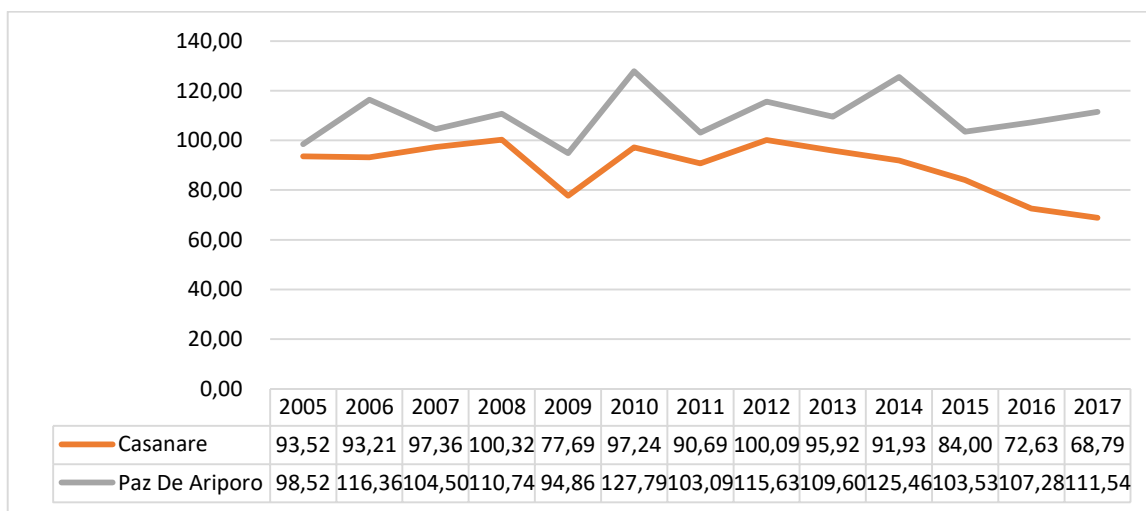
Figura 10. Tasas específicas de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de Paz de Ariporo y Casanare, periodo 2005 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2016

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: para este grupo de edad la tasa para el Municipio de Paz de Ariporo en el año 2017 fue de 111,58, es decir que por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad nacieron 111 niños. Esta tasa fue superior a la presentada para el departamento, la cual fue de 68,79. Las tasas específicas de fecundidad para mujeres de 15 a 19 años durante el periodo 2005 a 2017, se muestran en la figura 11.

Figura 11. Tasas específicas de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de Paz de Ariporo y Casanare, periodo 2005 a 2017

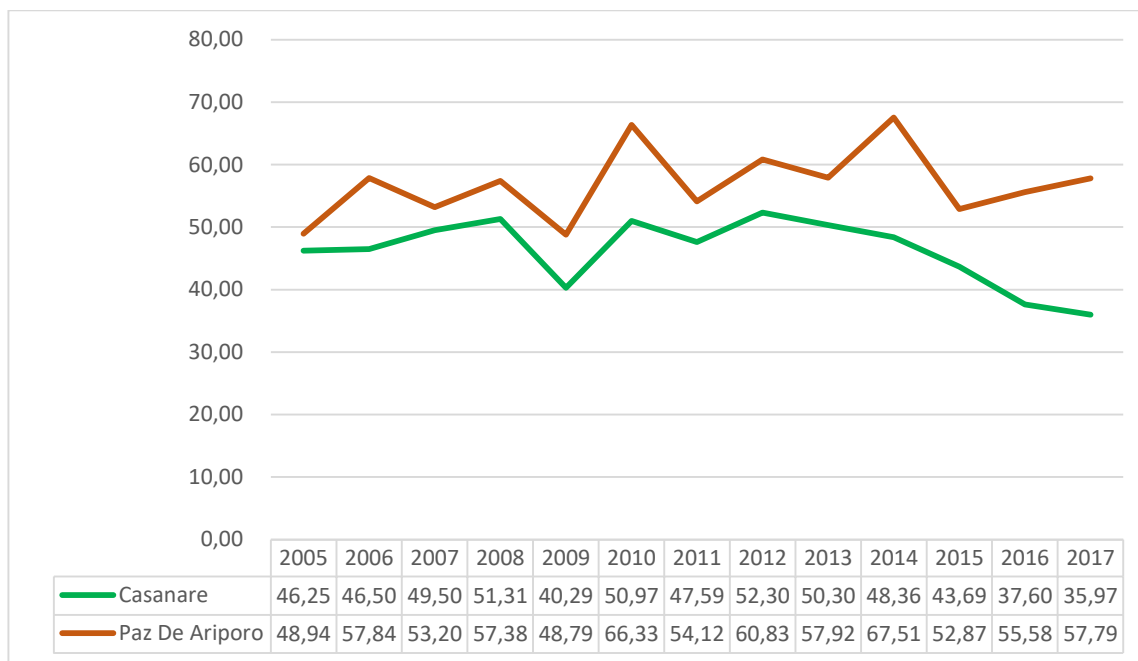


Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2016



Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años: para este grupo de edad la tasa para el Municipio de Paz de Ariporo en el año 2017 fue de 57,79, es decir que por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad nacieron. 58 niños, cifra superior a la presentada para el departamento, la cual fue de 35,97. Las tasas específicas de fecundidad para mujeres de 15 a 19 años durante el periodo 2005 a 2017, se muestran en la figura 12

Figura 12. Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años en Paz de Ariporo y Casanare 2005 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2016

Movilidad Forzada

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En consecuencia, es de interés reconocer este evento, pero también es necesario identificar las condiciones sociales (enfrentamiento militar, las disputas por la tierra y la usurpación ilegal de predios, los grupos armados), y los efectos sobre el Municipio receptor como elevación de índices de pobreza, agudización de los conflictos armados internos, la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales. La principal causa de desplazamiento en el municipio se relaciona con el conflicto armado

Según el Registro Nacional de Víctimas, a 1 de septiembre de 2018 se había registrado en el municipio de Paz de Ariporo 4.854 desplazados como municipio expulsor y como municipio receptor 4.555 personas, lo que genera un balance negativo de 299, es decir, el número de personas expulsadas es menor que el número de personas recibidas.

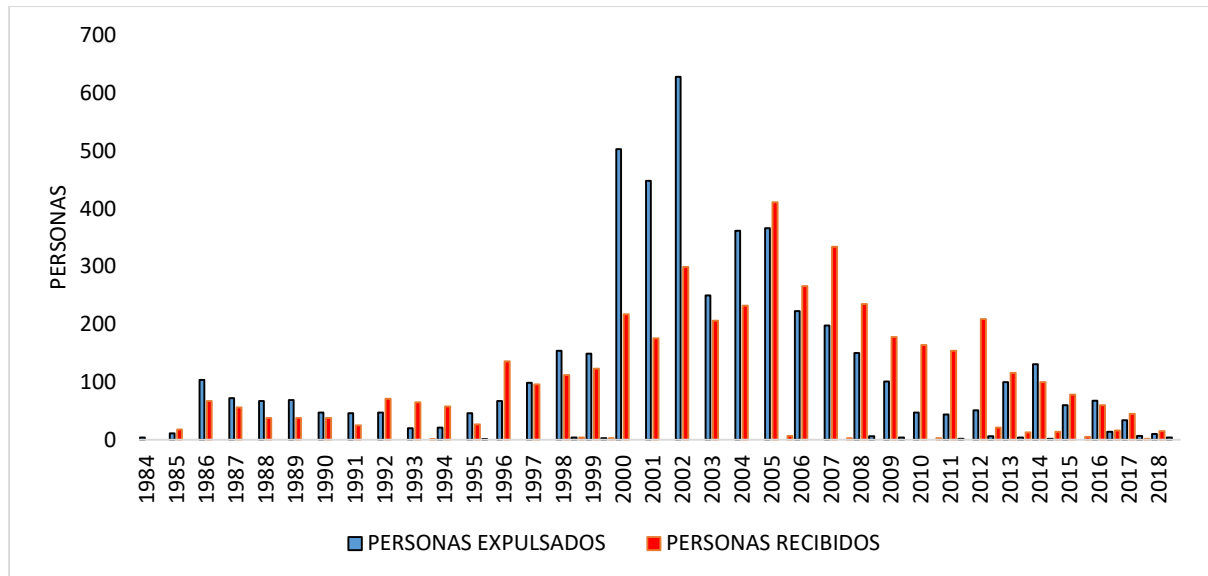


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Los años en donde se registró el mayor número de desplazados expulsados fueron en su orden 2002, 2000 y 2001 y los años en que se recibieron mayor número de desplazados fueron en su orden 2005, 2007 y 2002. En la Figura 13, se muestran los desplazados del municipio de Paz de Ariporo hasta el 1 de septiembre de 2018

Figura 13. Población desplazada municipio de Paz de Ariporo Casanare



Fuente: Registro único de víctimas. Fecha de corte 01 de septiembre de 2018

Hogares desplazados: en el periodo 1984 a 1 de septiembre de 2018 han sido expulsados como producto del conflicto armado 1.193 hogares y se han recibido 1.174 hogares lo que muestra que es mayor el número de hogares expulsados que el número de hogares recibidos.

Dinámica Migratoria población venezolana.

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

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



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



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.

Según el censo Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos -RAMV- realizado por las oficinas de gestión del riesgo en Casanare, en el municipio de Paz de Ariporo se registraron 750 (17,13%) de los 4.378 ciudadanos venezolanos registrados en el departamento, siendo el segundo municipio receptor después de Yopal.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que, por su localización geográfica, el municipio se encuentra en el cordón de tránsito de la población migrante venezolana bien porque eligen a Paz de Ariporo como destino o porque temporalmente se albergan en su travesía hacia otros lugares del Departamento o 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 brotes y epidemias y de presencia de eventos de interés en salud pública.



Conclusiones Contexto Territorial y Demográfico

- Se evidencian dentro de las amenazas naturales de tipo geológico la actividad sísmica, los procesos erosivos y de remoción de masas como deslizamientos, o de tipo hidro climatológico como las inundaciones y las sequías, siendo los de mayor riesgo las inundaciones en periodo de lluvias, hecho agravado por el cambio climático
- Las amenazas antrópicas son principalmente los incendios forestales, amenazas o fallas tecnológicas en la infraestructura de servicios, vías, infraestructura petrolera, derrame de hidrocarburos o sustancias tóxicas, e incluso, la cacería que se realiza sobre algunas especies naturales, riesgo aumentado el volcamiento de vehículos utilizados para el transporte de hidrocarburos.
- Existen en el municipio dos periodos climatológicos durante el año: un periodo de invierno con riesgo de inundaciones y un periodo de verano con riesgo de sequías, lo que condiciona los riesgos al periodo climatológico.
- En el municipio se encuentran los siguientes grupos de población según el ámbito en que se encuentran: urbano, centro poblado, rural disperso, alta ruralidad y población indígena, hecho que debe ser tenido en cuenta al momento de la planificación de servicios.
- Por la ubicación geográfica del resguardo indígena de Caño Mochuelo y las dificultades de acceso por las diferentes vías de transporte que comunican a la cabecera municipal, se convierte en una barrera de acceso a los servicios de salud de las comunidades indígenas que habitan ese territorio
- Existe una gran diferencia en el número de habitantes entre las proyecciones DANE y la registrada en la base SISBEN validada en el mes de agosto de 2018, hecho que debe ser tenido en cuenta al momento de diseñar y planear los servicios para la atención integral de la población y la gestión de los riesgos asociados a los determinantes de la salud
- Los ciclos vitales con mayor número de habitantes en el municipio son el de juventud y el de adultez
- El municipio presenta tasas de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 19 años superiores a las tasas promedio para el Departamento, lo que debe ser tenido en cuenta para el abordaje integral y articulado en la prestación de servicios tanto individuales como colectivos
- Se presenta una disminución importante en la movilidad forzada, con un balance poblacional neto negativo, lo que indica que el número de personas que salen del municipio es superior al número de personas que llegan producto de este fenómeno social.
- La situación relacionada con la migración venezolana bien porque toman el municipio como lugar de destino o como municipio de tránsito hacia otros lugares, aumentan la demanda de servicios de salud y los riesgos para la salud pública por la potencial presencia de eventos de interés en salud pública que pueden generar situaciones de brote o epidemia, por lo que se hace necesario prestar especial atención a este grupo poblacional que se encuentra en alto grado de marginalidad y vulnerabilidad.



CAPITULO 2

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Determinantes Sociales de la Salud Poblacional-DSS

Los determinantes sociales de la salud son aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whietehhead, 2006 – PDSP).

La determinación de la situación de salud no es un proceso simple, mecánico, con claras relaciones de causa efecto, sino más bien un proceso complejo, dinámico, cambiante de una realidad a otra, en el que los factores determinantes actúan como una red de interacciones y no en forma lineal.

Algunos determinantes sociales están directamente relacionados con el individuo, como las conductas y hábitos orientados a proteger la salud y el uso de los servicios de salud. Otros se relacionan con las condiciones de vida de los grupos sociales en los planos ecológico, económico, cultural y biológico. En ese sentido, la salud de los grupos sociales está determinada por variables y hechos de los espacios general e individual; así mismo, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales. Hay, entonces, una triple determinación (Lip y Rocabado 2005).

Desde una perspectiva integral, la salud es el resultado de una serie de factores determinantes como la educación, los estilos de vida, el género, el ingreso económico, la alimentación, el acceso a los servicios de salud, la cultura, etcétera. Estos factores no actúan directamente como causa y efecto, sino que interactúan en diferentes magnitudes y sincronizadamente para lograr un particular estado de salud. Podemos afirmar, en tal sentido, que la relación es multidireccional. Existen determinantes que tienen una acción más directa sobre la salud, en tanto que otros actúan a través de intermediaciones

Para efectos de los determinantes, se hace claridad conceptual acerca de la **equidad**, definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles de salud entre las poblaciones, o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica; la **desigualdad** es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencia en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos entre otros. Las desigualdades de salud tienen sus raíces en la estratificación social. Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales (PDSP 2012 – 2021).

El análisis de la situación de salud ASIS, se fundamenta en el modelo de los determinantes sociales de la salud, para el municipio de Paz de Ariporo, se realizó un análisis de los determinantes intermedios de la salud y determinantes estructurales.

Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

El análisis identifica como determinantes estructurales: el estrato socioeconómico, los ingresos, el nivel educativo y la ocupación que se presentan en la población, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del Municipio de Paz de Ariporo.

Pobreza

De acuerdo con la estimación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) con base en los datos censales de 2005, el 43,56% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 18,82% en la miseria, el 20,01 en viviendas inadecuadas, el 6,02% con servicios inadecuados, el 21,87% en



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



hacinamiento crítico, el 7,83% en viviendas con niños en edad escolar que no asistían a la escuela y el 17,22% en viviendas con alta dependencia económica. La proporción fue 1,89 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales

Proporción de población bajo la línea de pobreza: Al respecto se encontró que para 2005 existía un 48,39% de hogares en déficit, un 31,9% de hogares en déficit cuantitativo y un 68,1% de hogares en déficit cualitativo en el Municipio de Paz de Ariporo.

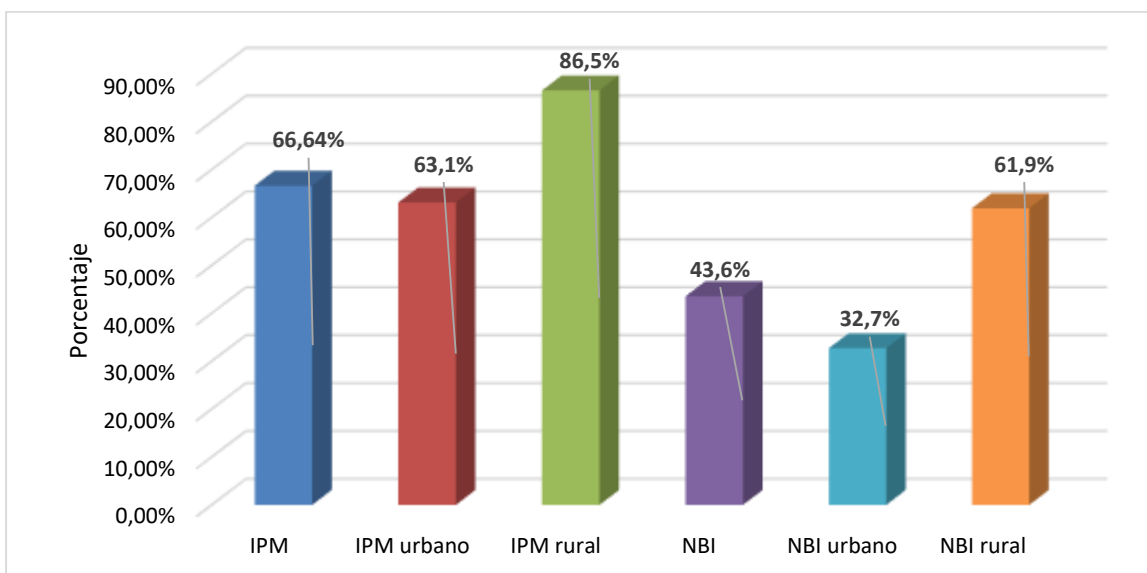
Proporción de población en miseria: La proporción de población en miseria para el año 2005 es de 18,82 con una representación igualmente de 61,93 en área rural y 32,71 en área urbana del Municipio. Durante el año 2011, la proporción de personas en miseria en el municipio de Paz de Ariporo es del 10,11% en el área urbana, 33,56 en el área rural, para un promedio municipal de 18,82%.

Proporción de población en hacinamiento: La proporción de personas en hacinamiento en el municipio de Paz de Ariporo es del 17,31% en el área urbana, 29,61% en el área rural, para un promedio municipal de 21,87%.

Índice de Pobreza Multidimensional: Según censo DANE 2005 este índice para el Municipio se encuentra en 67,42% en contraste con el presentado para el departamento que es de 57,04%. Según los datos calculados por el DNP a partir de los datos del censo 2005, en el municipio de Paz de Ariporo el 7,03% de la población (430 personas) tenían barreras de acceso a los servicios de salud, el 27,21% (1.666 personas) no tenía acceso a fuentes de agua mejorada, el 38,62% (2.364 personas) tenían inadecuada eliminación de excretas, el 18,32% (1.121 personas) habitaban en viviendas con pisos inadecuados, el 3,47% (212 personas) tenían viviendas con paredes inadecuadas.

En la gráfica 14 se muestran los indicadores de pobreza del municipio de Paz de Ariporo

Figura 14. Indicadores de pobreza, municipio de Paz de Ariporo Casanare.



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



Educación

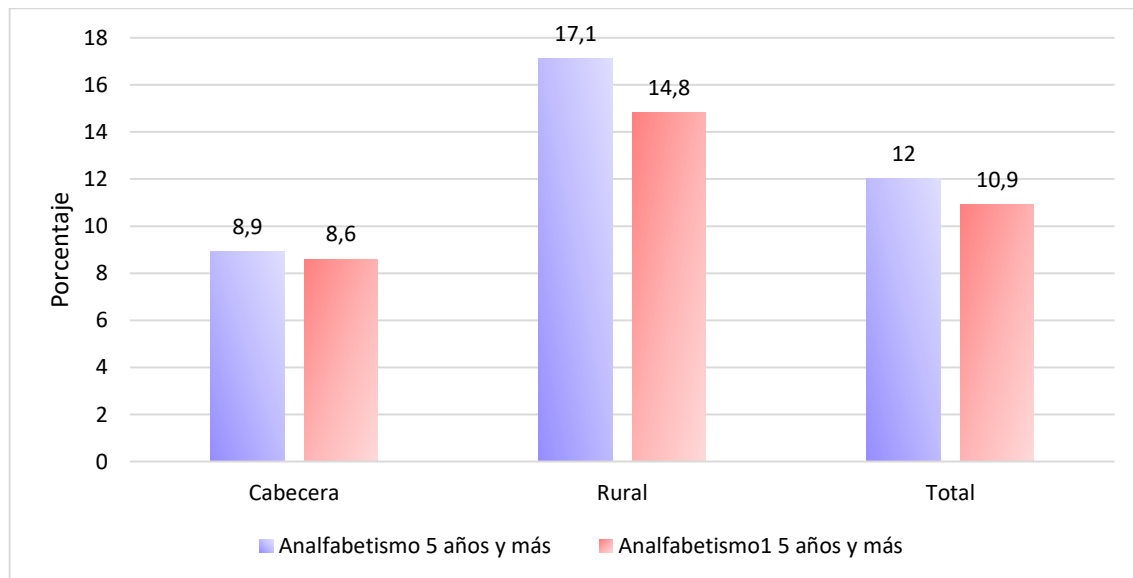
La educación es un proceso exclusivamente humano, intencional e intercomunicativo. Busca el desarrollo y la perfección del ser humano a través de la formación, la cual se realiza con mayor plenitud mediante la instrucción, la personalización y la socialización del hombre.

La educación tiene una especial importancia porque se constituye en una herramienta para avanzar en los derechos económicos, sociales y culturales, en la medida en que incrementa las opciones para acceder al trabajo, al cuidado de la salud y la nutrición, a la consecución de ingresos necesarios para el bienestar de las personas.

La educación es uno de los determinantes sociales con mayor influencia en el bienestar físico, mental y social. Su efecto determinante puede ser medido de manera directa, pues la adquisición de conocimientos permite el desarrollo de competencias y habilidades para resolver problemas cotidianos, tomar decisiones acertadas y oportunas, cambiar actitudes impregnadas por creencias culturales represoras por otras más autónomas, etcétera, todo lo cual redundará en el cuidado y la preservación de la salud, así como en la búsqueda de la atención adecuada cuando aparecen problemas que atentan contra ésta.

El censo DANE 2005 mostró que el 12% de la población de 5 años y más y el 10,9% de 15 años y más no sabían leer ni escribir, siendo estas cifras 2 veces más en el área rural que en el área urbana. (Figura 15). El 50,2% de la población residente en PAZ DE ARIPORO, ha alcanzado el nivel de educación básica primaria; el 25,0% ha alcanzado secundaria y el 4,1% el nivel superior y postgrado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 15,1%.

Figura 15. Analfabetismo en población de 5 años y más y 15 años y más, urbano y rural



Fuente: Censo DANE 2005

La cobertura de educación, con excepción del año 2005 son superiores al 100% y su tendencia es creciente, lo cual puede ser generado por una subestimación en la proyección de población por el DANE, lo cual

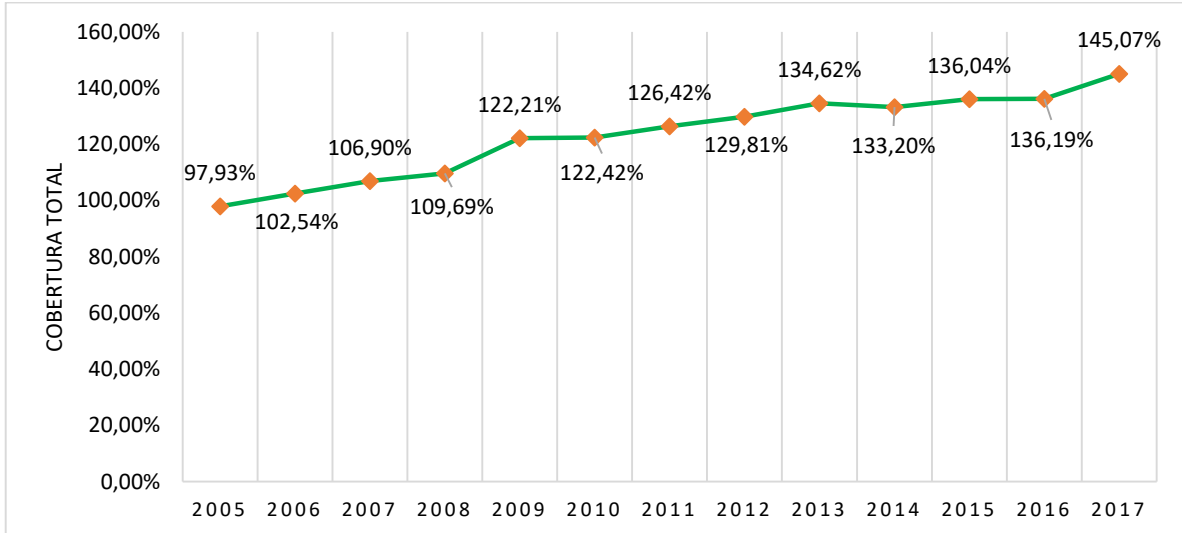


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



corroborar lo encontrado anteriormente con relación a las cifras de población de la base SISBEN que muestra una población 1,5% superiores a las proyecciones. (figura 16)

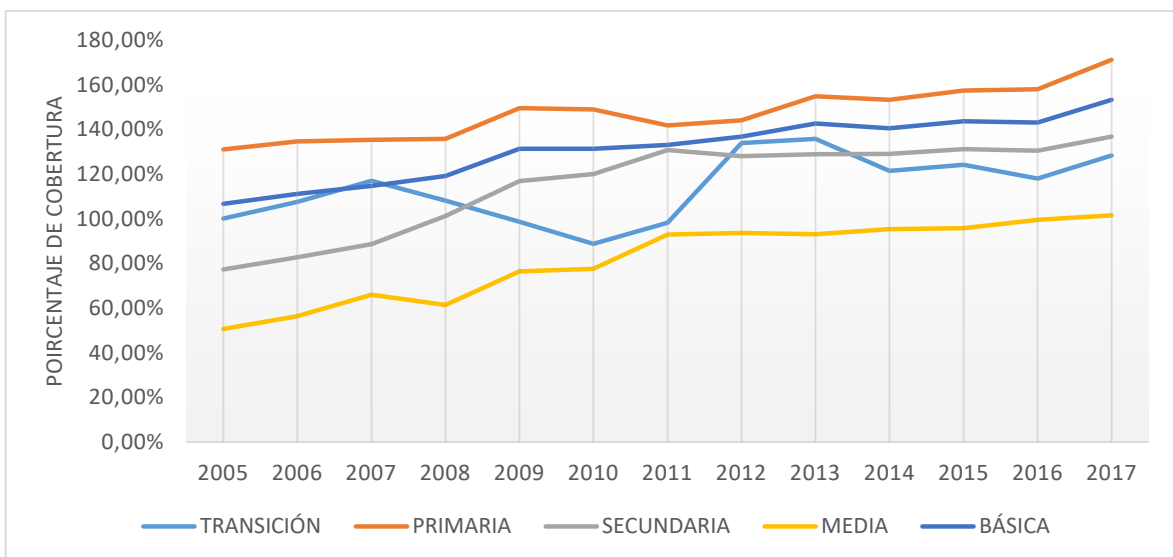
Figura 16. Cobertura total de educación, municipio de Paz de Ariporo Casanare 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Educación Nacional, SIMAT y proyecciones de población DANE

La figura 17 muestra la evolución de coberturas según nivel, en el periodo 2005 a 2017. En nivel con más baja cobertura es la secundaria y el de mayor cobertura es el nivel primario

Figura 17. Cobertura educativa según nivel de escolaridad. Paz de Ariporo 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Educación Nacional, SIMAT y proyecciones de población DANE



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



Las coberturas de educación con relación al Departamento (semaforización tabla 10) muestran lo siguiente

El porcentaje de hogares con analfabetismo en el año 2005 del municipio de Paz de Ariporo fue de 21,54, cifra similar al promedio departamental (21,54), al realizar el análisis de significancia estadística a través del cálculo del intervalo de confianza al 95%, las diferencias observadas entre el departamento y el municipio no fueron estadísticamente significativas.

La tasa de cobertura bruta de educación primaria (MEN 2017) en el municipio de Paz de Ariporo fue de 171,15%, cifra superior al promedio departamental (122%) con una diferencia estadísticamente significativa.

La tasa de cobertura bruta de educación secundaria (MEN 2017) en el municipio de Paz de Ariporo fue de 136,74%, cifra superior al promedio departamental (113%) con una diferencia estadísticamente significativa.

La tasa de cobertura bruta de educación media (MEN 2017) en el municipio de Paz de Ariporo fue de 101,41%, cifra superior al promedio departamental (81,45%) con una diferencia estadísticamente significativa

Tabla 10. Semafización de las coberturas de Educación en Paz de Ariporo

Eventos de Notificación Obligatoria	Casanare 2017	Paz de Ariporo 2017	Comportamiento													
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	21,54	21,54	0													
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2017)	1,22	171,15	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2017)	1,13	136,74	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2017)	81,45	101,41	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: Minsalud.gov.co/datos para actualización del ASIS 2018

Circunstancias Materiales: Servicios Públicos

De acuerdo con las estimaciones del Departamento Nacional de Planeación (DNP-SPSCV) para el cálculo del IPM a partir de los datos censales de 2005, el 27,21% (1.666) de los hogares colombianos no tiene acceso a fuente de agua mejorada, el 38,62% (2.364) tenían inadecuada eliminación de excretas.

Así mismo, el DANE estima el índice de NBI definiendo los servicios inadecuados como el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas. En las cabeceras, comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de acueducto se proveen de agua en río, nacimiento, carrotanque o de la lluvia. En el resto, dadas las condiciones del medio rural, se incluyen las viviendas que carecen de sanitario y acueducto y que se aprovisionan de agua en río, nacimiento o de la lluvia.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Al comparar la cobertura de servicios públicos del área urbana con la rural usando la herramienta de semaforización (tabla 11), encontramos lo siguiente:

Electricidad: Para el municipio de Paz de Ariporo la cobertura de energía eléctrica del área urbana es del 100%, superior al promedio para el área rural (45%) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Acueducto: la cobertura de acueducto del área urbana es del 99,78%, superior al promedio recentado para el área rural (72,30%), y la diferencia es estadísticamente significativa.

Alcantarillado: la cobertura de alcantarillado del área urbana es del 99,78%, superior al promedio para el área rural (2,78%), y la diferencia es estadísticamente significativa.

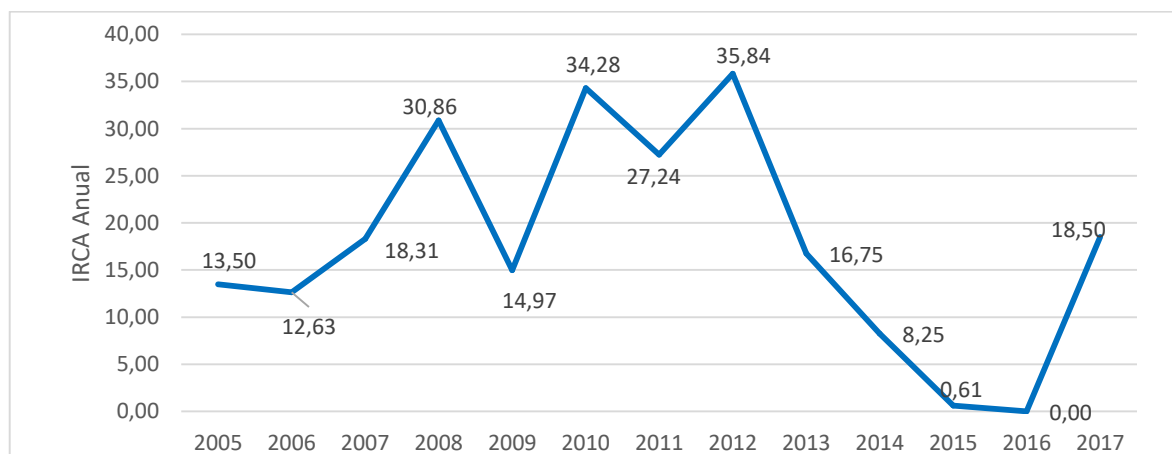
Tabla 11. Semaforización de los determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del Municipio de Paz de Ariporo, 2005-2015

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera 2016	Resto 2016
Cobertura de servicios de electricidad	100	45,00
Cobertura de acueducto	99,78	72,30
Cobertura de alcantarillado	99,8	2,78

Fuente: Minsalud.gov.co/datos para actualización del ASIS 2018

De acuerdo con los datos del Sistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano (SIVICAP), el Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA) acorde a lo establecido en la Resolución 2115 de 2007, en el área urbana del municipio ha variado desde sin riesgo como ocurrió en los años 2015 y 2016, riesgo alto en 2014, bajo en los años 2005, 2006, 2014 y 2017. En los demás años del periodo 2005 a 2017, el riesgo ha sido medio. (Figura 18)

Figura 18. IRCA anual municipio de Paz de Ariporo 2005- 2017



Fuente: Construcción propia a partir de Datos para actualización ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social



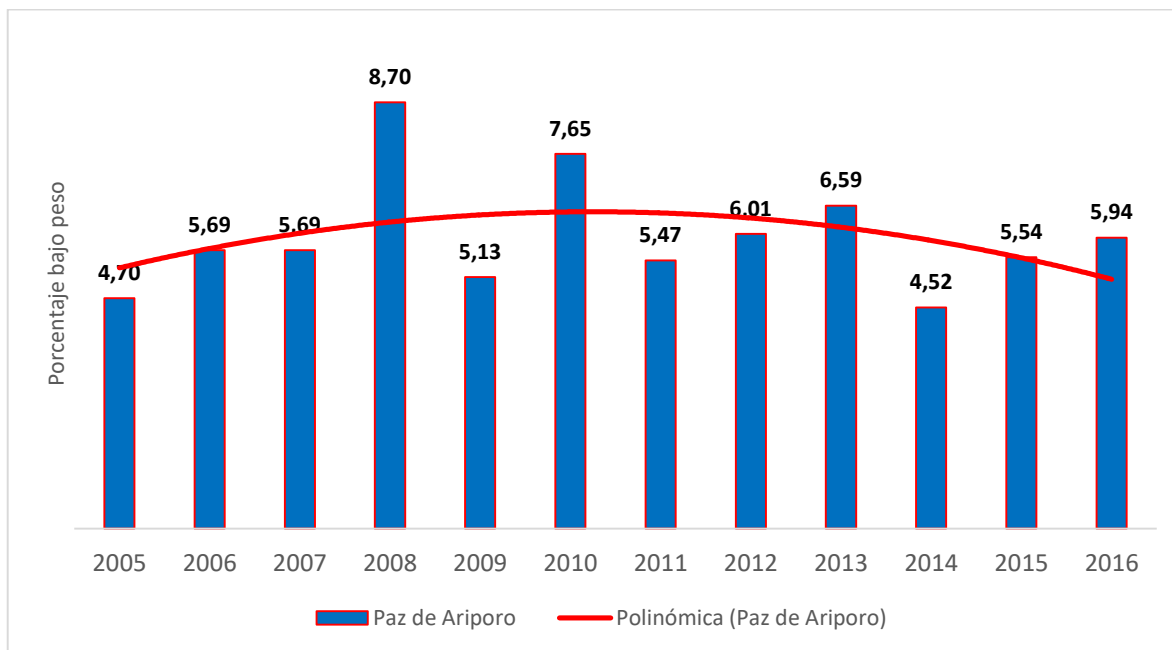
Seguridad Alimentaria

El bajo peso al nacer definido como todo producto de la gestación nacido a término con un peso inferior a 2.500 gramos, es un indicador asociado al estado nutricional y de salud de la madre, incrementando el riesgo de muerte fetal y neonatal, así como de padecer retraso del crecimiento físico y cognitivo.

EL bajo peso al nacer aumenta el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos.

Durante el periodo 2005 a 2016 (figura 19), el promedio de recién nacidos con bajo peso fue de 6,0% , cifra superior al promedio departamental (5,65%), sin embargo, de 2014 a 2016, esta cifra fue inferior a la del departamento. La tendencia fué al aumento en los años 2005 a 2008, año a partir del cual, la tendencia es a la disminución.

Figura 19. Porcentaje de bajo peso al nacer, 2005- 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos cubo Ministerio de Salud y Protección Social, datos para actualización de ASIS 2018

Al comparar el porcentaje de bajo peso del municipio con el Departamento (semaforización tabla 12), observamos que en 2016 fue de 5,94%, cifra inferior a la presentada por el Departamento (6,46%) pero la diferencia no es estadísticamente significativa



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 12. Semaforización del porcentaje de bajo peso al nacer. Paz de Ariporo 2016

Determinantes intermediarios de la salud	Casanare	Paz de Ariporo	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2016)	6,46	5,94	↗	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘

Fuente: Minsalud.gov.co/datos para actualización del ASIS 2018



FACTORES CONDUCTUALES, PSICOLÓGICOS Y CULTURALES

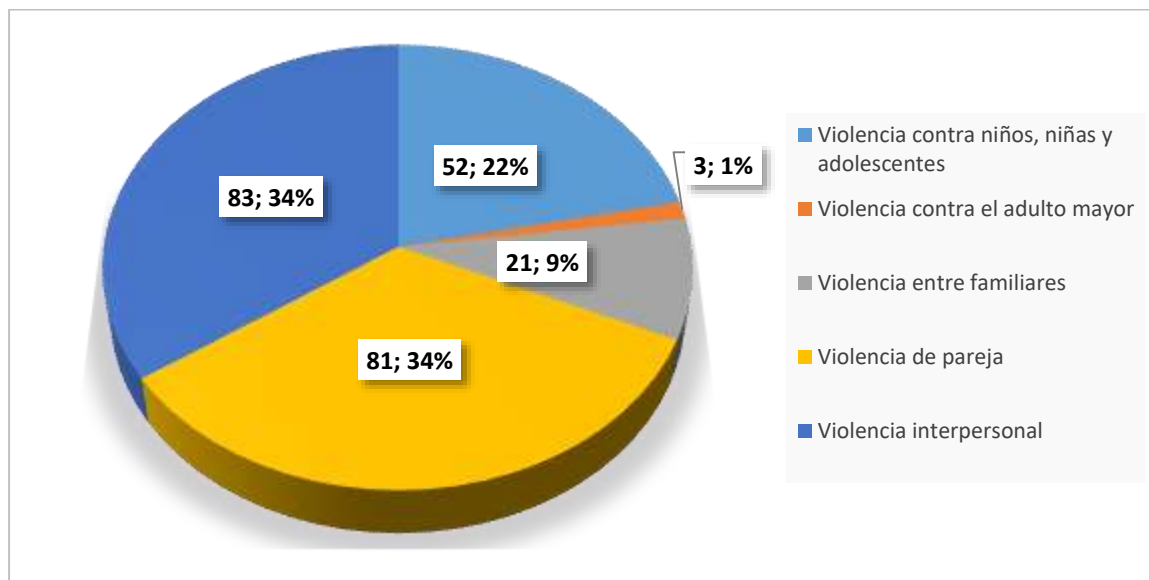
La violencia ejercida por seres humanos y dirigida contra otros seres humanos de manera agresiva se denomina violencia interpersonal, la cual puede llegar a convertirse en una forma extrema de agresión cuyo punto culminante sería el homicidio.

Los comportamientos agresivos se han transformado desde una función meramente adaptativa (atada a la supervivencia) hacia formas violentas asociadas a una falta de control inhibitorio, que incluye conductas antisociales y oposición a las normas y valores establecidos culturalmente, causando trastornos en el desarrollo y anomalías psicológicas que pueden ser prevenibles.

Los tipos de violencia se pueden clasificar según distintos criterios: la manera de ejercerla (física, psicológica, sexual, económica), las características del agresor (jóvenes, adultos, mujeres, etc.), de la víctima (de violencia de género, de maltrato infantil, etc.) y del contexto de la relación entre agresor y víctima.

En el 2017, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró 240 casos de violencia intrafamiliar en el municipio de Paz de Ariporo: 52 casos ocurrieron en niños, niñas y adolescentes con una tasa de 513,48 por cada 100.000 habitantes. Así mismo, se registraron 3 casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 24; 81 casos de violencia de pareja, con una tasa de 355,42; 21 casos de violencia entre familiares, con una tasa de 150,94 y 83 casos de violencia interpersonal, tasa de incidencia de 390,66 (Figura 20)

Figura 20. Casos de violencia intrafamiliar Paz de Ariporo 2017



Fuente: Construcción propia a partir de datos Forensis 2017

Al comparar los principales indicadores de violencia del municipio con el promedio departamental en el año 2017 (semaforización tabla 13), podemos observar lo siguiente:

Tasa de incidencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes: esta tasa en el municipio fue de 513,48 casos por 100.000 habitantes, cifra dos veces mayor que la presentada para el departamento (222,81) y la diferencia es estadísticamente significativa.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tasa de incidencia de violencia contra el adulto mayor: esta tasa en el municipio fue de 124,07 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la presentada para el departamento (87,29) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Tasa de incidencia de violencia entre familiares: esta tasa en el municipio fue de 150,34 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la presentada para el departamento (115,15) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Tasa de incidencia de violencia de pareja: esta tasa en el municipio fue de 390,66 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la presentada para el departamento (115,15) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Tasa de incidencia de violencia interpersonal: esta tasa en el municipio fue de 313,70 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la presentada para el departamento (115,15) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: En el Municipio de Paz de Ariporo se presentó una tasa de incidencia de violencia contra la mujer fue de 521,84 casos por 100.000 habitantes, con una tendencia oscilante, cifra superior al promedio presentado para el departamento (396,76) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Exámenes medico legales por presunto delito sexual: En el municipio, la tasa de portazgos medico legales por presunto delito sexual fue de 222,99, cifra dos veces mayor a la presentada para el promedio departamental (112,2) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla 13. Semaforización de las condiciones Psicológicas y culturales, Paz de Ariporo 2015

Condiciones, factores Psico sociales	Casanare	Paz de Ariporo
Tasa de incidencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes (Forensis 2017)	222,91	513,48
Tasa de incidencia de violencia contra el adulto mayor (Forensis 2017)	87,29	124,07
Tasa de incidencia de violencia entre familiares (Forensis 2017)	115,15	150,94
Tasa de incidencia de violencia de pareja (Forensis 2017)	355,42	390,66
Tasa de incidencia de violencia interpersonal (Forensis 2017)	396,76	313,70
Exámenes medico legales por presunto delito sexual (Forensis 2017)	112,2	222,99

Fuente: Forensis 2017



Capítulo 3

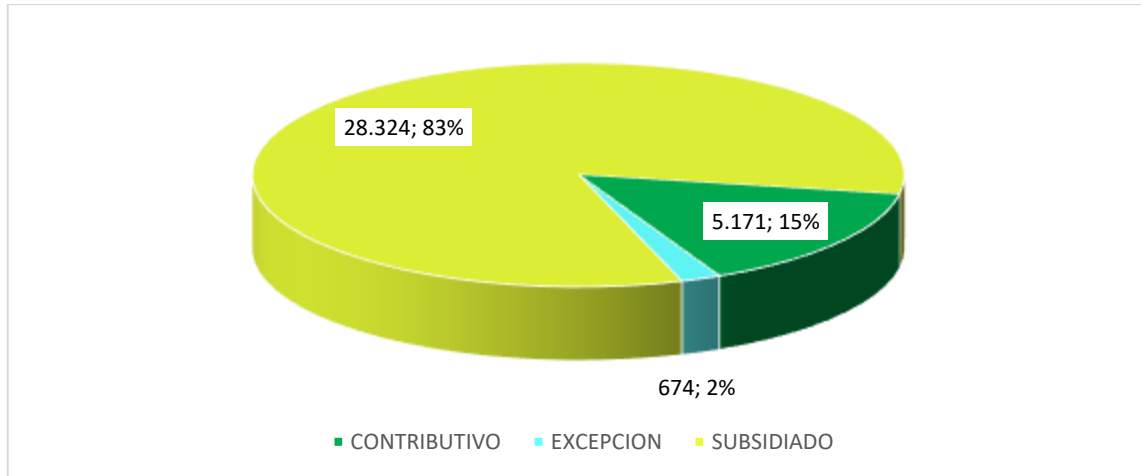
El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): determinante de la salud poblacional



COBERTURA DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), para 2017 el 100% de la población del municipio se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud; el 83% (28.324) de afiliados pertenece al régimen subsidiado, el 15% (5.171) al régimen contributivo y el 2% (674) al régimen especial. (Figura

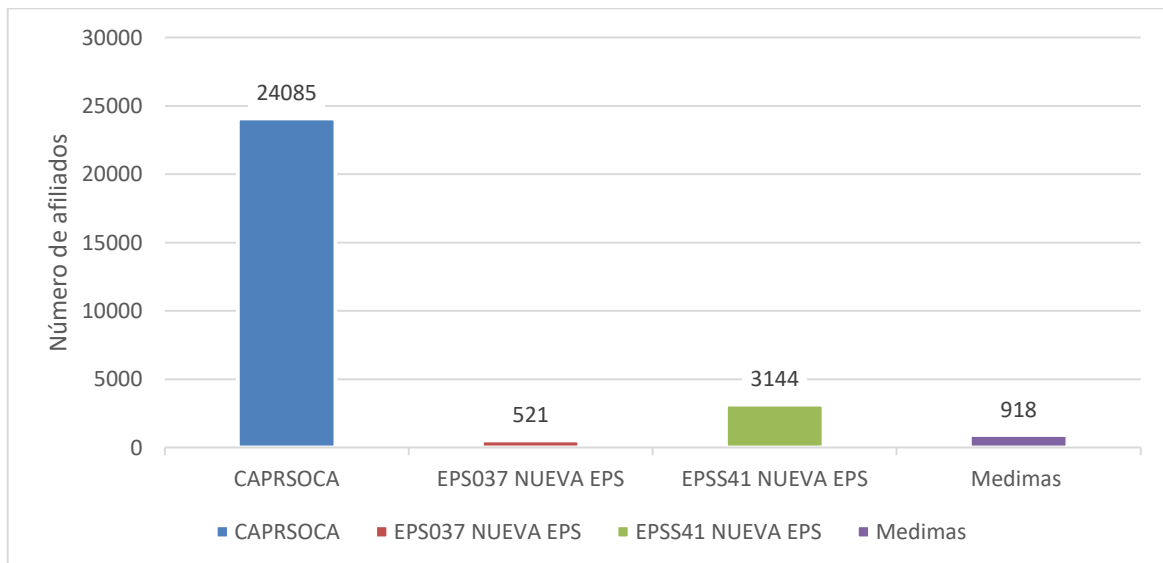
Figura 21. Afiliación al sistema de seguridad social en salud, Paz de Ariporo 2017



Fuente: Construcción propia a partir de datos para actualización ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

Las EPS con mayor número de afiliados en el régimen subsidiado son Capresoca con el 84% (24.85) y Nueva EPS con el 11% (3.144). (Figura 22)

Figura 22. Afiliados régimen subsidiado por EPS, municipio de Paz de Ariporo 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Maestro de Afiliados BDVA. Septiembre de 2018

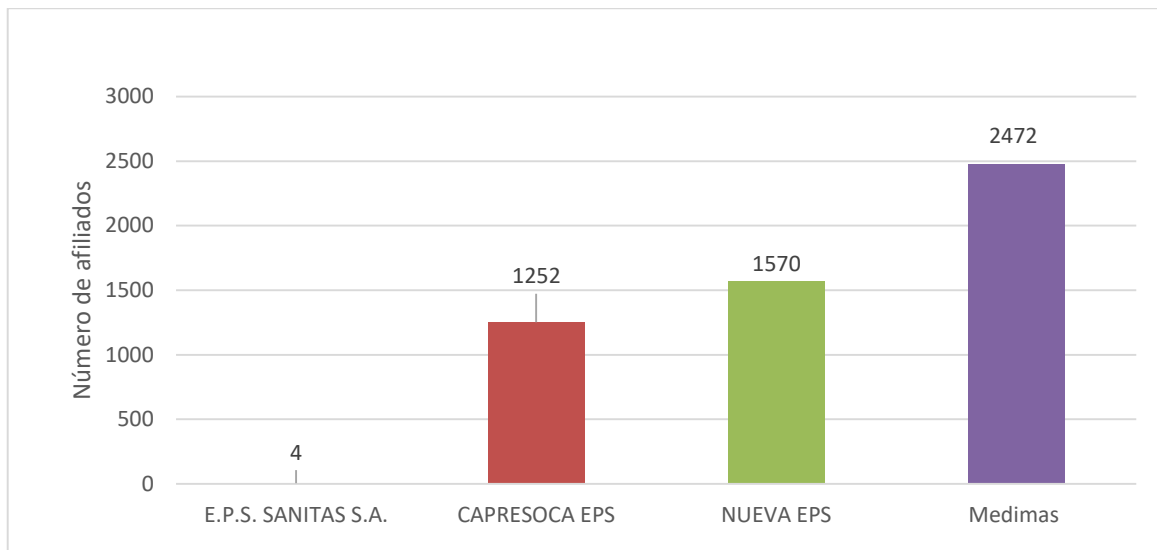


**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



De los 5.298 afiliados al régimen contributivo, el 47% (2.472) están en MEDIMAS, el 30% (1.570) en Nueva EPS y 24% (1.252) en Capresoca. (Figura 23)

Figura 23. Afiliados régimen contributivo por EPS, municipio de Paz de Ariporo 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Maestro de Afiliados BDVA septiembre de 2018

La cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) de las comunidades indígenas del municipio es del 86%, de los cuales, 1.088 (80%) están en el régimen subsidiado, el 5% al régimen contributivo. (Tabla

Tabla 14. Afiliados a SGSSS de las comunidades indígenas, Paz de Ariporo 2018

COMUNIDAD	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIALES	SIN SEG OCIAL	Total
BETANIA	2	122	1	30	155
EL MEREY	3	138		25	155
GUAFILLAL	2	68		16	86
LA ESMERALDA	4	214	3	41	262
LAS MAÑANITAS	3	26		1	30
QUINTO PATIO		29		6	35
SAN JOSE	22	296	12	57	387
TOPOCHALES	1	50		5	56
TSAMANI II	25	64	1	18	108
UNUMA "EL CALVARIO"	3	81		8	92
Total	65	1088	17	207	1366

Fuente: Maestro de afiliados BDVA septiembre de 2018



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



INFRAESTRUCTURA

Con corte a septiembre de 2018, el municipio por cada 10.000 habitantes tenía 3,8 camas (incluyendo todas las categorías de camas incluidas en el Registro Especial de Prestadores (REPS), 0,76 ambulancias (básica y medicalizada) y 0,38 salas.

Servicios Habilitados

De acuerdo con la información consignada en el registro de prestadores de servicios de salud - REPS del Ministerio de Salud y Protección Social, el municipio de Paz de Ariporo cuenta con 177 servicios habilitados los cuales se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 15. Servicios de salud habilitados en el municipio de Paz de Ariporo 2016

SERVICIO	TIPO DE ENTIDAD			Total
	Mixta	Privada	Pública	
101-GENERAL ADULTOS			1	1
102-GENERAL PEDIÁTRICA			1	1
112-OBSTETRICIA			1	1
312-ENFERMERÍA	1	1	1	3
320-GINECOBSTERICIA		1		1
328-MEDICINA GENERAL	1	7	1	9
329-MEDICINA INTERNA		1		1
333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		1		1
334-ODONTOLOGÍA GENERAL	1	15	1	17
337-OPTOMETRÍA		3		3
338-ORTODONCIA		5		5
339-ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA		1		1
342-PEDIATRÍA		1		1
343-PERIODONCIA		1		1
344-PSICOLOGÍA	1	2		3
359-CONSULTA PRIORITARIA		1	1	2
407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL		4		4
501-SERVICIO DE URGENCIAS			1	1
601-TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO		1	1	2
602-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			1	1
706-LABORATORIO CLÍNICO	1	6	1	8
710-RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		1		1
712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	1	6	1	8
714-SERVICIO FARMACÉUTICO	1	1	1	3



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



SERVICIO	TIPO DE ENTIDAD			Total
	Mixta	Privada	Pública	
719-ULTRASONIDO		1		1
724-TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS		5		5
728-TERAPIA OCUPACIONAL		3		3
729-TERAPIA RESPIRATORIA		3		3
739-FISIOTERAPIA		3		3
740-FONOAUDIOLÓGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE		3		3
741-TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	1	6	1	8
818-ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		1		1
907-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO			1	1
908-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO			1	1
909-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	1	3	1	5
910-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	1	3	1	5
911-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO		3	1	4
912-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	1	3	1	5
913-DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	1	3	1	5
914-DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO		1	1	2
915-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL		3	1	4
916-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN		1	1	2
917-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	1	12	1	14
918-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	1	3	1	5
950-PROCESO ESTERILIZACIÓN	1	16	1	18
Total	15	135	27	177

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. REPSS, septiembre de 2018



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



El Municipio tiene una oferta de servicios de salud de primer nivel de atención, constituida por la red pública, con la ESE Departamental Red Salud Casanare en el casco urbano y un puesto de salud en el resguardo indígena de Caño Mochuelo (San José del Ariporo). De igual manera se cuenta con una Red privada que funciona simultáneamente para aumentar la oferta de servicios, con (12) instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS; veintiún (21) profesionales independientes quienes prestan de manera particular los servicios de odontología general (10), ortodoncia (2), laboratorio clínico (4), medicina general (5) y optometría (2), generándose una dinámica de prestación de servicios con oportunidad en el casco urbano, pero presentándose dificultades en su accesibilidad en zonas rurales dispersas del municipio y en el resguardo indígena.

Al servicio tiene 9 médicos, 2 bacteriólogos, 2 enfermeras, 1 odontóloga, 1 auxiliar de laboratorio, 2 auxiliares de odontología, 19 auxiliares de enfermería, 2 vacunadores, 4 conductores de ambulancia, 1 regente, 5 de facturación 2 auxiliares administrativos 1 de archivo y servicios generales y dos celadores.

El Centro de salud posee quince camas disponibles, 10 hospitalización adultos, 2 obstetricia 3 pediátrica, 3 consultorios de consulta médica externa, 2 consultorio de enfermería, 1 consultorio de urgencias, 2 unidad de odontología, 1 sala de partos, 1 sala de trabajo de parto, 1 laboratorio clínico.

ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

El análisis del sistema sanitario (tabla 64) se elaboró según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%, tomando como valor de referencia el departamento.

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: Este indicador hace referencia a la proporción de niños de cero a cinco años en el hogar con acceso simultáneo a salud, nutrición y educación inicial. El municipio en el año 2005 reportó un porcentaje de 18,3% mientras que para el departamento fue de 16,9%, las diferencias relativas observadas no fueron estadísticamente significativas indicando que el municipio se encuentra en condiciones similares que el departamento.

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: Para el año 2005 el municipio registró un porcentaje de 7,03% y el departamento de 4,8%, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

Cobertura de afiliación al SGSSS: Para el año 2015 según el MSPS, el municipio de Paz de Ariporo reportó una cobertura de afiliación de 129,35% y el departamento de 96,49%, las diferencias observadas a través de los intervalos de confianza al 95% no fueron estadísticamente significativas, superando la cobertura.

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: Las coberturas de vacunación con este biológico para el año 2015 el municipio reportó una cobertura del 94,90%. Por otra parte, también se puede evidenciar que el departamento no alcanzó las coberturas útiles de vacunación (8788,6%), las diferencias relativas observadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: En la administración de este biológico el municipio reportó coberturas de 96,90%, con una tendencia constante a través de los años, cifra superior a la del Departamento (92) Las diferencias observadas entre el municipio y el departamento no fueron estadísticamente significativas.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año: La cobertura de aplicación de este biológico en menores de un año en el municipio fue de 94,90%, con una tendencia constante a través de los años, cifra superior a la del Departamento (91,7) Las diferencias observadas entre el municipio y el departamento no fueron estadísticamente significativas.

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: La cobertura de aplicación de este biológico en menores de un año en el municipio fue de 94,80%, con una tendencia constante a través de los años, cifra superior a la del Departamento (93,3) Las diferencias observadas entre el municipio y el departamento no fueron estadísticamente significativas.

Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: El porcentaje de gestantes con cuatro o más controles prenatales en el municipio fue de 51,20%, con una tendencia oscilante a través de los años, cifra inferior a la del Departamento (71,27). Las diferencias observadas entre el municipio y el departamento son estadísticamente significativas.

Cobertura de parto institucional: La cobertura del parto institucional en el municipio de Paz de Ariporo fue de 98,70%, cifra superior al promedio departamental (98,41) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: La cobertura de partos atendidos por personal calificado en el municipio de Paz de Ariporo fue del 98,50%, cifra inferior al promedio del departamento de Casanare (98,55) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 16. SemafORIZACIÓN de las condiciones del sistema sanitario de Paz de Ariporo

Determinantes intermedios de la salud	Casanare	Paz de Ariporo	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	16,90	18,28														
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	5,30	7,03														
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 201)	100,00	100,00							-	-	-	-	-	-	-	-
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2017)	0,89	0,98	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	0,98	1,03	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	0,90	0,97	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	0,89	0,93	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2016)	79,15	70,93	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗				
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2016)	99,06	99,54	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘				
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2016)	99,11	99,85	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘				

Fuente: Minsalud.gov.co/datos para actualización del ASIS 2016



Capítulo 4

Situación Epidemiológica



MORBILIDAD

MORBILIDAD ATENDIDA

Se realizó el análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria. Las fuentes de información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA, entre otros. Se utilizó una hoja de cálculo Excel para estimar las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia y la razón de incidencias junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 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 incluye todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

MORBILIDAD ATENDIDA

La morbilidad atendida es la captada a través de los registros individuales de prestación de servicios RIPS los cuales son la fuente para el presente análisis; el análisis descriptivo se realizó a través de las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en el Municipio de Paz de Ariporo por ciclo vital y sexo utilizando la lista adaptada por la Guía ASIS del MSPS, la fuente de información utilizada corresponde a los RIPS 2017.

Entre 2009 y diciembre de 2017 se prestaron 195.131 atenciones, es decir que en promedio se prestaron 25.180 atenciones anuales durante el periodo.

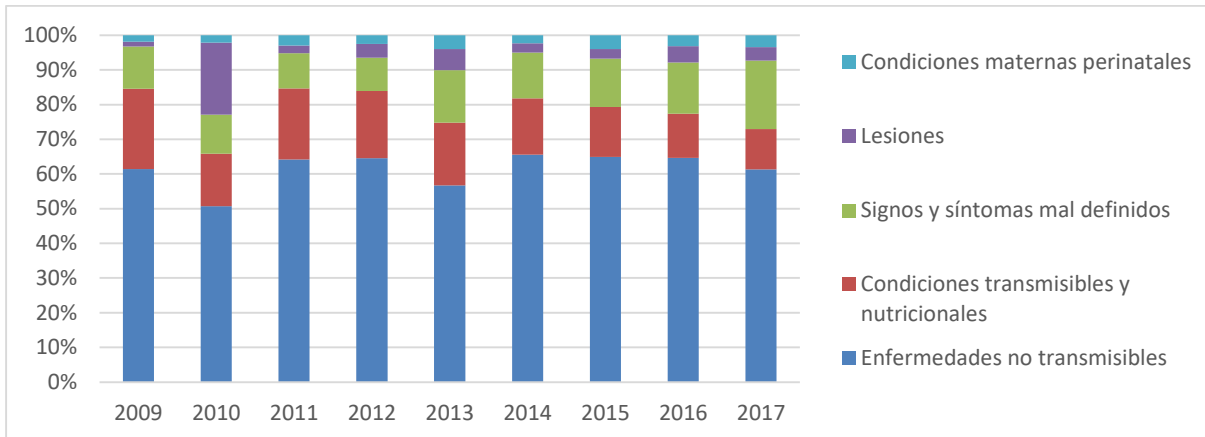
El 36,21% (123.350) de las atenciones se prestó a personas que consultaron por enfermedades no transmisibles. Las condiciones transmisibles y nutricionales demandaron el 15,68% (30.603) de las atenciones. En tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 13,58% (26.493) de las atenciones prestadas. Las lesiones causaron el 3,82% (7.458) de las atenciones prestadas. Finalmente, las condiciones maternas y perinatales causaron el 3,70% (7.227) de las atenciones ofrecidas. El número de atenciones por año y por cada uno de los grupos de grandes causas, se observa en la Figura 24



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



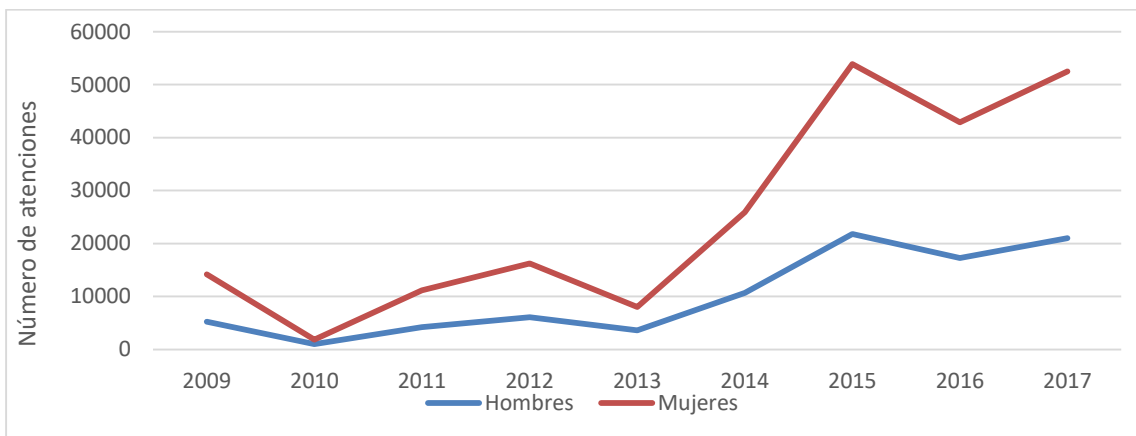
Figura 24. Morbilidad atendida según agrupación de causas 6/67, Paz de Ariporo 2009- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social

La proporción de personas que recibieron atenciones fue un 87% mayor en mujeres que los hombres. Durante todos los años del periodo de análisis, fue mayor el número de atenciones brindadas a las mujeres que a los hombres, diferencia cada vez más creciente a través del tiempo. (Figura 25)

Figura 25. Morbilidad atendida por año según sexo. Paz de Ariporo 2009- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social

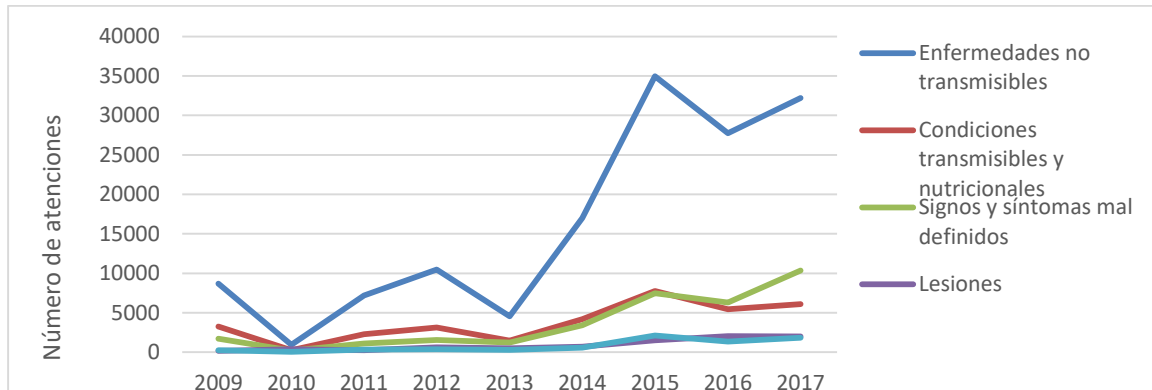
El comportamiento observado muestra una clara tendencia al aumento, lo que puede ser indicador de la demanda de los servicios; sin embargo, es necesario tener en cuenta que la fase de fortalecimiento por la que pasa el sistema de información, ha incrementado el uso de los datos existentes en las fuentes de datos oficiales para la toma de decisiones, motivando el mejoramiento en el reporte de los RIPS. La agrupación signos y síntomas mal definidos fue la que presentó el mayor aumento, hecho que preocupa por cuanto este puede ser un indicador de la calidad de la calidad de los diagnósticos de las atenciones. (Figura 25)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 26. Variación anual de morbilidad según año agrupación de causas 6/67. Paz de Ariporo 2009- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social

MORBILIDAD ATENDIDA SEGÚN GRUPOS Y SUBGRUPO DE CAUSAS

Las atenciones brindadas por los servicios sanitarios del municipio durante el año 2017, según grupo de patologías /67 y subgrupo de causas fueron las siguientes:

En el grupo condiciones transmisibles y nutricionales, los subgrupos que demandaron el mayor número de atenciones fueron las infecciones respiratorias con 47,95% y un aumento de 2,31% con relación a 2016, seguida por las atenciones del subgrupo enfermedades infecciosas y parasitarias con el 43,57% de las atenciones y una disminución en la demanda por esta causa de 2,70% respecto a 2016 (Tabla 17)

En el grupo condiciones maternas perinatales, el subgrupo con mayor demanda de atenciones fueron las condiciones derivadas del periodo perinatal con el 95,50% del total de atenciones y un incremento de 2,61% con relación a 2016 (Tabla 17)

Del grupo enfermedades no transmisibles, las patologías con mayor número de atenciones fueron en su orden las condiciones orales con 25,57% y una disminución de 3,89% con relación a 2016, las enfermedades cardiovasculares con 13,0% y un aumento de 1,03% respecto a 2016 y en tercer lugar las enfermedades genitourinarias 11,37% y una disminución de 1,54% respecto a 2016. (Tabla 17)

En el grupo de las lesiones, el subgrupo “traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas demandaron el 89,94% del total de atenciones por esta causa y una disminución de 2,31% con relación a las atenciones brindadas en 2016. (Tabla 17)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
CAMINO CORRECTO



PAZ DE ARIPORO POR EL

Tabla 17. Personas atendidas según subgrupos de causas. Paz de Ariporo 20109- 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ pp 2017-2016
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	43,08	56,79	46,61	50,33	31,96	37,81	49,83	46,28	43,57	-2,70
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	55,55	42,14	52,51	42,98	59,07	53,03	42,14	45,64	47,95	2,31
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	1,38	1,07	0,87	6,69	8,97	9,16	8,02	8,09	8,48	0,39
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	5,64	10,00	4,86	4,47	5,33	1,50	3,95	7,31	4,50	-2,81
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	94,36	90,00	95,14	95,53	94,67	98,50	96,05	92,69	95,50	2,81
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,67	2,99	1,03	1,95	1,51	0,85	1,43	1,54	1,97	0,43
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,39	0,75	0,49	0,41	0,59	0,93	1,32	0,98	1,08	0,10
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,49	4,48	3,76	3,21	2,28	3,10	2,40	2,26	2,60	0,34
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,81	7,04	10,65	8,14	3,88	5,42	6,15	5,76	5,58	-0,18
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,52	4,80	4,14	4,46	6,01	6,60	5,60	6,11	7,10	0,99
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,70	7,57	6,04	6,57	5,61	9,67	6,74	7,17	9,84	2,67
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,68	11,83	11,63	12,95	10,50	12,00	9,84	11,97	13,00	1,03
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,16	3,73	3,90	4,08	4,08	3,77	2,83	2,84	2,61	-0,23
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,22	7,46	5,94	6,00	6,07	6,27	6,17	6,09	5,85	-0,24
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	17,16	13,54	15,89	17,92	18,18	13,98	12,51	12,91	11,37	-1,54
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,07	8,21	6,30	6,47	7,96	5,09	5,23	5,12	5,23	0,10
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10,19	8,42	8,70	8,52	7,52	9,77	11,04	7,13	7,39	0,26
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,38	1,17	0,26	0,49	1,73	0,81	0,67	0,67	0,81	0,14	
Condiciones orales (K00-K14)	18,57	18,02	21,27	18,83	24,07	21,76	28,06	29,46	25,57	-3,89	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	12,57	2,08	16,21	7,30	12,40	7,40	6,79	7,09	8,92	1,83
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	2,37	1,09	1,22	0,58	0,91	0,74	1,09	0,35
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,78	0,61	0,29	0,00	0,10	0,05	-0,05
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	87,43	97,92	81,42	90,84	85,77	91,73	92,29	92,07	89,94	-2,13
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	

Fuente: Elaboración a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social



Morbilidad atendida por grupo y subgrupo de causas en hombres

En hombres, las atenciones brindadas por los servicios sanitarios del municipio durante el año 2017, según grupo de patologías /67 y subgrupo de causas fueron las siguientes:

En el grupo condiciones transmisibles y nutricionales, los subgrupos que demandaron el mayor número de atenciones fueron las enfermedades infecciones respiratorias con 48,26% y un aumento de 2,49% con relación a 2016, seguida por las atenciones del subgrupo con el 43,57% de las atenciones y una disminución en la demanda por esta causa de 2,39% respecto a 2016 (Tabla 18)

En el grupo condiciones maternas perinatales, el subgrupo con mayor demanda de atenciones fueron las condiciones maternas con el 97,26% del total de atenciones y una disminución de 0,31% con relación a 2016 (Tabla 18)

Del grupo enfermedades no transmisibles, las patologías con mayor número de atenciones fueron en su orden las condiciones orales con 27,12% y una disminución de 5,63% con relación a 2016, las enfermedades cardiovasculares 13,37% y una disminución de 1,32% respecto a 2016. En tercer lugar, en demanda de atenciones fueron las enfermedades de los órganos de los sentidos con 11,54% y un aumento de 3,51% con respecto a las atenciones del 2016 (Tabla 18)

En el grupo de las lesiones, el subgrupo "traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas demandaron el 90,67% del total de atenciones y una disminución del 3,19% con relación a las atenciones brindadas en 2016, seguido por las lesiones no intencionales 8,60% y un aumento de 2,91% con respecto a 2016. (Tabla 18)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
CAMINO CORRECTO



PAZ DE ARIPORO POR EL

Tabla 18. Hombres atendidos según subgrupos de causas. Paz de Ariporo 20109- 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ pp 2017-2016
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	46,40	52,03	44,00	51,46	33,23	37,52	48,34	45,96	43,57	-2,39
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,90	47,97	55,37	43,58	59,58	53,12	44,42	45,77	48,26	2,49
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	0,70	0,00	0,63	4,96	7,19	9,36	7,24	8,27	8,17	-0,11
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	3,49	0,00	1,58	3,02	0,00	1,01	1,45	2,43	2,74	0,31
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	96,51	100,00	98,42	96,98	100,00	98,99	98,55	97,57	97,26	-0,31
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,89	4,05	1,62	1,52	1,44	0,79	1,65	2,55	1,77	-0,79
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,27	1,27	0,54	0,26	0,36	0,48	1,02	0,31	0,77	0,46
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,91	3,54	1,99	2,55	2,41	2,80	2,55	1,88	2,34	0,45
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,64	8,10	8,25	6,42	3,18	4,68	5,38	4,33	4,67	0,34
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,42	5,06	5,35	5,68	7,90	7,09	6,00	7,23	8,77	1,54
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,14	6,84	6,51	8,83	6,31	10,47	7,16	8,03	11,54	3,51
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	11,66	8,35	12,06	13,59	14,26	14,33	10,52	12,05	13,37	1,32
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,35	5,82	5,18	5,59	3,90	3,87	3,33	3,51	3,24	-0,26
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,87	7,59	6,67	6,45	4,62	5,59	6,45	6,31	6,20	-0,11
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,91	7,34	5,72	7,71	7,28	7,36	6,94	6,27	6,00	-0,27
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	12,68	9,87	8,79	8,98	9,95	6,12	6,71	6,43	6,14	-0,29
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,65	7,85	9,70	10,04	9,28	11,14	10,79	7,47	7,22	-0,25
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,41	1,01	0,29	0,54	2,05	0,67	0,85	0,86	0,86	-0,01
Condiciones orales (K00-K14)	24,21	23,29	27,32	21,82	27,08	24,62	30,66	32,75	27,12	-5,63	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	100,00	1,43	29,25	5,16	11,23	7,65	11,18	5,69	8,60	2,91
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,94	1,12	1,64	0,53	0,92	0,29	0,64	0,35
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,45	0,55	0,00	0,00	0,15	0,08	-0,07
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	0,00	98,57	69,81	93,27	86,58	91,82	87,90	93,87	90,68	-3,19
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: Elaboración a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social



Morbilidad atendida por grupo y subgrupo de causas en mujeres

En mujeres, las atenciones brindadas por los servicios sanitarios del municipio durante el año 2017, según grupo de patologías /67 y subgrupo de causas fueron las siguientes:

En el grupo condiciones transmisibles y nutricionales, los subgrupos que demandaron el mayor número de atenciones fueron las infecciones respiratorias con 47,70% y un aumento de 2,18% con relación a 2016, seguida por las atenciones del subgrupo enfermedades infecciosas y parasitarias con el 43,57% de las atenciones y una disminución en la demanda por esta causa de 2,98% respecto a 2016 (Tabla 19)

En el grupo condiciones maternas perinatales, el subgrupo con mayor demanda de atenciones fueron las condiciones maternas con el 89,19% del total de atenciones y un incremento de 2,01 con relación a 2016 (Tabla 19)

Del grupo enfermedades no transmisibles, las patologías con mayor número de atenciones fueron en su orden las condiciones orales con 24,68% y una disminución de 2,93% con relación a 2016, las enfermedades genitourinarias 14,48% y una disminución de 2,17% respecto a 2016. En tercer lugar, en demanda de atenciones fueron las enfermedades cardiovasculares con 12,79% y un aumento de 0,87% con respecto a las atenciones del 2016 (Tabla 19)

En el grupo de las lesiones, el subgrupo "traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas demandaron el 88,76% del total de atenciones por esta causa y un aumento del 0,43% con relación a las atenciones brindadas en 2016, seguido por las lesiones no intencionales 9,43% y una disminución de 0,57% con respecto a 2016. (Tabla 19)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
CAMINO CORRECTO



PAZ DE ARIPORO POR EL

Tabla 19. Mujeres atendidas según subgrupos de causas. Paz de Ariporo 20109- 2017

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ pp 2017-2016
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	40,50	60,51	48,50	49,57	31,02	38,09	51,09	46,55	43,57	-2,98
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57,60	37,58	50,45	42,57	58,68	52,94	40,22	45,52	47,70	2,18
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	1,90	1,91	1,05	7,85	10,30	8,97	8,69	7,93	8,73	0,80
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	75,00	100,00	91,67	100,00	100,00	60,00	88,52	87,18	89,19	2,01
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	25,00	0,00	8,33	0,00	0,00	40,00	11,48	12,82	10,81	-2,01
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,55	2,21	0,73	2,17	1,57	0,88	1,30	0,96	2,09	1,12
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,45	0,37	0,46	0,49	0,77	1,21	1,49	1,36	1,27	-0,09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,79	5,16	4,66	3,54	2,18	3,29	2,31	2,47	2,75	0,28
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,40	6,26	11,86	9,00	4,40	5,87	6,61	6,56	6,11	-0,45
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,57	4,60	3,53	3,86	4,60	6,29	5,37	5,47	6,13	0,66
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,48	8,10	5,80	5,44	5,09	9,18	6,50	6,69	8,85	2,16
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,18	14,36	11,40	12,63	7,70	10,57	9,45	11,92	12,79	0,87
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,07	2,21	3,25	3,33	4,21	3,71	2,53	2,46	2,24	-0,22
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,90	7,37	5,56	5,77	7,16	6,68	6,01	5,97	5,65	-0,32
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	22,36	18,05	21,04	23,00	26,31	18,04	15,77	16,65	14,48	-2,17
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,24	7,00	5,04	5,22	6,47	4,47	4,36	4,39	4,70	0,31
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	8,94	8,84	8,19	7,76	6,20	8,93	11,19	6,93	7,48	0,55
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,36	1,29	0,25	0,46	1,49	0,89	0,57	0,56	0,79	0,23	
Condiciones orales (K00-K14)	15,71	14,18	18,21	17,33	21,83	20,00	26,54	27,61	24,68	-2,93	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,22	8,82	6,80	12,12	15,75	7,10	3,53	10,00	9,43	-0,57
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	3,40	1,01	0,00	0,65	0,91	1,67	1,81	0,14
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	1,52	0,79	0,65	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,78	91,18	89,80	85,35	83,46	91,61	95,56	88,33	88,76	0,43

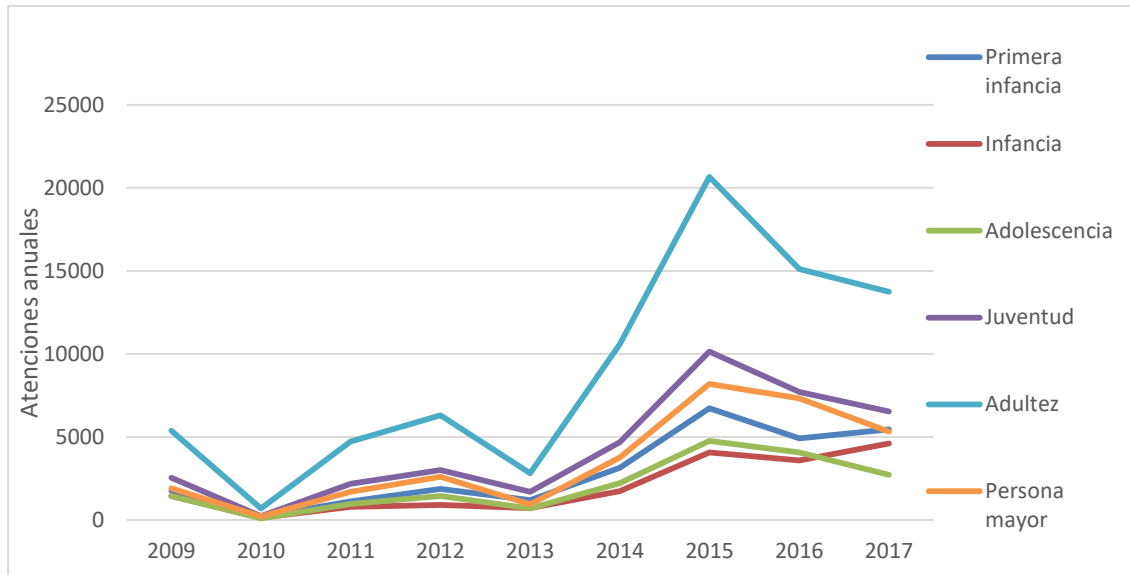
Fuente: Elaboración a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social



MORBILIDAD ATENDIDA POR ETAPA DEL CURSO DE VIDA

Durante el periodo 2009- 2017 se brindaron 213.665 atenciones. Los grupos que demandaron el mayor número de atenciones fueron el de adultez con el 37,46% (80.029), seguido por el de juventud con el 18,14% (38.761), la primera infancia con 12,35% (26.384), la adolescencia con 8,64% (18.455) y finalmente el grupo infancia con 8,43% (18.018). (Figura 27)

Figura 27. Atenciones por año y ciclo vital. Paz de Ariporo 2009- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social

Las principales causas de morbilidad por ciclo vital (Tabla 20) y grandes grupos de causas en el municipio de Paz de Ariporo en el periodo comprendido entre 2009 y 2017 fueron las siguientes:

Primera Infancia (0 a 5 años)

La primera causa de atención en población de este grupo de edad fue las enfermedades no transmisibles que demandaron el 37,71% con una disminución de 6,40 respecto a 2016, seguido por las condiciones trasmisibles y nutricionales con 37,56% de las atenciones, disminuyendo en 3,06 con relación a 2016, En tercer lugar, las condiciones mal definidas con 19,70% de las atenciones y la demanda de atención aumentó con respecto a 2016 en 9,59%.

Infancia (6 a 11 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 52,21% de la demanda; en segundo lugar, las condiciones mal clasificadas con el 20,04% , aumentando en 7,17% con relación a 2016.



Adolescencia (12 a 18 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 52,99% de la demanda; en segundo lugar, las condiciones mal clasificadas con el 26,48%. Las condiciones maternas aparecen con el 10,09% de las atenciones,

Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 52,18% de la demanda. En segundo lugar, las condiciones mal clasificadas aparecen con el 25,48%. En tercer lugar, se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales con el 6,82% de las atenciones.

Adulthood (27 a 59 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 66,97% de la demanda. En segundo lugar, las condiciones mal clasificadas aparecen con el 18,58% de las atenciones. En tercer lugar, las condiciones transmisibles aportaron el 5,13% (de las atenciones).

Persona Mayor (60 años y más)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 81,17% de la demanda. En segundo lugar, están las condiciones mal clasificadas, con el 13,39% de las atenciones. Las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5,13% de las atenciones.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
CAMINO CORRECTO



PAZ DE ARIPORO POR EL

Tabla 20. Proporción de atenciones por causa, sexos y ciclo vital, Paz de Ariporo 2009-2017

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	52,97	38,22	62,21	57,63	48,29	51,04	40,00	40,62	37,56	-3,06
	Condiciones perinatales	0,69	2,09	1,15	0,37	1,42	0,16	1,06	1,26	0,86	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	28,97	36,13	26,11	31,59	34,75	34,85	42,93	44,10	37,71	-6,40
	Lesiones	3,14	2,62	2,83	1,71	4,34	2,23	3,83	3,81	4,17	0,36
	Condiciones mal clasificadas	14,23	20,94	7,70	8,70	11,19	11,72	12,19	10,21	19,70	9,50
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,31	36,36	37,69	34,77	24,65	29,40	24,56	23,73	22,89	-0,85
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,25	0,11	0,00	0,00	0,25	0,08	0,56	0,48
	Enfermedades no transmisibles	39,42	44,06	39,21	51,55	56,27	51,46	55,82	58,41	52,21	-6,20
	Lesiones	3,79	9,09	16,62	3,97	7,24	4,64	4,38	4,90	4,30	-0,61
	Condiciones mal clasificadas	12,47	10,49	6,22	9,60	11,84	14,50	15,00	12,87	20,04	7,17
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,14	19,59	25,90	19,35	16,98	14,99	13,18	10,28	10,83	0,55
	Condiciones maternas	2,06	3,09	3,38	4,56	8,35	3,55	6,79	6,64	5,30	-1,34
	Enfermedades no transmisibles	55,28	52,58	54,25	60,26	51,22	59,38	59,35	57,10	52,99	-4,12
	Lesiones	5,62	11,34	4,71	3,87	6,33	3,95	4,71	5,83	4,40	-1,43
	Condiciones mal clasificadas	12,89	13,40	11,77	11,96	17,12	18,13	15,96	20,16	26,48	6,33
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,96	17,90	15,71	16,32	11,84	12,03	11,10	8,53	7,68	-0,85
	Condiciones maternas	3,96	7,42	8,26	7,15	9,66	7,22	9,64	8,46	10,09	1,63
	Enfermedades no transmisibles	61,53	48,03	56,71	60,07	48,59	60,64	59,31	58,15	52,18	-5,97
	Lesiones	4,75	12,23	5,66	4,57	6,89	4,62	4,68	5,62	4,57	-1,05
	Condiciones mal clasificadas	13,80	14,41	13,65	11,89	23,03	15,49	15,27	19,25	25,48	6,23
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,34	11,88	11,63	12,12	9,55	8,90	9,03	7,31	6,82	-0,49
	Condiciones maternas	2,28	1,98	2,12	1,76	2,84	1,70	3,61	2,43	3,05	0,62
	Enfermedades no transmisibles	67,80	67,04	71,57	72,78	65,31	73,15	69,37	70,78	66,97	-3,81
	Lesiones	3,42	7,36	4,74	3,59	7,42	3,44	4,14	4,24	4,59	0,35
	Condiciones mal clasificadas	12,16	11,74	9,94	9,75	14,88	12,81	13,85	15,24	18,58	3,33
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,90	5,21	8,31	8,08	12,37	6,87	5,40	5,98	5,13	-0,85
	Condiciones maternas	0,00	0,95	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	83,46	81,04	82,79	83,10	75,58	82,01	80,90	81,36	81,17	-0,19
	Lesiones	2,04	1,90	2,34	2,16	5,03	2,55	3,10	2,69	2,63	-0,05
	Condiciones mal clasificadas	5,60	10,90	6,56	6,58	7,02	8,57	10,60	9,97	13,39	3,42

Fuente: Elaboración a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social



Principales causas de morbilidad en hombres

La tendencia de las principales causas de morbilidad en los hombres en 2017 (tabla 21), por gran causa y por ciclo vital humano fueron las siguientes:

Primera Infancia: Las principales causas de morbilidad fueron las condiciones no transmisibles 38,98% y una disminución de 6,79% con relación al 2016, seguido por las condiciones perinatales con una proporción de 36,45% y una disminución del 1,06% con relación al 2016

Infancia: Las principales causas de morbilidad en hombres en el municipio, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 53,35% y una disminución de 2,18% con relación al 2016, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción del 22,21% y una disminución del 1,86% con relación al 2016 y las condiciones mal clasificadas con 18,78% y aumento del 4,85% en relación con 2016.

Adolescencia: Las principales causas de morbilidad en hombres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 56,25% y una disminución del 2,31% con relación al 2016 seguido de las condiciones mal clasificadas con una proporción del 23,07% y un incremento del 4,48% con relación al 2016.

Juventud: Las principales causas de morbilidad en hombres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 56,08% y un incremento de 3,04% con relación al 2016, seguido de las condiciones mal clasificadas con una proporción del 21,70% y un incremento del 4,97% con relación al 2016.

Adulthood: Las principales causas de morbilidad en hombres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 65,84% y una disminución de 1,52% con relación al 2016, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con el 16,23%, aumentando en 2,93% con relación a 2016 y las lesiones con una proporción del 10,44% y un incremento del 0,98% con relación al 2016

Persona Mayor: Las principales causas de morbilidad en hombres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 80,27% y una disminución de 2,23% con relación al 2016, seguido de las condiciones mal definidas que tiene una proporción del 14,23% y un aumento de 4,21% con respecto al 2016.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
CAMINO CORRECTO



PAZ DE ARIPORO POR EL

Tabla 21. Morbilidad atendida en hombres por ciclo vital, Paz de Ariporo 2009 – 2017

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,68	4,04	1,51	0,65	2,67	0,18	1,28	1,72	0,61	-1,11
	Condiciones perinatales	51,35	33,33	63,82	58,08	44,81	53,39	39,65	37,52	36,45	-1,06
	Enfermedades no transmisibles	30,07	40,40	24,12	30,60	33,65	32,32	43,35	45,77	38,98	-6,79
	Lesiones	3,27	4,04	2,85	1,72	5,97	2,42	3,73	5,06	4,82	-0,24
	Condiciones mal clasificadas	14,64	18,18	7,71	8,94	12,89	11,68	11,99	9,94	19,13	9,20
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,20	31,52	30,33	34,20	21,45	28,17	25,16	24,07	22,21	-1,86
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	0,32	0,11	0,67	0,56
	Enfermedades no transmisibles	39,21	46,74	37,20	50,47	56,52	49,43	56,52	55,52	53,35	-2,18
	Lesiones	6,75	13,04	28,20	5,66	7,54	5,43	5,37	6,37	5,00	-1,37
	Condiciones mal clasificadas	9,84	8,70	3,79	9,67	14,49	16,97	12,63	13,92	18,78	4,86
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,13	23,08	28,24	28,40	18,08	18,54	15,58	12,72	13,65	0,93
	Condiciones maternas	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,47	0,12	-0,35
	Enfermedades no transmisibles	45,18	48,72	51,81	54,56	55,38	58,98	59,68	58,56	56,25	-2,31
	Lesiones	10,49	23,08	8,55	7,51	15,00	6,49	7,46	9,66	6,91	-2,75
	Condiciones mal clasificadas	13,03	5,13	11,40	9,53	11,54	15,87	17,28	18,59	23,07	4,48
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,56	19,05	17,99	20,28	14,67	17,28	14,58	10,69	10,77	0,08
	Condiciones maternas	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,25	0,32	0,08	-0,24
	Enfermedades no transmisibles	53,64	51,19	58,77	58,94	53,31	62,02	60,96	59,12	56,08	-3,04
	Lesiones	11,04	20,24	12,74	11,59	20,66	10,04	10,34	13,13	11,37	-1,77
	Condiciones mal clasificadas	13,64	9,52	10,49	9,19	11,36	10,59	13,87	16,73	21,70	4,97
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,35	10,54	11,09	10,98	9,48	11,24	10,32	9,62	20,03	10,41
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	-0,31
	Enfermedades no transmisibles	66,31	64,29	66,54	71,71	67,91	71,64	68,21	67,35	65,84	-1,52
	Lesiones	6,41	12,24	11,48	7,72	14,04	6,77	8,41	9,46	10,44	0,98
	Condiciones mal clasificadas	11,92	12,93	10,83	9,59	8,57	10,36	13,07	13,26	16,23	2,97
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,52	6,25	8,11	6,90	8,74	7,28	5,42	6,61	9,46	2,85
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	81,60	76,25	79,33	83,22	76,50	81,47	79,33	80,27	82,50	2,23
	Lesiones	3,07	1,25	3,18	2,68	7,38	3,75	4,13	3,09	3,27	0,18
	Condiciones mal clasificadas	7,82	16,25	9,38	7,19	7,38	7,50	11,12	10,03	14,23	4,20

Fuente: Elaboración a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social



Principales causas de morbilidad en mujeres

La tendencia de las principales causas de morbilidad en las mujeres en 2017 por ciclo vital (Tabla 22) presentó el siguiente comportamiento:

Primera Infancia: Las principales causas de morbilidad de mujeres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción de 38,22% y disminución de 14,75% respecto a 2016, seguido por las enfermedades no transmisibles con 36,13% aumento de 7,15% con relación al 2016, seguido de las condiciones mal definidas con una proporción del 20,94% y un incremento de 671% con relación al 2016.

Infancia: Las principales causas de morbilidad de mujeres en el municipio para el año 2017, fueron las enfermedades no transmisibles con una proporción del 51,14% y una disminución de 10,09% incremento de con relación al 2016, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción del 23,52% y una disminución del 3,94% con relación al 2016

Adolescencia: Las principales causas de morbilidad de mujeres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 50,92% y una disminución de 5,33% con relación al 2016 seguido de las condiciones mal clasificadas con una proporción del 28,65% y un incremento del 7,58% con relación al 2016.

Juventud: Las principales causas de morbilidad en mujeres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 50,68% y una disminución de 7,09% con relación al 2016 seguido de las condiciones mal clasificadas con una proporción del 256,93% y un incremento del 6,70% con relación al 2016.

Adulthood: Las principales causas de morbilidad en mujeres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 67,46% y una disminución de 4,79% con relación al 2016, seguido de las condiciones mal clasificadas con una proporción del 19,60% y un incremento del 3,50% con relación al 2016.

Persona Mayor: Las principales causas de morbilidad de mujeres en el municipio para el año 2017, fueron las condiciones no transmisibles con una proporción del 80,22% y una disminución de 1,95% con relación al 2016, seguido de las enfermedades no transmisibles con una proporción del 12,78% y un incremento del 2,85% con relación al 2016.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
CAMINO CORRECTO



PAZ DE ARIPORO POR EL

Tabla 22.. Morbilidad atendida en mujeres por ciclo vital, Paz de Ariporo 2009 – 2017

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	54,64	43,48	60,41	57,19	52,23	45,55	45,55	52,97	38,22	-14,75
	Condiciones perinatales	0,70	0,00	0,75	0,11	0,00	0,66	0,66	0,69	2,09	1,43
	Enfermedades no transmisibles	27,84	31,52	28,33	32,56	36,01	37,68	37,68	28,97	36,13	7,15
	Lesiones	3,02	1,09	2,81	1,69	2,50	2,92	2,92	3,14	2,62	-0,53
	Condiciones mal clasificadas	13,81	23,91	7,69	8,46	9,27	13,20	13,20	14,23	20,94	6,74
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44,42	45,10	46,17	35,27	27,61	30,66	23,88	23,40	23,52	0,12
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,16	0,06	0,46	0,40
	Enfermedades no transmisibles	39,61	39,22	41,53	52,49	56,03	53,54	55,01	61,23	51,14	-10,09
	Lesiones	1,17	1,96	3,28	2,49	6,97	3,83	3,25	3,47	3,63	0,16
	Condiciones mal clasificadas	14,81	13,73	9,02	9,54	9,38	11,96	17,69	11,84	21,24	9,40
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,38	17,24	24,37	14,68	16,32	12,75	11,69	8,84	9,03	0,19
	Condiciones maternas	3,34	5,17	5,58	6,92	13,33	5,71	10,98	10,25	8,59	-1,65
	Enfermedades no transmisibles	62,17	55,17	55,84	63,21	48,74	59,63	59,15	56,25	50,92	-5,33
	Lesiones	2,31	3,45	2,20	1,99	1,15	2,34	3,02	3,58	2,80	-0,78
	Condiciones mal clasificadas	12,80	18,97	12,01	13,21	20,46	19,56	15,15	21,08	28,65	7,58
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,54	17,24	14,71	14,91	10,71	9,64	9,75	7,69	6,50	-1,19
	Condiciones maternas	5,62	11,72	11,88	9,70	13,51	10,48	13,28	11,64	13,93	2,29
	Enfermedades no transmisibles	64,94	46,21	55,81	60,47	46,71	60,01	58,67	57,77	50,68	-7,09
	Lesiones	2,02	7,59	2,56	2,07	1,40	2,15	2,49	2,67	1,96	-0,71
	Condiciones mal clasificadas	13,88	17,24	15,04	12,85	27,68	17,72	15,81	20,23	26,93	6,70
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,83	12,83	11,89	12,62	9,60	7,68	8,45	6,32	6,52	0,20
	Condiciones maternas	3,41	3,39	3,10	2,54	4,65	2,60	5,20	3,34	4,38	1,04
	Enfermedades no transmisibles	68,53	69,01	73,99	73,25	63,64	73,94	69,89	72,25	67,46	-4,79
	Lesiones	1,94	3,87	1,50	1,76	3,20	1,69	2,26	1,99	2,04	0,05
	Condiciones mal clasificadas	12,28	10,90	9,51	9,83	18,91	14,10	14,20	16,10	19,60	3,50

Fuente: Elaboración a partir de bases externas para actualización del ASIS 2018/morbilidad, Ministerio de Salud y Protección Social

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsidiaadopza@gmail.com www.pazdeariporo-casanare.gov.co



MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO

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

En la actualidad, los sistemas de información en Colombia se encuentran en fase de desarrollo y fortalecimiento, por lo cual no se cuenta con información para todos los eventos. La Cuenta de Alto Costo posee información de la situación de salud de la ERC y de la situación del VIH-sida la cual se presenta a continuación:

Enfermedad renal crónica

La ERC es un problema de salud pública que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. De acuerdo con el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2010, la enfermedad pasó al puesto 18 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 27 en 1990; así mismo, se reportó como la tercera causa que mayor cantidad de años de vida perdidos genera por muerte prematura. En Estados Unidos "los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con ERC pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años. 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.

. Tabla 23. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo del Municipio de Paz de Ariporo, 2008-2017

Evento	Casanare	Paz de Ariporo
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0,00	0,00
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco por 100.000 afiliados	0,04	0,02
Tasa de incidencia de VIH notificada	10,76	0,00
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	0,00
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica (menores de 15 años)	9,55	10,51

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, indicadores ASIS



MORBILIDAD DE EVENTOS PRECURSORES

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. “La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia había un total 2.827.129 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 6,4 personas por cada 100 afiliado. La tendencia se mostró al incremento durante el quinquenio 2009-2013, con prevalencias en servicios de salud más alta en las mujeres que en los hombres; la brecha entre sexos alcanzó la mayor diferencia relativa en el 2013, cuando el 62,42% de los casos se presentó en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud un 75% mayor que en los hombres.

Durante este periodo la prevalencia en servicios de salud de hipertensión en mujeres afiliadas se incrementó en un 35%, pasando de 0,052 (994.838 casos) a 0,070 (1.507.094 casos) mujeres por cada 100.000 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 25%, trasladándose de 0,032 (563.317 casos) a 0,040 (907.260 casos) hombres por cada 100.000 afiliados

Diabetes mellitus

En el mundo se estima que 347 millones de personas tenían diabetes para 2013 y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

Según la Organización Mundial de la Salud para 2008, en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas (≥ 126 mg/dl o está tomando medicamentos para tratar la hiperglucemia) en adultos de 25 o más años fue de 6,7% en hombres y de 6,1% en mujeres, siendo más bajas que las del grupo de países de ingresos medianos altos, que alcanzaron valores de 10,4% y 10,3%, respectivamente.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para 2013, había 634.098 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con diabetes mellitus por los servicios de salud, alcanzando una prevalencia en servicios de salud de 1,44, que siguió una tendencia al incremento durante el quinquenio 2009 a 2013, siendo siempre más alta en las mujeres que en los hombres, aunque la brecha entre sexos se nota especialmente marcada para el último año, cuando el 58,24% de los casos se presentaron en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud el doble de alta que en los hombres.



Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

La enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) comenzó a cobrar vidas humanas a finales de la década de los 80 y se proclamó como pandemia durante los 90. La educación, los desarrollos tecnológicos y de medicamentos permiten que entre 2001 y 2012 el número anual de contagios entre adultos y adolescentes haya disminuido en un 50% o más en 26 países. Además, se estima que para 2012, en el mundo, 35,3 (32,2-38,8) millones de personas vivían con la enfermedad; hubo 2,3 (1,9-2,7) millones de casos nuevos de VIH, lo cual muestra un decremento del 33% con respecto a 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes también declinó a 1,6 (1,4-1,9) millones de muertes en 2012 con respecto a los 2,3 (2,1-2,6) millones ocurridos en 2005.

En Colombia, la infección por VIH suma cada vez más casos al año. De acuerdo con los datos de notificación de VIH y sida al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), desde 1985 hasta el 31 de diciembre del año 2013 se notificaron 92.379 casos de VIH/sida. Entre 2008 y 2013 la notificación de casos tendió al incremento, cerrando el último año con 8.208 casos

El 71% del total de casos notificados entre 1985 y 2013 con VIH eran hombres y el 29% restante mujeres. Es decir, que por cada mujer fueron notificados 2,45 hombres. La relación hombre: mujer en los casos notificados con sida es similar a los casos en estadio VIH, del total de casos notificados con sida entre 1985 y 2013, el 79% eran hombres. Para 2013 la razón de masculinidad fue de 2,6 hombres por una mujer con VIH/sida. Para 2013 se estima que hubo 17,4 casos de VIH/sida por 100.000 habitantes. Desde 2008 la tasa de incidencia de VIH/sida en hombres se incrementó en un 53%, pasando de 16,7 a 25,6 casos por 100.000 en 2013, es decir, que para el último año se realizaron 8,9 notificaciones más por cada 100.000 hombres. Mientras tanto, la tasa de incidencia de VIH/sida en mujeres se mantuvo constante en 9,0 casos por cada 100.000 mujeres durante el periodo

Entre 2005 y 2013, el 86% de los casos notificados estaban entre los 15 y 49 años de edad y su tendencia ha aumentado, pasando de 2.845 a 6.973 casos; el mismo comportamiento se observa en los mayores de 50 años

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, a 31 de enero de 2013, 46.348 afiliados al SGSSS tenían VIH/sida, alcanzando una prevalencia ajustada por edad de 0,11%, un 44% más alta en el régimen contributivo que en el subsidiado¹, pues el 59% (27.375) de las personas diagnosticadas pertenecían al régimen contributivo, alcanzando una prevalencia ajustada de 0,13%; el 39,22 (18.178) se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, con una prevalencia de 0,09 y el restante 1,74% (805) a las fuerzas militares. El 72,95% (33.813) de los afiliados con VIH/sida eran mujeres y el restante 27,05% (12.535) hombres, para una razón hombre: mujer de 2,7. La prevalencia de VIH/sida en las personas afiliadas entre 15 y 49 años fue de 0,16% (35.628) por cada 100 afiliados, un 67% mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (0,20 [21.245] y 0,12 [14.383], respectivamente).

La dinámica de la infección del VIH/sida en Colombia considera indispensable el análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH en los grupos de exposición en poblaciones vulnerables, con base en la prevalencia actual de la infección, el número de personas con exposiciones especiales y las tasas de estas exposiciones. Es así como “se estima un total de 10.210 nuevos casos (tasa de incidencia de 42 casos por 100.000 habitantes de la población vulnerable) para el año 2013, distribuidos de la siguiente manera: la



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es la población con la mayor cantidad de casos nuevos con un 61,4%, seguido por parejas féminas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (9,8%), sexo heterosexual de bajo riesgo (9,6%) y mujeres transgénero (9,6%)". Sin embargo, la tendencia de la tasa de incidencia por 100.000 habitantes indica que la población con mayor vulnerabilidad ante la infección por el VIH son las mujeres transgénero, seguidas por los usuarios de drogas intravenosas y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Por cada 100.000 mujeres transgénero, 9.610 se infectan cada año; y por cada 100.000 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se infectan 1.200.

Transmisión materno infantil del VIH

El porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en Colombia fue de 4,6% en 2011, representó una disminución de 0,7 puntos porcentuales con respecto al 2010.

De acuerdo con los casos reportados de transmisión materno infantil del VIH a través del Sivigila y del sistema de información de la estrategia, se encuentra que las niñas y niños reportados con VIH en 2008 y que nacieron ese año, al 63,4% se le realizó el diagnóstico antes de los 2 años de edad; en 2009 fue al 76,9% y en 2010 al 90,4%".

Cobertura de tratamiento antirretroviral

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo, el 86,5% (40.097) de las personas con VIH/sida se encuentran con indicación de tratamiento antirretroviral. Los hombres con dicha indicación son el 87,1% (29.455) y las mujeres el 84,9% (10.642). El 99,96% (40.082) de las personas con VIH/sida con indicación de tratamiento antirretroviral lo están recibiendo.

Leucemia y mieloide aguda y linfoide aguda pediátricas

Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos, por células neoplásicas del sistema hematopoyético. Son enfermedades neoplásicas que se deben a mutación somática de la célula progenitora, según su estirpe celular afectada, ya sea la línea mieloide o la linfoide, su evolución varía desde las que conducen rápidamente a la muerte hasta las que evolucionan con lentitud y se les conoce como agudas o crónicas, respectivamente.

.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 24. Eventos precursores del Municipio de Paz de Ariporo, 2009 -2014

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de casos de hipertensión arterial	375,00	738,00	504,00	815,00	897,00	279,00
Número de personas con ERC en estadio 0	365,00	2,00	320,00	84,00	1,00	1,00
Número de personas con ERC en estadio 1	5,00	1,00	7,00	6,00	266,00	4,00
Número de personas con ERC en estadio 2	5,00	1,00	7,00	7,00	341,00	2,00
Número de personas con ERC en estadio 3	5,00	6,00	12,00	15,00	183,00	2,00
Número de personas con ERC en estadio 4	0,00	0,00	8,00	7,00	3,00	2,00
Número de personas con ERC en estadio 5	3,00	3,00	2,00	6,00	3,00	6,00
Porcentaje de personas con ERC en estadio 1	27,78	9,09	19,44	14,63	33,42	23,53
Porcentaje de personas con ERC en estadio 2	27,78	9,09	19,44	17,07	22,99	11,77
Porcentaje de personas con ERC en estadio 3	27,78	54,55	33,33	36,59	22,99	11,77
Porcentaje de personas con ERC en estadio 4	0,00	0,00	22,22	17,07	0,38	11,77
Porcentaje de personas con ERC en estadio 5	16,67	27,27	5,56	14,63	0,38	35,30
Porcentaje de personas en estadio 0	1,30	0,01	1,00	0,27	0,00	5,89
Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años		0,57	0,38	0,91	0,79	0,27
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevalencia de ERC en estadio 5	0,01	0,01	0,01	0,03	0,02	
Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años		2,66	1,69	3,06	3,41	1,51

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, indicadores ASIS



Semaforización de eventos precursores

Al comparar las tasas de prevalencia de los eventos precursores en el municipio de Paz de Ariporo con relación a las tasas promedio del Departamento (tabla 56), con un intervalo de confianza del 95%, observamos lo siguiente:

La prevalencia de diabetes mellitus en el municipio fue de 0,27, inferior a la tasa promedio del departamento la cual fue de 1,05 pero la diferencia no es estadísticamente significativa. La tendencia en el periodo 2011 a 2017 fue a la disminución.

La prevalencia de hipertensión arterial en el municipio fue de 1,51, inferior a la tasa promedio del departamento la cual fue de 3,09 pero la diferencia no es estadísticamente significativa y presentó una tendencia oscilante en el periodo 2011 a 2017

Tabla 25. Semaforización eventos precursores

Evento	Casanare 2017	Paz de Ariporo 2017
Prevalencia de diabetes mellitus	1,05	0,27
Prevalencia de hipertensión arterial	3,09	1,51

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, indicadores ASIS

MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Durante el 2017 fueron notificados por el sistema de vigilancia del municipio de Paz de Ariporo 694 eventos, de los cuales el 20% (145 casos) fueron casos de vigilancia en salud pública de las violencias de género, el 14,83% (103) casos de vigilancia integrada de rabia humana, y 10,52% (73) casos de dengue. 15 eventos representan el 91% del total de casos notificados

En la tabla 26 se muestran los principales eventos notificados por el sistema de vigilancia en salud pública del municipio de Paz de Ariporo (SIVIGILA) durante el año 2017



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 26. Casos de Eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA, 2017

Etiquetas de fila	Femenino	Masculino	Total	Porcentaje	Porcentaje acumulado
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	117	28	145	20,89%	20,89%
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	43	60	103	14,84%	35,73%
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	33	40	73	10,52%	46,25%
VARICELA INDIVIDUAL	31	32	63	9,08%	55,33%
CHAGAS	26	20	46	6,63%	61,96%
ACCIDENTE OFIDICO	10	26	36	5,19%	67,15%
INTOXICACIONES	17	18	35	5,04%	72,19%
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	22		22	3,17%	75,36%
DENGUE	5	14	19	2,74%	78,10%
BAJO PESO AL NACER	18		18	2,59%	80,69%
INTENTO DE SUICIDIO	9	9	18	2,59%	83,29%
TUBERCULOSIS	4	13	17	2,45%	85,73%
DEFECTOS CONGENITOS	8	7	15	2,16%	87,90%
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	5	8	13	1,87%	89,77%
SIFILIS GESTACIONAL	8		8	1,15%	90,92%
Otros eventos	34	29	63	9,08%	100,00%
Total eventos	390	304	694	100,00%	

Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Casanare, SIVIGILA 2017

El comportamiento de los principales eventos de notificación obligatoria en el periodo 2007 a 2017 fue el siguiente:

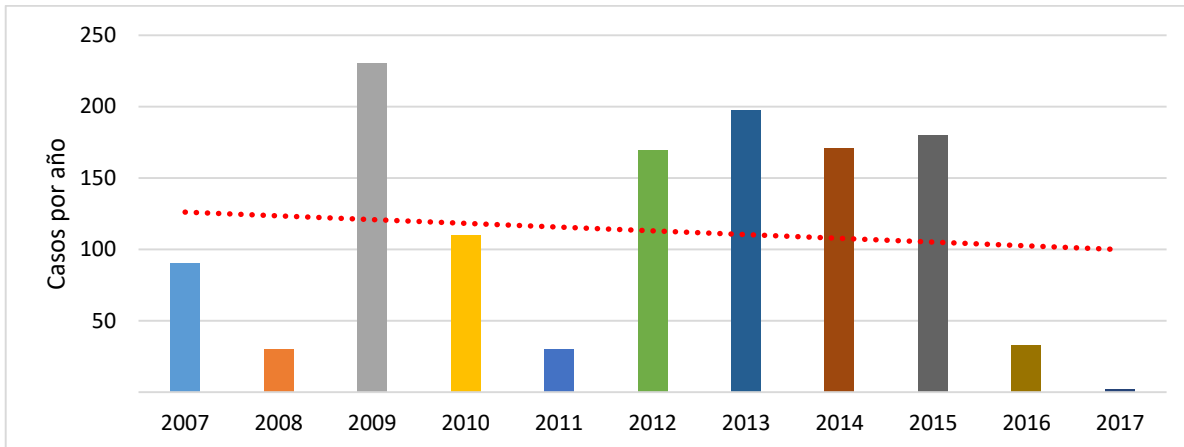
Dengue: de 2007 a 2017 fueron notificados 1.242 casos de este evento. Los años de mayor notificación fueron 2009 con 230 casos, 2013 con 197 y 2015 con 180 casos. Este evento muestra una leve tendencia al descenso. (Figura 28)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



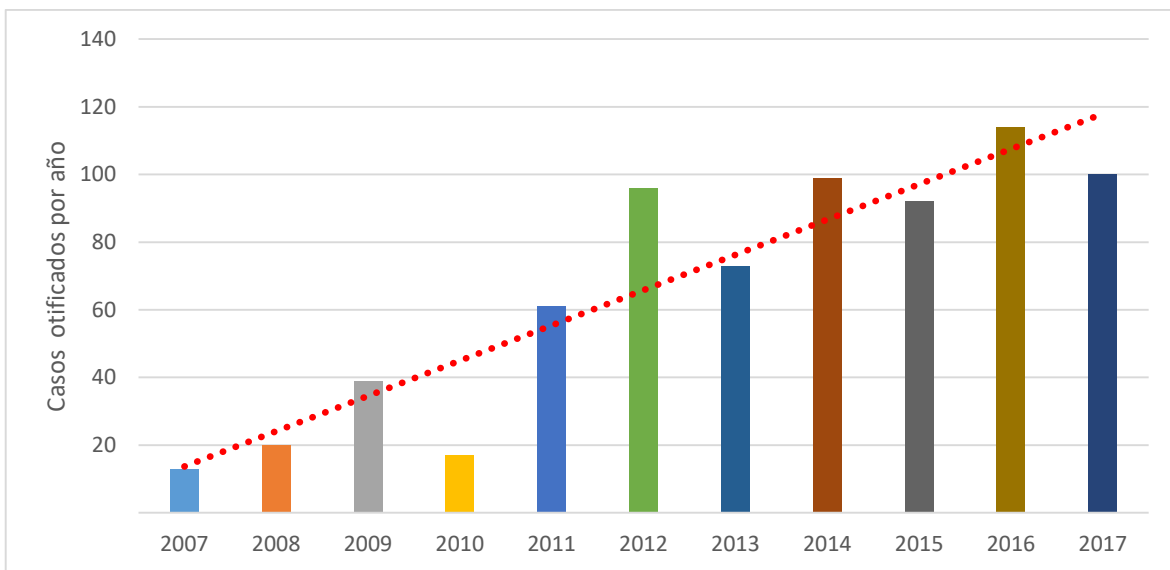
Figura 28. Casos anuales de dengue, Paz de Ariporo 2007 - 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

Vigilancia integrada de rabia: Es el segundo evento de mayor notificación en el periodo 2007 a 2017 y corresponde al reporte de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia como perros, gatos otro tipo de mamíferos silvestres que pueden ser tenidos como mascotas, con 724 casos. Los años de mayor notificación fueron 2016 con 114 casos, 2014 con 99 y 2012 con 96. Este evento muestra una marcada tendencia al aumento en el número de casos anuales (Figura 29)

Figura 29. Casos de animales potencialmente transmisores de rabia, Paz de Ariporo 2007 - 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

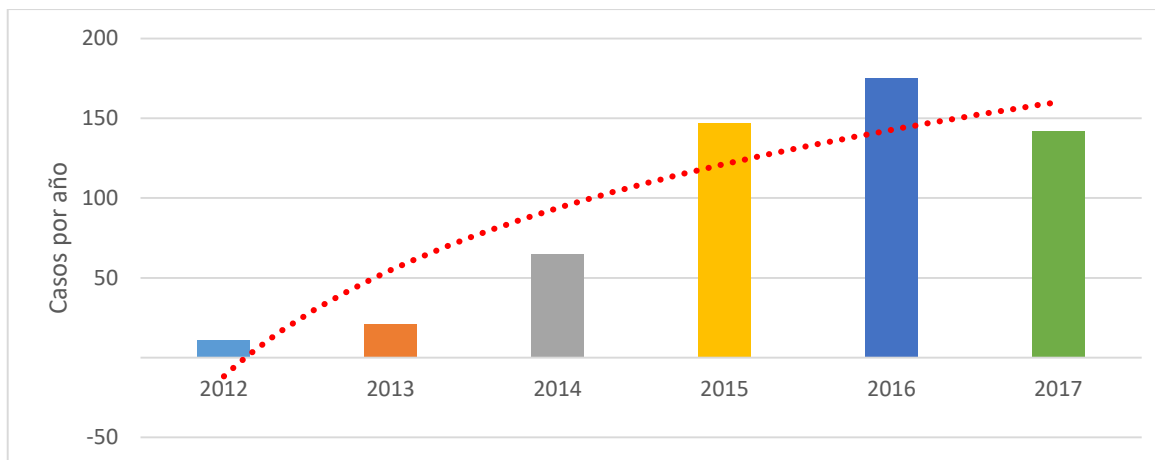


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Violencia intrafamiliar: comprende los casos reportados de violencia contra la mujer, la violencia sexual y la violencia intrafamiliar. En total, en el periodo 2012 a 2017, fueron notificados 558 casos, siendo el 2016 con 175 casos en año con, mayor reporte de este evento. Este evento presenta una marcada tendencia al aumento. (figura 30)

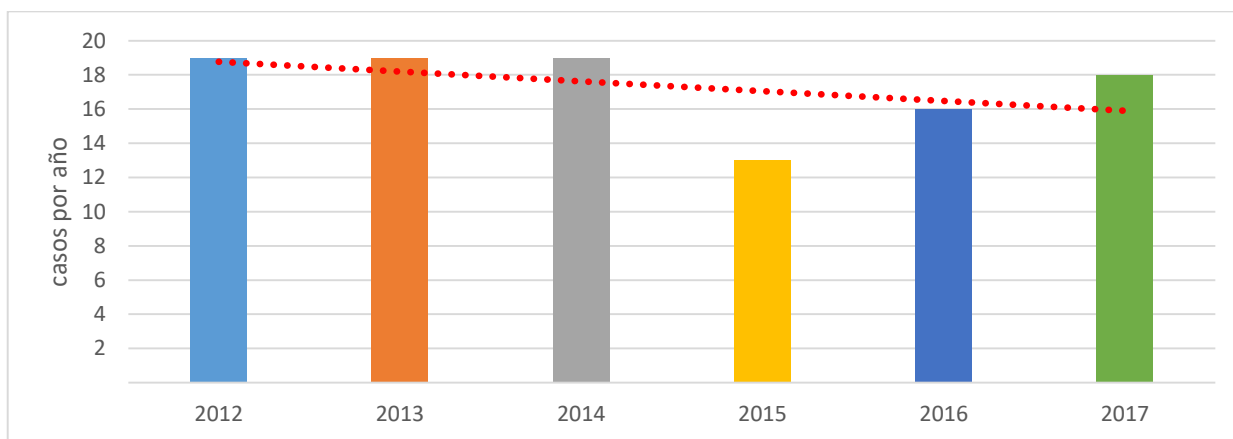
Figura 30. Casos de violencia reportados por año. Paz de Ariporo 2012- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

Bajo peso al nacer: Corresponde al reporte de nacidos a término con un peso inferior a 2.500 gramos. En el periodo 2012 a 2017 fueron reportados 104 casos. El año de mayor notificación fueron 2012, 2013 y 2014 con 19 casos por año. Este evento presenta una leve tendencia a disminuir. ((Figura 31)

Figura 31. Casos de bajo peso al nacer reportados por año. Paz de Ariporo 2012- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

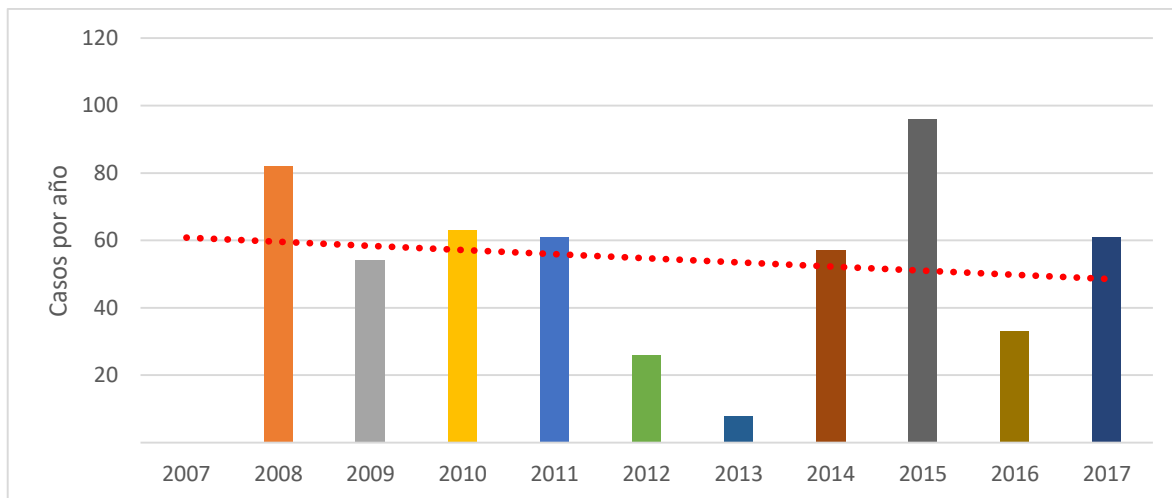


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Varicela: durante el periodo 2007 a 2017 fueron reportados 541 casos de varicela individual; el año de mayor reporte de casos fue 2016 con 96. Aunque el número de caos reportados por año ha sido oscilatorio, presenta una leve tendencia al descenso (Figura 32)

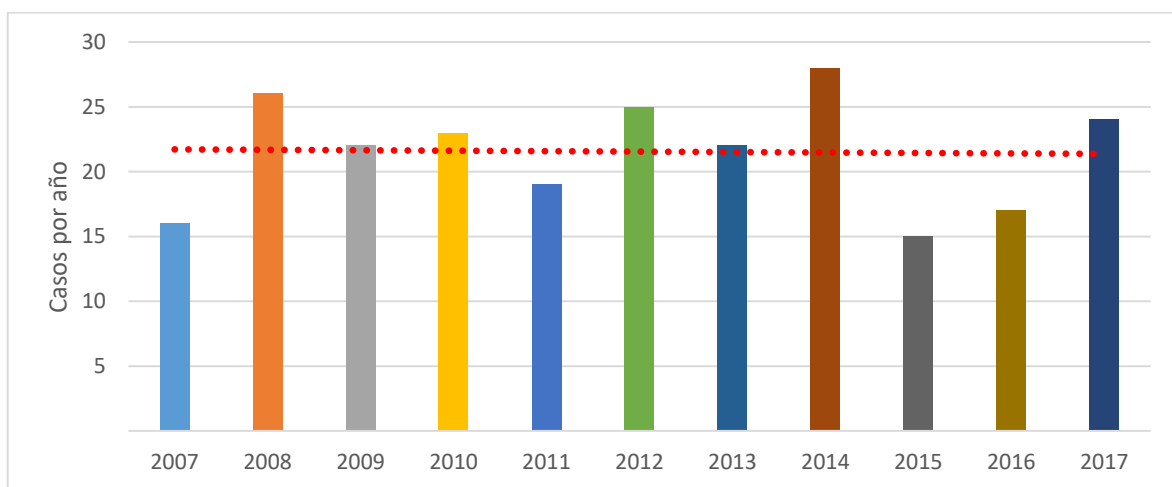
Figura 32. Casos de varicela reportados por año, Paz de Ariporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

Accidente ofídico: Durante el periodo, fueron notificados 237 casos de accidente ofídico. Los años de mayor reporte de casos fueron 2014 con 28 y 2008 con 28. La tendencia de este evento es estacionaria. (Figura 33)

Figura 33. Casos de accidente ofídico reportados por año. Paz de Ariporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

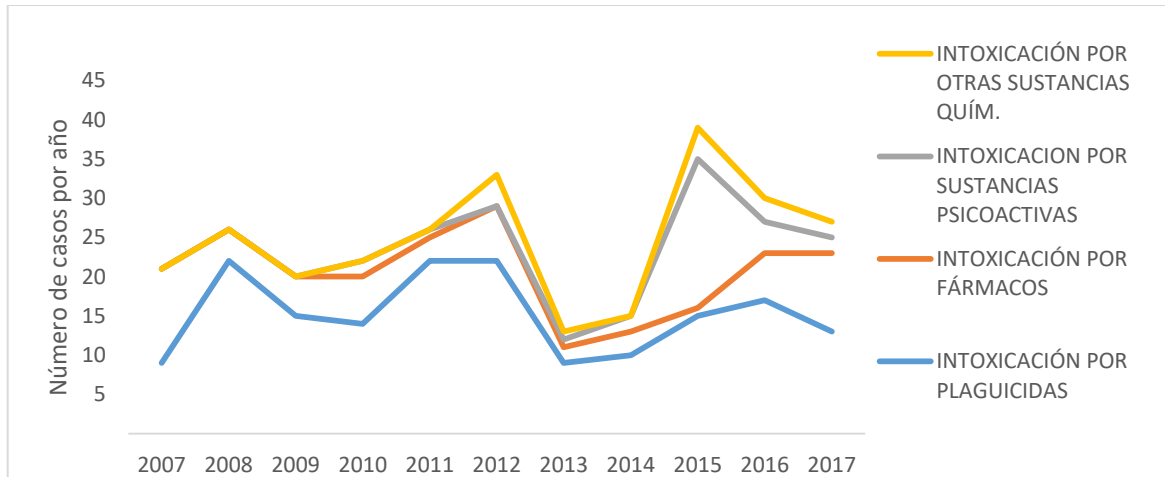


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Intoxicaciones: Fueron reportados 168 casos de intoxicación por plaguicidas, siendo la mayor causa de intoxicación, seguido por las intoxicaciones por las intoxicaciones por fármacos con 59 casos y la intoxicación por sustancias psicoactivas con 31 casos. Los casos de intoxicación por la ingesta accidental de diferentes productos presentan tendencia al aumento (Figura 34)

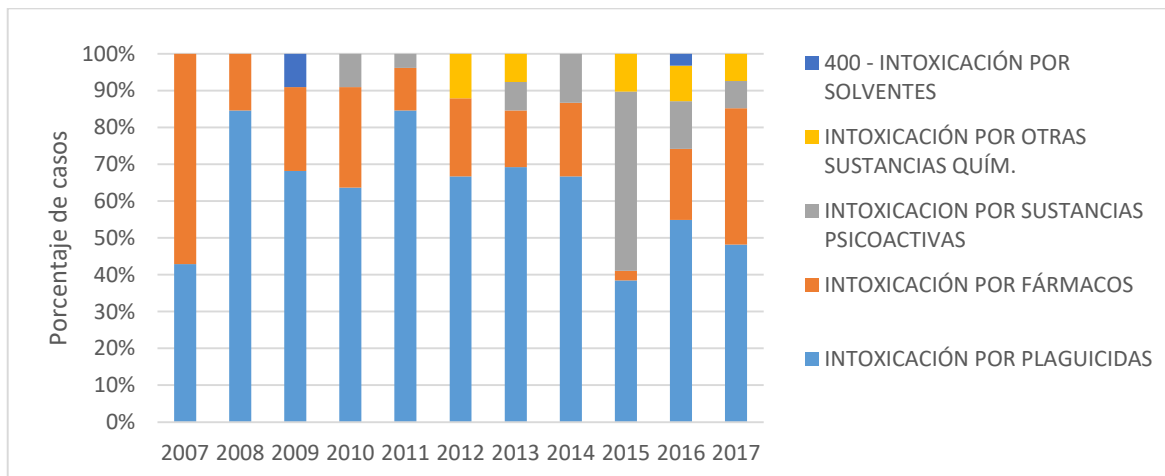
Figura 34. Casos de intoxicación por año reportados. Paz de Ariporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

En promedio, el 58% de los casos reportados durante cada uno de los años fue la ingesta de plaguicidas con, excepción de 2015 en donde la mayor proporción fue la intoxicación por sustancias psicoactivas con el 50% del total de caos reportados. (Figura 35)

Figura 35. Casos de intoxicación reportados por año. Paz de Ariporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

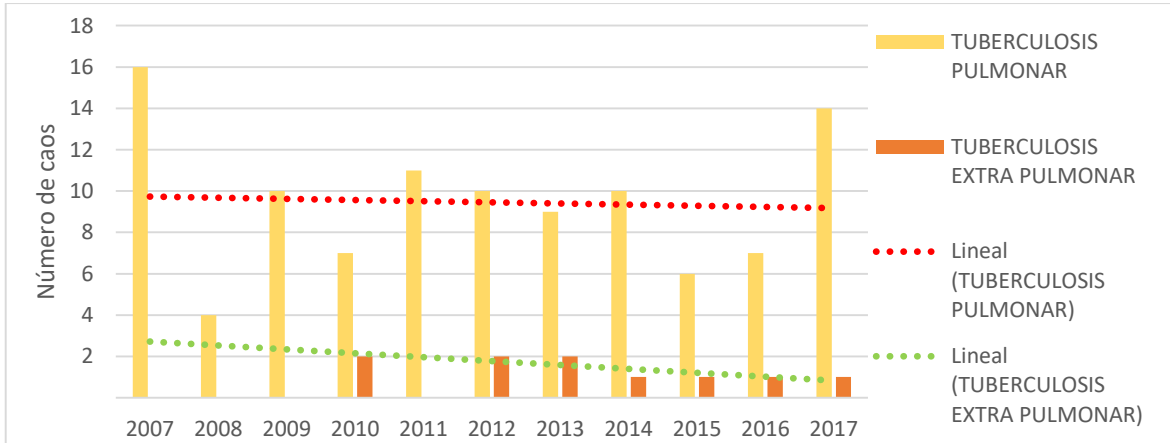


**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



Tuberculosis: en total, en el periodo 2007 a 2017 fueron reportados al sistema de Vigilancia en salud pública 104 casos de tuberculosis pulmonar y 10 casos de tuberculosis extrapulmonar y aunque el número de casos reportados ha sido oscilatorio, el número de casos de tuberculosis tiene una leve tendencia al descenso (Figura 36)

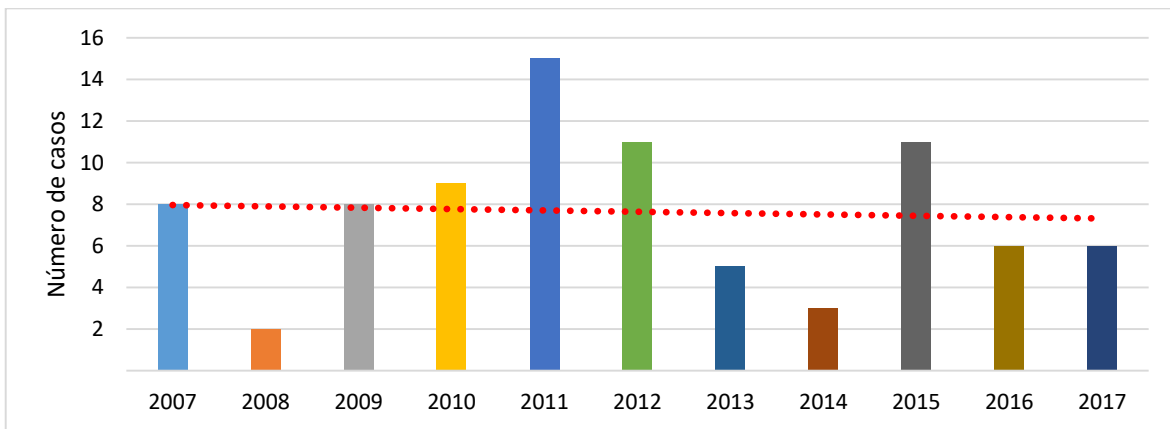
Figura 36. Casos de tuberculosis reportados por año. Paz de Arriporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad neonatal: durante el periodo 2007 a 2017 fueron reportados 84 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Los años con mayor reporte de casos fueron 2001 con 15, 2015 y 2011 con 11 casos cada uno. El número de casos reportados ha sido oscilatorio con tendencia muy leve al descenso. (Figura 37)

Figura 37. Casos reportados de Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Paz de Arriporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

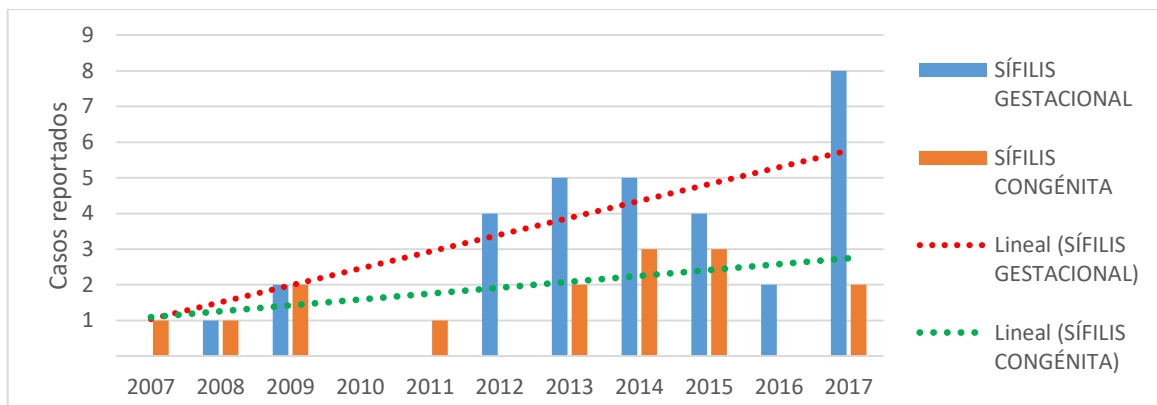


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Sífilis: Al sistema de vigilancia en salud pública, en el periodo 2007 a 2017 fueron notificados 31 casos de sífilis gestacional y 15 casos de sífilis congénita. El año con mayor reporte de casos fue 2017 con 8 casos de sífilis gestacional y el de mayor reporte de sífilis congénita ellos años 2014 y 2015 con 3 casos en cada uno. La tendencia para estos 2 eventos es al aumento. (Figura 38)

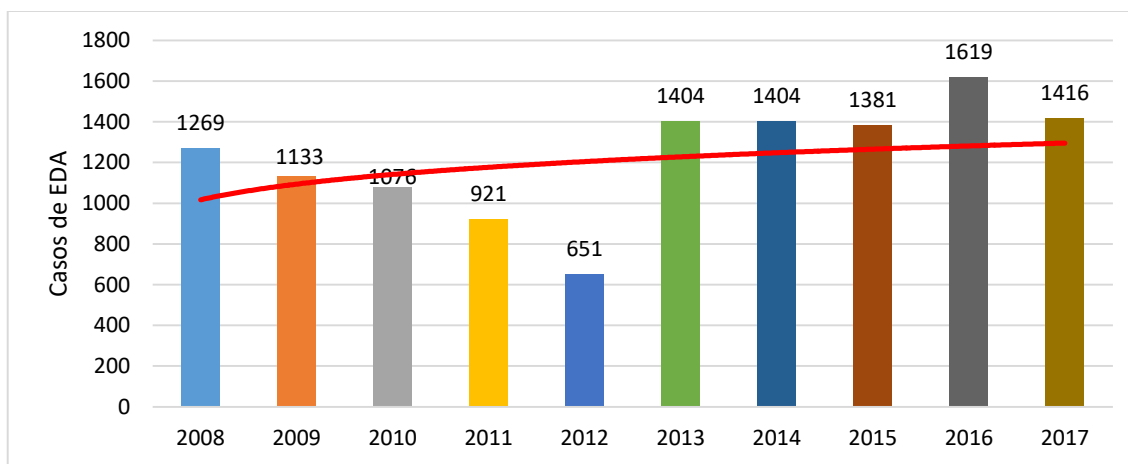
Figura 38. Casos de sífilis reportados. Paz de Ariporo 2007- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos para actualización de ASIS 2018, Ministerio de Salud y Protección Social

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): En el periodo 2008 a 2017, fueron reportados al SIVIGILA 12.274 casos de EDA, con un promedio anual de 1.227 casos. De 2008 a 2012, el número de casos reportados disminuyó de 1.269 a 651. A partir de 2013, el número de casos reportados aumento considerablemente, siendo 2016 el año con mayor reporte de casos (1.619), El reporte de caos presenta una leve tendencia al aumento. (Figura 39)

Figura 39. Casos de Enfermedad Diarreica Aguda reportados. Paz de Ariporo 2008- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Secretaría Departamental de Salud de Casanare, SIVIGILA 2012- 2017

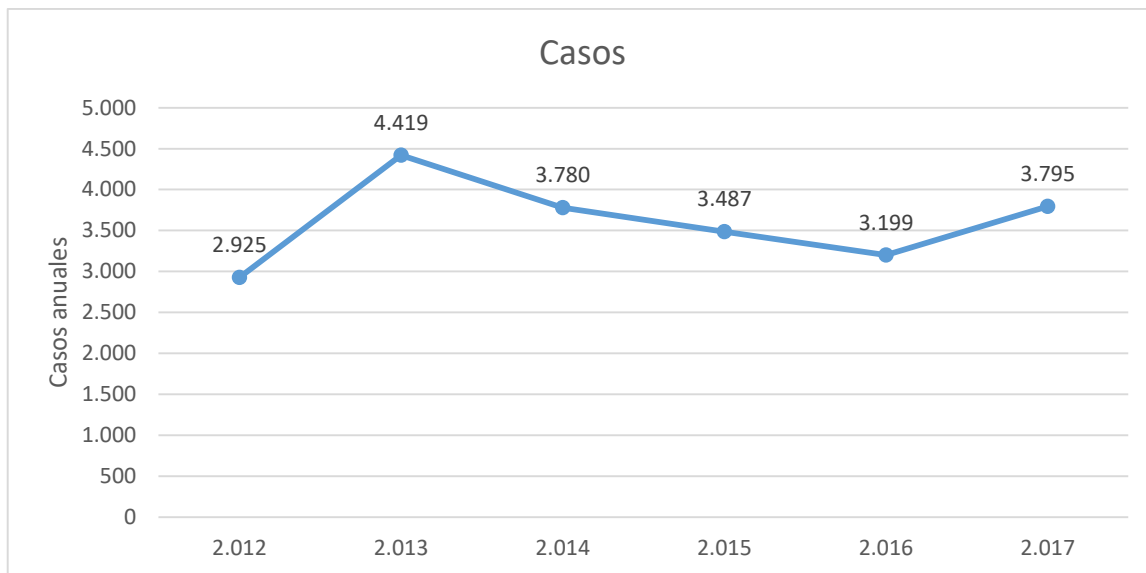


ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Infección Respiratoria Aguda (IRA): De este evento, se notificaron 21.047 casos, con un promedio anual de 3.601. El año en que se notificó el mayor número de casos fue 2013 con 4.419. La tendencia general de la notificación de este evento es a la disminución. (Figura 40)

Figura 40. Casos de Infección respiratoria aguda. Paz de Ariporo 2012- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Secretaría Departamental de Salud de Casanare, SIVIGILA 2012- 2017

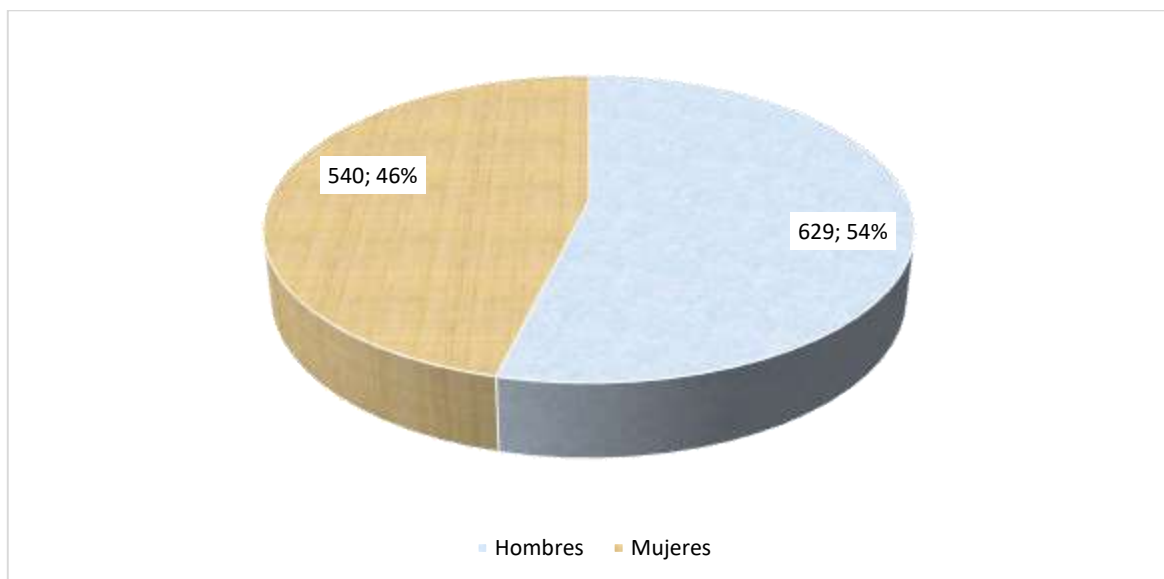


DISCAPACIDAD AUTO DECLARADA REGISTRADA

Para el análisis de la discapacidad en el municipio se realizó una descripción de las personas en condición de discapacidad, detallando el tipo de discapacidad, sexo y grupo de edad quinquenal. La fuente de información para el análisis de la discapacidad se tomó del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad de la bodega de datos de SISPRO para los años 2002 a 2016.

Según los datos del Sistema de Registro de Discapacidad, en el periodo 2002 – 2018, con corte a 19 de septiembre, en el Municipio de Paz de Ariporo se encontraban registradas 1.187 personas, 629 hombres (54%) y 540 mujeres. (46%) (figura 41). En 18 registros no se reportó el sexo.

Figura 41. Distribución discapacidad por género, Paz de Ariporo 2018



Fuente: construcción propia a partir de 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, 19 septiembre 2018

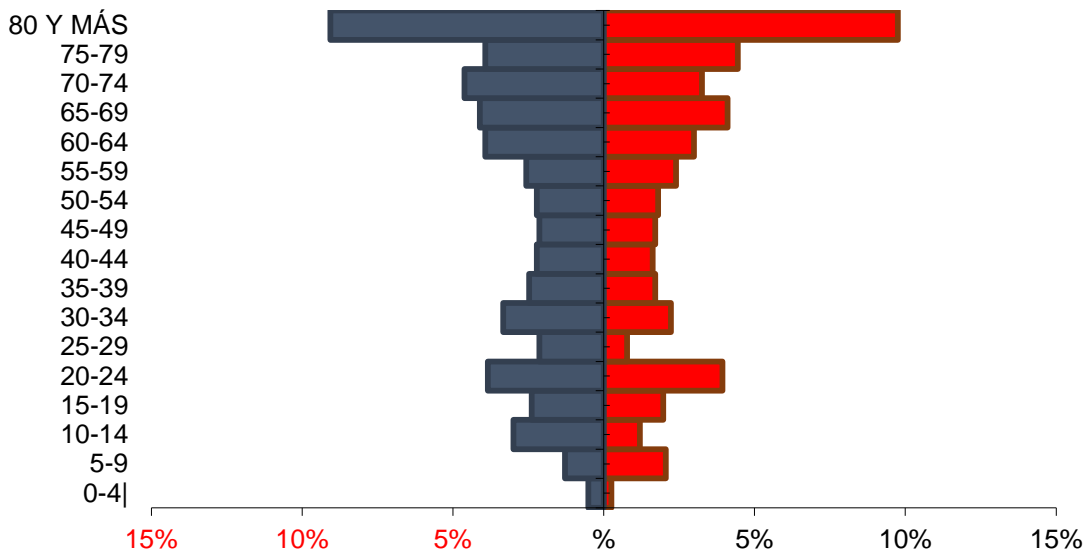
La pirámide poblacional de la población que registra algún tipo de discapacidad (figura 42) muestra que a medida que transcurre la edad aumenta el número de personas con algún tipo de discapacidad, hecho que puede ser ocasionado por el impacto de determinantes como lo son las causas externas de morbilidad, patologías crónicas o el deterioro biológico natural del ser humano



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



Figura 42. Pirámide poblacional de la población con algún grado de discapacidad. Paz de Ariporo 2018



Fuente: construcción a partir de 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, 19 septiembre de 2018.

El 54,5% (644) de las personas registradas, manifestaron tener discapacidad relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y pierna, el 49,79% (591) manifestaron que su discapacidad estaba relacionada con los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto), el 48,44% (575) manifestaron algún tipo de discapacidad relacionada con el sistema respiratorio y las defensas. (Tabla 27)

Tabla 27. Distribución de las alteraciones permanentes 2018

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	644	54,25
El sistema nervioso	272	22,91
Los ojos	87	7,33
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	575	48,44
Los oídos	151	12,72
La voz y el habla	55	4,63
La digestión, el metabolismo, las hormonas	273	23,00
El sistema genital y reproductivo	23	1,94
La piel	320	26,96
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	591	49,79

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 19 de septiembre de 2018

** Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



Prioridades en morbilidad

Después de estimar las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de salud, se procede a mencionar las prioridades identificadas En el Municipio de Paz de Ariporo respecto a morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria se muestran en la tabla 28.

Tabla 28. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Municipio de Paz de Ariporo 2017

Morbilidad	Prioridad	Paz de Ariporo 2017	Casanare 2017	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	56,58%	73,86%	Al aumento	000
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales	19,03%	23,00%	Al aumento	000
	3. Signos y síntomas mal definidos	17,85%	21,55%	Al aumento	000
	4. Lesiones	4,42%	8,54%	Al aumento	012
	5. Condiciones maternas perinatales	2,12%	2,40%	Al aumento	008
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causa externa	97%	94,04%	Al aumento	012
	2. Condiciones Materno Perinatales: Condiciones maternas	93,68%	91,34%	Al aumento	008
	3. Transmisibles y nutricionales: Enfermedades infecciosas y parasitarias	57,28%	67,46%	Al aumento	000
	4. No transmisibles: enfermedades musculoesqueléticas	21,57%	18,00%	Al aumento	000
	5. Neoplasias: neoplasias malignas	3,05%	2,91	Al aumento	007
Alto Costo	1. Incidencia de Leucemia aguda pediátrica linfocítica en menores de 15 años por 100.000	10,51	9,55	Oscilante	007
	2. Incidencia de enfermedad renal crónica en fase 5 por 100.000	0,02	0,04	Oscilante	001
Precursores	1. Prevalencia de Hipertensión arterial por 100.000	1,51	3,09	Oscilante	001
	Prevalencia de diabetes mellitus	0,27	1,05	Oscilante	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENOS)	1. Incidencia de Chagas	169,14	62,74	Oscilante	009
	2. Incidencia de sífilis congénita por 100.000	162,37	282,05	Oscilante	009
	3. Incidencia de zika por 100.000	636,32	1.064,36	Estacionaria	009
	4. Incidencia de dengue por 100.000	12,1	268,8	Oscilante	009
Discapacidad	1. Proporción de personas con discapacidad en el movimiento	34,04%	35,72	Oscilante	016
	2. Proporción de personas con discapacidad en el sistema nervioso	21,99%	29,77	Oscilante	016
	3. Proporción de personas con discapacidad en los ojos	20,57	13,75	Oscilante	015

Fuente: Minsalud.gov.co/datos para actualización del ASIS 2018



CONCLUSIONES MORBILIDAD ATENDIDA

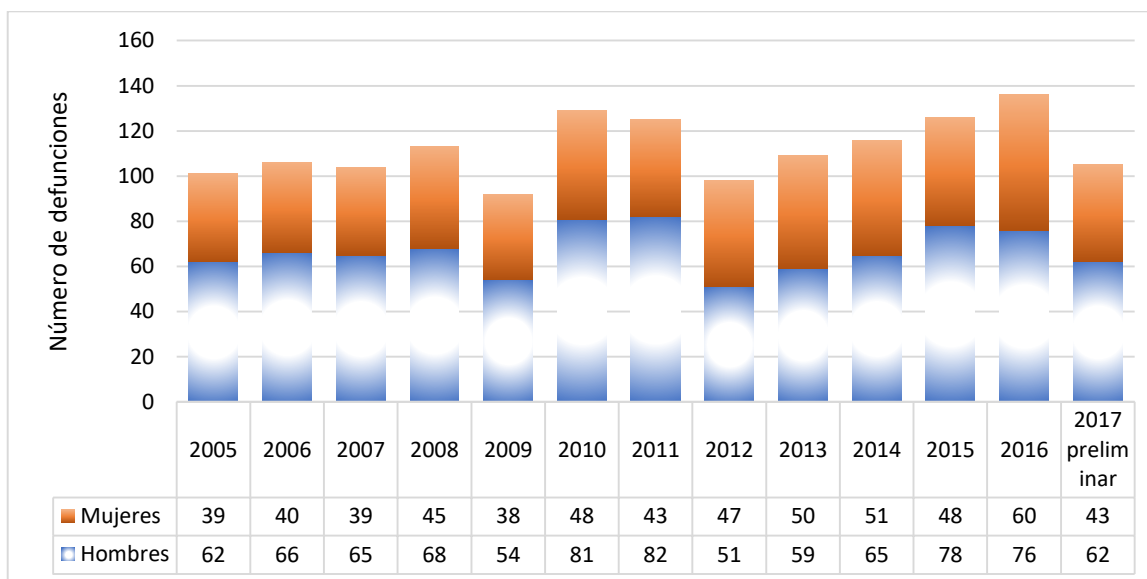
- Al hacer el análisis de la Morbilidad atendida se evidencia que las condiciones transmisibles y nutricionales fueron la primera gran causa de atenciones en el ciclo de Primera Infancia, en el ciclo de Infancia, Adolescencia, juventud y persona mayor la primera causa fue las enfermedades no transmisibles, para el ciclo de adultez fueron las condiciones materno perinatales.
- En lo relacionado con las enfermedades no transmisibles que representaron el 54,24% de las atenciones en el periodo 2009 a 2017, el análisis por ciclo vital permitió establecer que para los ciclos vitales Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud y Adultez las condiciones orales ocuparon el primer lugar de las atenciones durante el periodo de estudio, y para el ciclo vital Persona Mayor fueron las enfermedades cardiovasculares.
- Dentro de los eventos de alto costo, la enfermedad renal crónica y la leucemia aguda pediátrica linfocítica son las patologías con las mayores tasas de incidencia.
- Los eventos precursores con las mayores tasas de prevalencia son la Hipertensión arterial y la diabetes mellitus
- Los eventos de notificación obligatoria de mayor notificación en el municipio en el año 2016 fueron la vigilancia en salud pública de la violencia de género, el dengue y la vigilancia integrada de rabia humana.
- El número de personas con alguna discapacidad es mayor en mujeres que en hombres y aumenta con la edad.
- Los tipos de discapacidad de mayor proporción son las relacionadas con los movimientos, la discapacidad relacionada con el sistema nervioso y la discapacidad relacionada con la visión.



MORTALIDAD

Entre 2005 y 2017 en Paz de Ariporo se produjeron en promedio 112 defunciones no fetales anuales. El 59,52% (869) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 40,48% (591) en las mujeres. Durante este periodo fallecieron 3 hombres por cada dos mujeres, lo que muestra una brecha de sobremortalidad en hombres del 31,99% lo que indica una diferencia absoluta de 278 muertes más de hombres que de mujeres. Las defunciones por año y sexo del fallecido se observan en la figura 43

Figura 43. Defunciones por sexo y año. Paz de Ariporo Casanare 2005- 2017



Fuente. Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2015- 2017 Preliminar. Consultado 10/11/2018

MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS.

Este análisis contempla el comportamiento de las defunciones según agrupación 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud por grandes causas y sub causas, se realizó una estimación de tasas ajustadas por edad y sexo en el periodo comprendido entre 2005 y 2016 registradas oficialmente por el Departamento Administrativo Nacional de estadísticas (DANE), la cual se considera una fuente de información confiable.

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

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



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Neoplasias. En este subgrupo se encuentran las siguientes patologías: t. maligno del estómago, t. maligno del colon, t. maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon, t. maligno hígado y vías biliares, t. maligno del páncreas, t. maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, t. maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, t. maligno de la mama, t. maligno del útero, t. maligno de la próstata, t. maligno de otros órganos genitourinarios, t. maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, otros tumores malignos, Carcinoma-in-situ, t. benignos y de comportamiento incierto o desconocido, fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad Cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, otras de enfermedades del sistema circulatorio

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

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

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

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

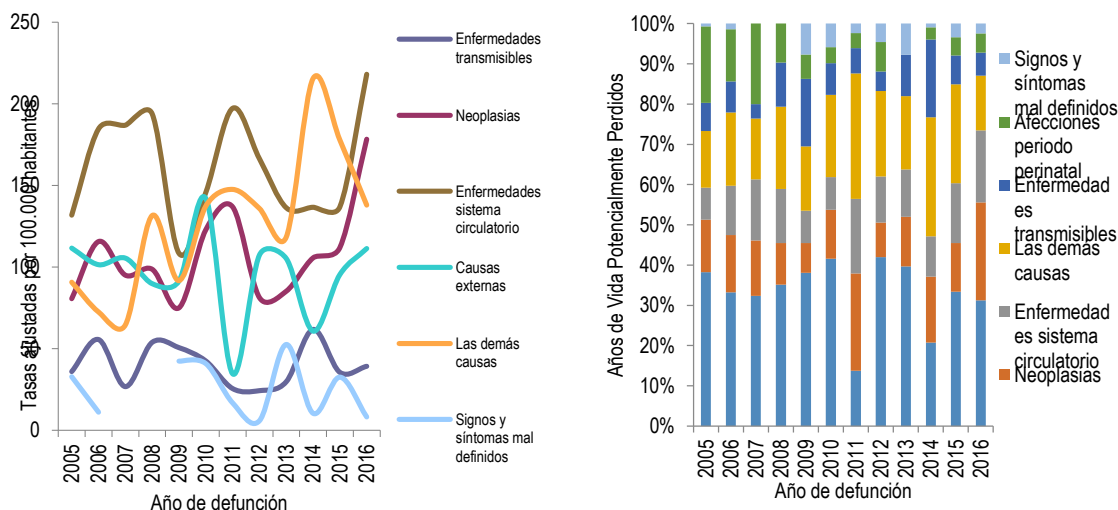


AJUSTE DE TASAS POR EDAD

Entre 2005 y 2016 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, ocasionando el 25% (361) de los decesos ocurridos en población residente en el municipio. Aunque entre 2005 y 2008 las tasas de mortalidad ajustadas por edad siguieron una tendencia al aumento, pasando de 148,67 a 193,87 muertes por cada 100.000 habitantes, la tendencia muestra una corta estabilización y posterior incremento de la mortalidad por esta causa. Para 2016 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 218,12 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 32,37% (34) de las defunciones del año y el 17,88% (597) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras 12, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 90,73 a 137,98 muertes por cada 100.000 personas, y una tendencia al aumento. Para 2016 estas causas produjeron el 22% (25) de todas las muertes y el 13,63% (455) de los AVPP.

De igual forma, para 2016 las neoplasias con una tendencia al incremento aportaron el 19% (26) de las muertes y el 24,39% (814) de los AVPP. Las causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte con un 21% (24) del total de la mortalidad en el periodo y aunque no fueron la primera causa de deceso, generaron el mayor número de AVPP, durante 2016 aportaron el 31,20% (1.041) de todos los AVPP del año. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 1% (107) de las muertes y alcanzaron una tasa ajustada de 39,23 muertes por cada 100.000 personas para el último año. (Figura 44)

Figura 44. Tasa de mortalidad ajustada por edad y Años de vida Potencialmente perdidos por grandes causas, Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

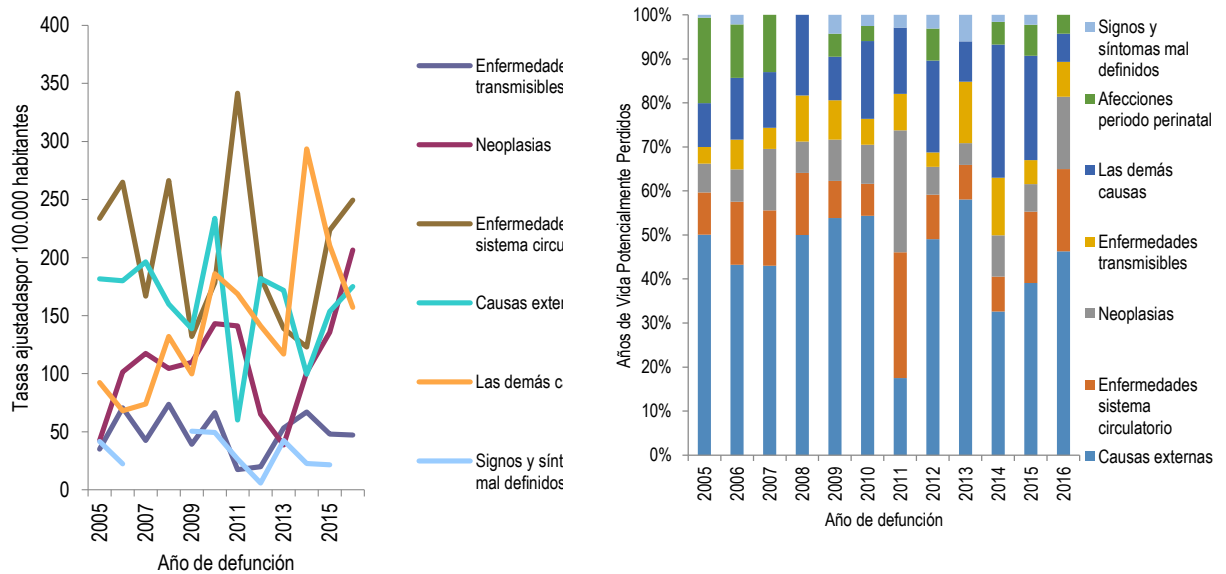


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total, entre 2005 y 2016 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 22,76 a 249,44 muertes por cada 100.000 hombres, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2016 provocaron el 18,65% (349) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las neoplasias se ubica en segundo lugar de frecuencia de mortalidad con una tendencia constante que para 2016 presenta una tasa de 206,41 muertes por cada 100.000 personas. Las causas externas en el 2016 presentaron una tasa de 174,99 y a pesar de que las defunciones por esta causa han disminuido llevándolas al tercer lugar de frecuencia, son la primera causa de mortalidad prematura en este sexo. Las neoplasias por su parte, con una tendencia al aumento, en 2016 alcanzaron una tasa de 206,41 muertes por cada 100.000 personas. Las enfermedades transmisibles fueron la causa de mortalidad menos frecuente, con una tasa de 47,30 muertes por cada 100.000 personas. (Figura 45)

Figura 45. Tasa de mortalidad y años de vida potencialmente perdidos en hombres según grandes causas, Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

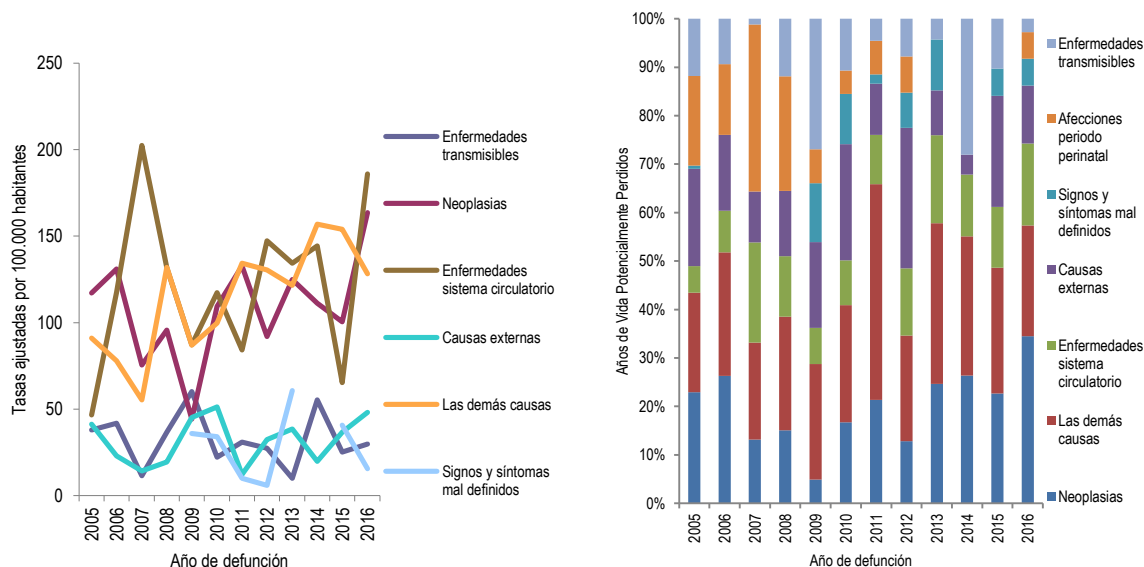
Entre 2005 y 2016 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 186,01 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 16,91% (248) de todos los AVPP en este sexo. Las demás causas y las neoplasias ocuparon el segundo y tercer lugar de frecuencia con un comportamiento similar al descrito previamente. (Figura 46)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 46. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos en mujeres según grandes causas, Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS –AVPP

Los Años de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP constituyen un indicador sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Permite relacionar la mortalidad de determinadas causas de muerte en determinadas edades con el cambio de la esperanza de vida al nacimiento o entre edades seleccionadas. El índice reemplaza el uso de tablas de múltiple decremento para analizar el impacto sobre las esperanzas de vida que producen los cambios de mortalidad por causa de muerte y edad. Además, los años de vida perdidos permiten analizar históricamente la mortalidad de causas de muerte sin la necesidad de utilizar tasas brutas de mortalidad estandarizadas. Este índice mide en forma aceptable el cambio del nivel de la mortalidad por causas de muerte. Esta última característica puede utilizarse para detectar causas de muerte que cambian rápidamente, aunque el nivel de mortalidad sea relativamente bajo. En complemento con las tasas de mortalidad ajustada por edad para hombres y mujeres, se presentan los datos estimados del indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, se realiza comparación del comportamiento de la tendencia entre 2005 al año disponible (2015) de la información, fueron analizados los cambios por sexo y las causas de mortalidad que presentan mayor incidencia sobre la mortalidad prematura, para estimar los AVPP.

En el periodo 2005 a 2016 los AVPP del municipio por todas las causas fue de 38.370, para un promedio anual de 3.197. El año con mayor AVPP fue 2010 con 4.075 años y el año con menos AVPP fue el 2011 con 2.075 años. Durante este periodo, las muertes por causa externa aportaron el 34,10%(13.083) de los AVPP;

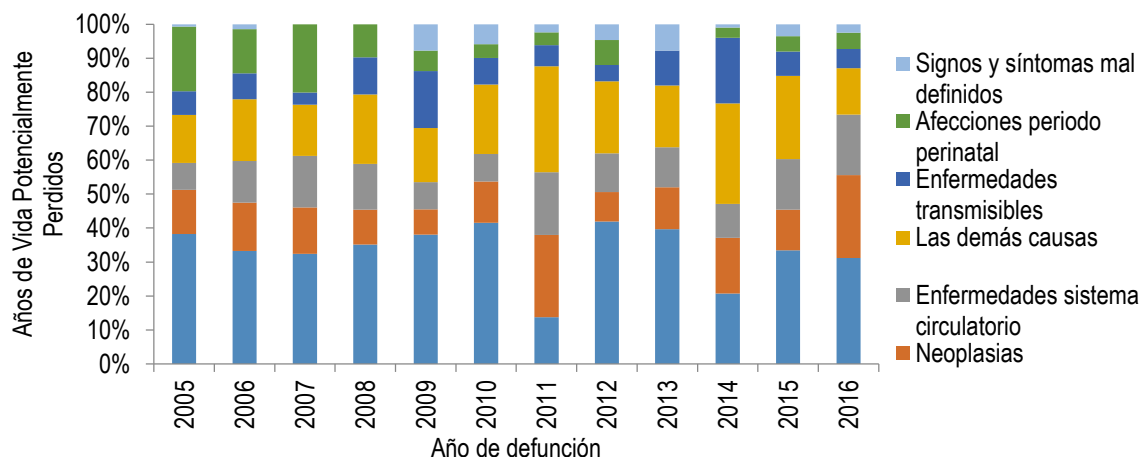


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



en segundo lugar, las defunciones por las enfermedades transmisibles que aportaron el 20,23% (3.088 años) y demás causas el 19,78% (7.589 años). (Figura 47).

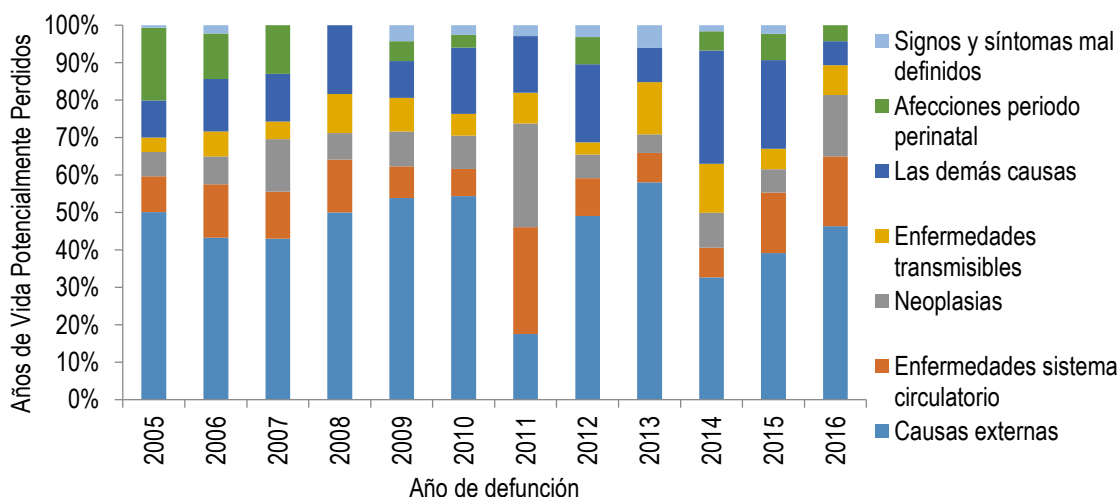
Figura 47. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

Las muertes prematuras del sexo masculino aportaron el 60,23% de los AVPP del periodo. La principal causa de años de vida potencialmente perdidos durante el periodo 2005 a 2015 fueron las causas externas, las cuales aportaron el 46,04% (10.640 AVPP), en segundo lugar, están las “demás causas” con el 15,67% (3.621 AVPP) enfermedades del sistema circulatorio con el 12,39% (2.864) (Figura 48)

Figura 48. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

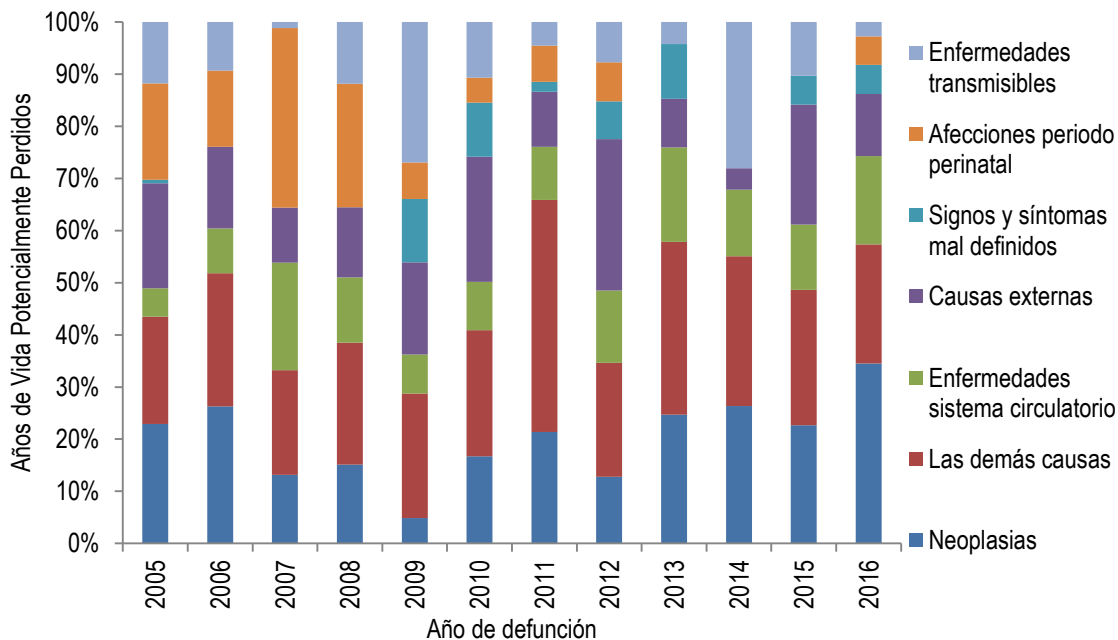


**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



El 39,77% (15.261) de los AVPP del periodo 2005 a 2016 fueron aportados por las muertes prematuras ocurridas en población del sexo femenino. Las principales causas fueron las defunciones por patologías del grupo “las demás causas que aportaron el 26,00% (3.968 AVPP), las neoplasias el 23,23% (3.088 AVPP) y las causas externas el 16,01% (2.443 AVPP). En la figura 49, se muestra la proporción de AVPP en mujeres por grupo de mortalidad durante el periodo 2005 a 2016

Figura 49. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres del Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

TASAS AJUSTADAS DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP

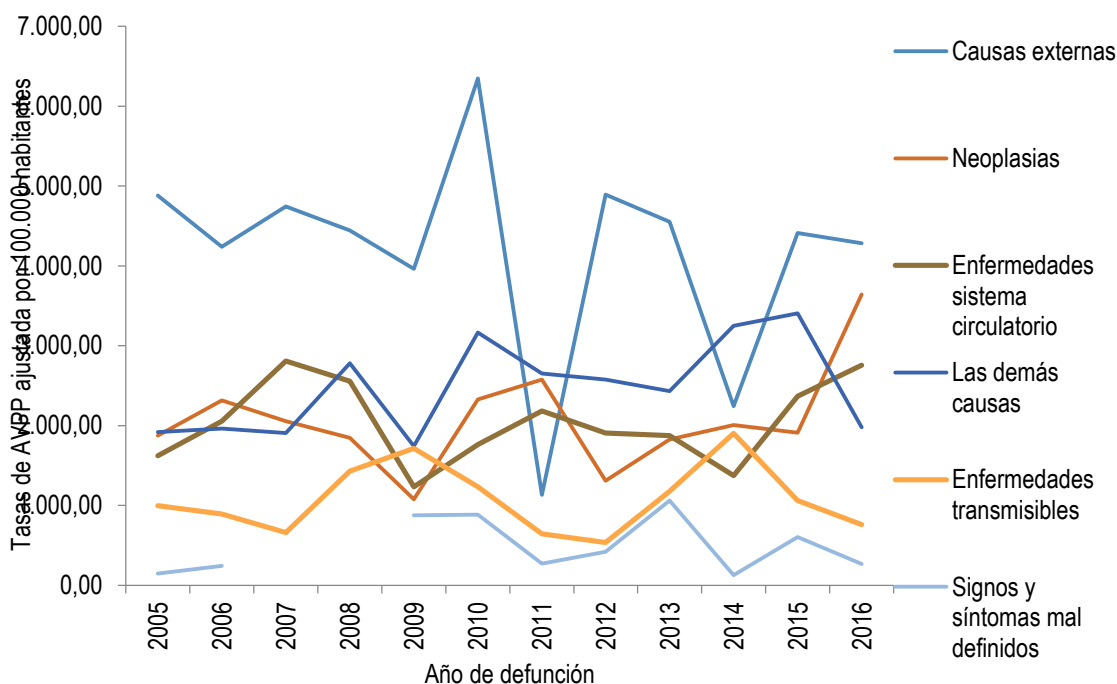
Al evaluar el comportamiento de las tasas de años de vida potencialmente perdidos ajustadas por edad, se logra observar que la principal causa a nivel general de la población fueron las causas externas, cuyo comportamiento ha mostrado tendencia a la disminución durante el periodo analizado, pasando de una tasa de 4.879 AVPP en 2005 a 4.282 AVPP por cada 100.000 habitantes en 2016. Se observó un descenso significativo en 2009. En segundo lugar, se encuentran las “demás causas”, cuyo pico más alto se observó en 2005, y en tercer puesto las enfermedades del sistema circulatorio, cuya tendencia sido secular, disminuyendo para el 2016. En la figura 50, se muestran las tasas ajustadas de AVPP por grandes causas 6/67 por cada 100.000 habitantes del municipio de Paz de Ariporo



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 50. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

Tasa de AVPP ajustada según sexo

El comportamiento de las tasas de AVPP por grandes causas ajustadas por edad en los hombres presenta similar comportamiento que a nivel general. El grupo de causa con mayor tasa de AVPP en los hombres son las causas externas, cuya tendencia ha sido variable con pico en el año 2010 y descenso significativo en 2011 a 2016. La tasa de años de vida potencialmente perdidos para el 2016 por causas externas fue de 6.837,36 por cada 100.000 hombres. El grupo de enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades transmisibles ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente

En las mujeres el grupo de causas que aporta mayor tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos son el grupo de las neoplasias que pasaron de una tasa ajustada de 2.2.759,03 en el 2005 a 4.442,46 AVPP por cada 100.000 habitantes en el 2016. La segunda tasa ajustada fueron las defunciones por el grupo de las demás causas y en tercer lugar las defunciones por defunciones del grupo de enfermedades del sistema circulatorio.

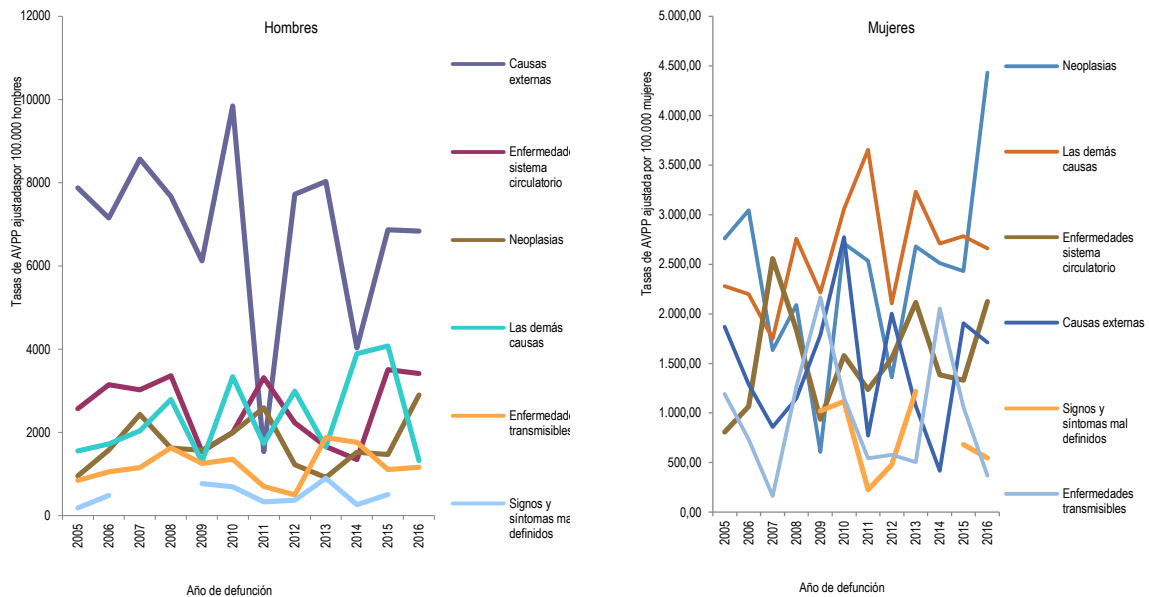
En la figura 51, se muestran las tasas ajustadas de AVPP en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) residentes en el municipio de Paz e Ariporo



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 51. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en hombres del Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2016

MORTALIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPO

En virtud a que el número de defunciones por cada subgrupo de causas es muy bajo para representarlo en tasas, se analizará el número de defunciones ocurridas por año durante el periodo 2005 a 2017 (preliminar)

Enfermedades transmisibles

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

Durante el periodo 2005 a 2017, fallecieron 103 personas por patologías del grupo de enfermedades trasmisibles que equivalen al 7% del total de defunciones por todas las causas. El subgrupo de patologías infecciosas que aportó en mayor número de defunciones fueron las infecciones respiratorias con el 31% (32 defunciones), seguidas por ciertas enfermedades transmitidas por vectores con 26% (27) y la tuberculosis incluidas secuelas con el 14% (14). (Tabla 29)



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



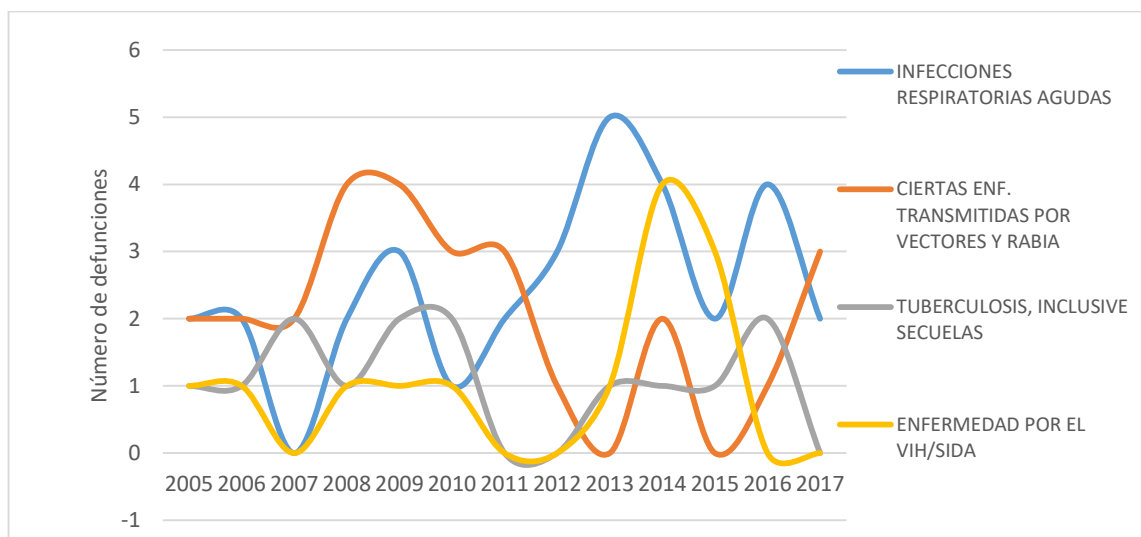
Tabla 29. Defunciones por subgrupo de causas trasmisibles. Paz de Aripuro 2005 a 2017

Subgrupo Causa 6/67	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2	2	-	2	3	1	2	3	5	4	2	4	2	59
CIERTAS ENF. TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	2	2	2	4	4	3	3	1	-	2	-	1	3	41
TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS	1	1	2	1	2	2	-	-	1	1	1	2	0	27
ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	1	1	-	1	1	1	-	-	1	4	3	-	0	19
SEPTICEMIA	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	2	0	10
OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	-	0	7
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6
MENINGITIS	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	0	4
CIERTAS ENF. PREVENIBLES POR VACUNA	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	0	1
Total	7	7	5	11	11	9	5	5	7	14	8	9	9	107

Fuente: Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO – MSPS. y estadísticas vitales DANE 2005- 2017 Preliminar Consultada 09 noviembre de 2018

El comportamiento de la mortalidad durante cada uno de los años en el periodo 2005 a 2016 por las cuatro principales causas trasmisibles se muestran en la figura 52

Figura 52. Principales causas de mortalidad por patologías trasmisibles. Paz de Aripuro 2005 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas vitales DANE 2005- 2017 Preliminar



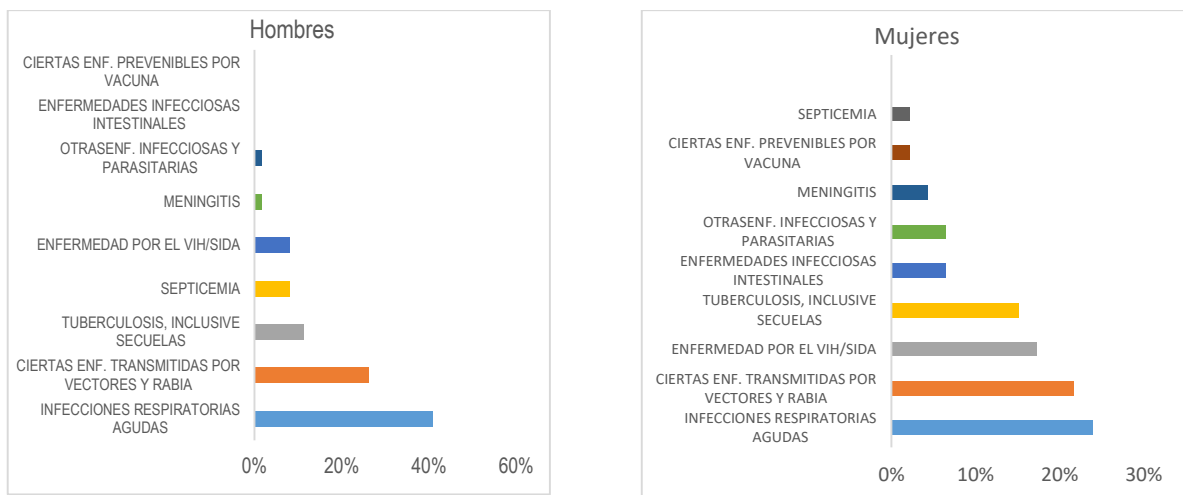
ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



En hombres residentes en Paz de Ariporo, del municipio de Paz de Ariporo, de las personas fallecidas por patologías transmisibles de 2005 a 2016, el 56% (61) fueron hombres. Las infecciones respiratorias agudas ocasionaron el 42% (25) de las defunciones, las enfermedades transmitidas por vectores el 27% (16) y la tuberculosis el 12%. (7 casos).

Durante este mismo periodo (2005 a 2016) fallecieron por patologías trasmisibles 46 mujeres. El 24% (11) fallecieron por infecciones respiratorias agudas, el 22% (10) enfermedades transmitidas por vectores. Las causas de defunción en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) por patologías trasmisibles, se muestran en la tabla figura 53

Figura 53. Defunciones en hombres y mujeres por patologías infecciosas. Paz de Ariporo 2005- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2017 Preliminar. Fecha de consulta 10/11/2018

Neoplasias

Al grupo de las neoplasias (tumores) pertenecen los siguientes subgrupos: tumor maligno del estómago, tumor maligno del colon, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon, tumor maligno de hígado y vías biliares, tumor maligno del páncreas, tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón. tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, tumor maligno de la mama, tumor maligno del útero, maligno de la próstata, tumor maligno de otros órganos genitourinarios, tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, otros tumores malignos, carcinoma-in-situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido.

De 2005 a 2017 fallecieron a causa de patologías tumorales 276 personas, lo que equivale al 30% del total de defunciones por todas las causas. El 18% (50) fallecieron por tumor maligno de estómago, siendo esta la primera causa de defunción por tumores, seguido por el residuo de tumores malignos con el 17% (47 defunciones) En la tabla 30, se muestran las defunciones ocasionadas por patologías tumorales según año de ocurrencia.



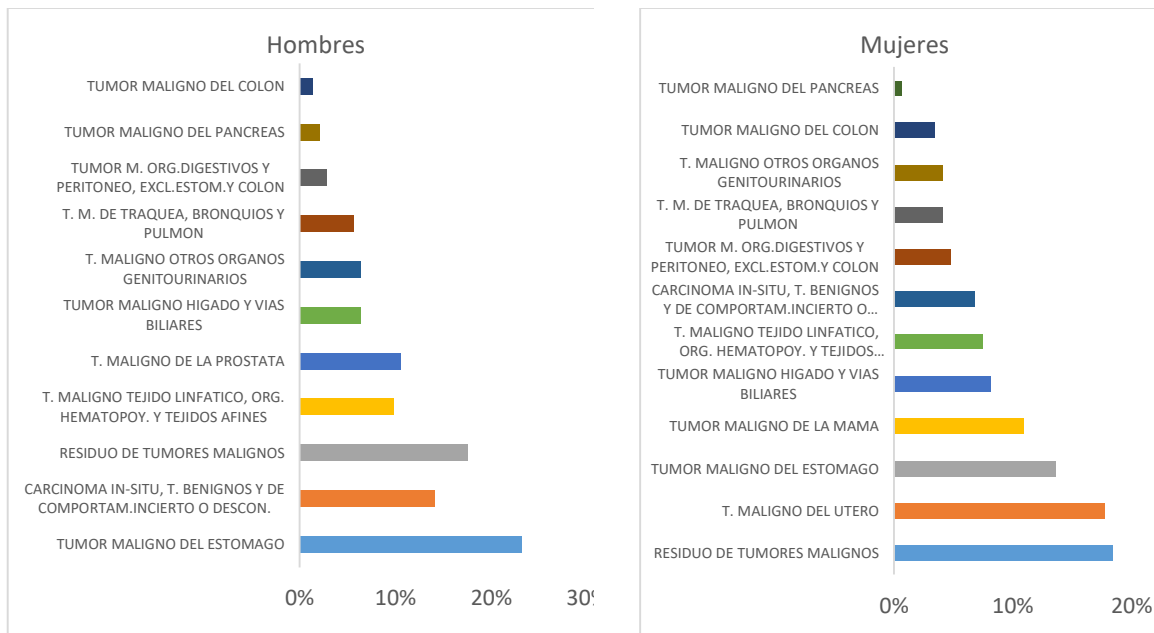
ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Con relación a la mortalidad por neoplasias en la población masculina, fallecieron 142 personas por esta causa; el tumor de estómago ocupa la principal causa, seguida por las defunciones por los carcinomas In Situ.

En este periodo (2005 a 2017) fallecieron por patologías neoplásicas 137 mujeres. Las principales causas fueron el tumor maligno de útero, el tumor maligno de estómago y el tumor maligno de mama. (Figura 55)

Figura 55. Proporción de defunciones de hombres por patologías tumorales. Paz de Ariporo 2005 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas vitales DANE 2005- 2017

Enfermedades del sistema circulatorio

Dentro de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, se encuentran varios subgrupos, que a continuación se relacionan: fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cardiopulmonar, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis y las demás enfermedades del sistema circulatorio.

De 2005 a 2017 fallecieron a causa de enfermedades del sistema circulatorio fallecieron 361 personas, lo que equivale al 25% del total de defunciones por todas las causas. El 47% (170) fallecieron por enfermedades isquémicas del corazón, siendo esta la primera causa de defunción por este grupo de patologías, seguido por las enfermedades cerebrovasculares con 87 defunciones (24%). En la tabla 31 se muestran las defunciones ocasionadas por enfermedades del sistema circulatorio según año de ocurrencia.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



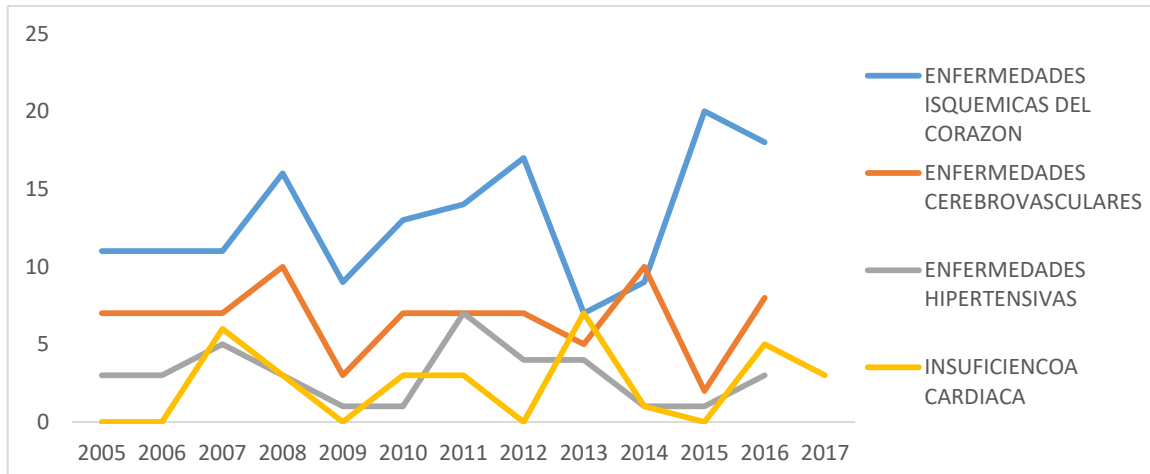
Tabla 31. Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio según año de ocurrencia. Paz de Ariporo 2005 a 2017

Subgrupo Causa 6/67	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	11	11	11	16	9	13	14	17	7	9	20	18	14	170
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	7	7	7	10	3	7	7	7	5	10	2	8	7	87
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	3	3	5	3	1	1	7	4	4	1	1	3	7	43
INSUFICIENCIA CARDIACA	-	-	6	3	-	3	3	-	7	1	-	5	3	31
ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON	-	-	3	-	4	1	1	1	1	2	3	3	1	20
RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	-	-	-	-	1	-	2	-	-	1	1	2	2	9
FIEBRE REUMATICA AGUDA Y ENF. CARDIACAS REUM. CRONICAS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1
Total	21	21	32	33	18	25	34	29	24	24	27	39	34	361

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2005- 2017

En la figura 56 se muestra la variación anual de las primeras causas de defunciones ocasionadas por enfermedades del sistema circulatorio ocurridas en población residente en el municipio de Paz de Ariporo durante el periodo 2005 a 2017

Figura 56. Variación en el número de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio. Paz de Ariporo 2005 a 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas vitales DANE 2005- 2017

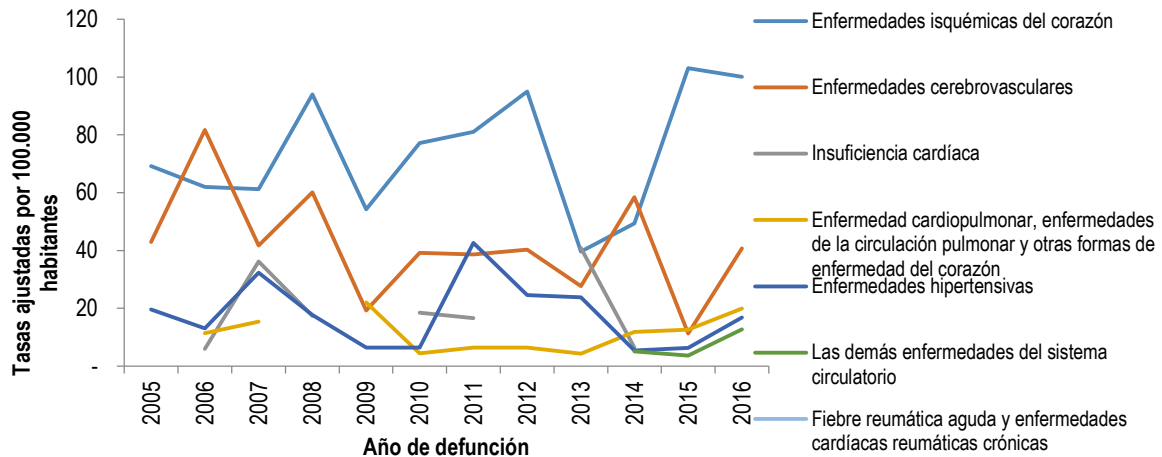
Las mayores tasas ajustadas se presentaron para las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de por las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas. En la figura 57 se muestran las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



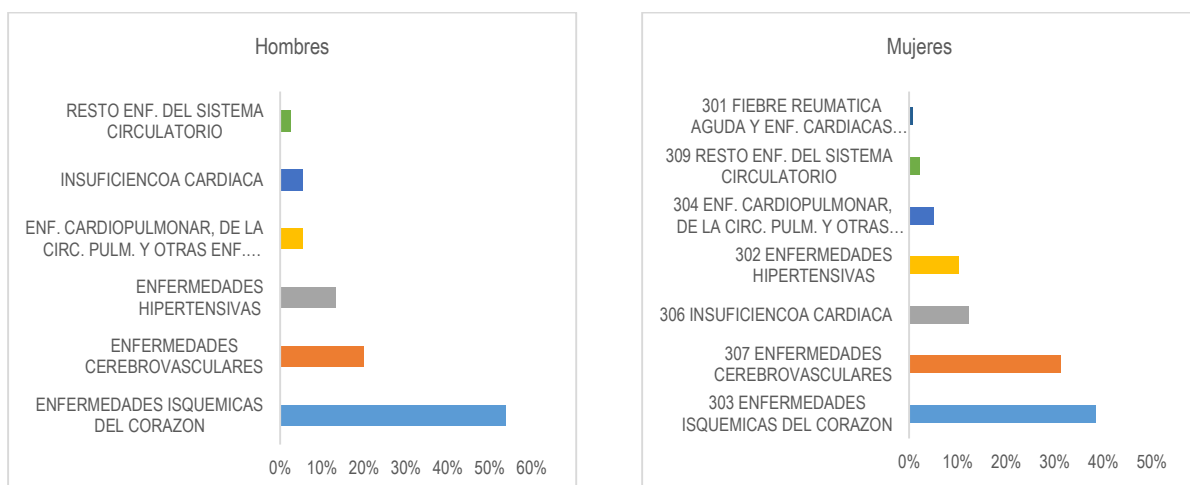
Figura 57. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2017



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- MSPS, estadísticas DANE 2005- 2017

En el municipio de Paz de Ariporo fallecieron durante el periodo 2005 a 2017 227 personas del sexo masculino. Las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas fueron en su orden las principales causas de defunción por este grupo de patologías. En este mismo periodo fallecieron por patologías enfermedades del sistema circulatorio 138 mujeres. Las principales causas fueron las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y la insuficiencia cardíaca. En la tabla 17, se muestran las defunciones de mujeres a causa de enfermedades del sistema circulatorio ocurridas en Paz de Ariporo. (Figura 58)

Figura 58. Defunciones de hombres y mujeres por enfermedades del sistema circulatorio según año de ocurrencia. Paz de Ariporo 2005 a 2016



Fuente: Estadísticas vitales DANE 2005- 2017 Preliminar

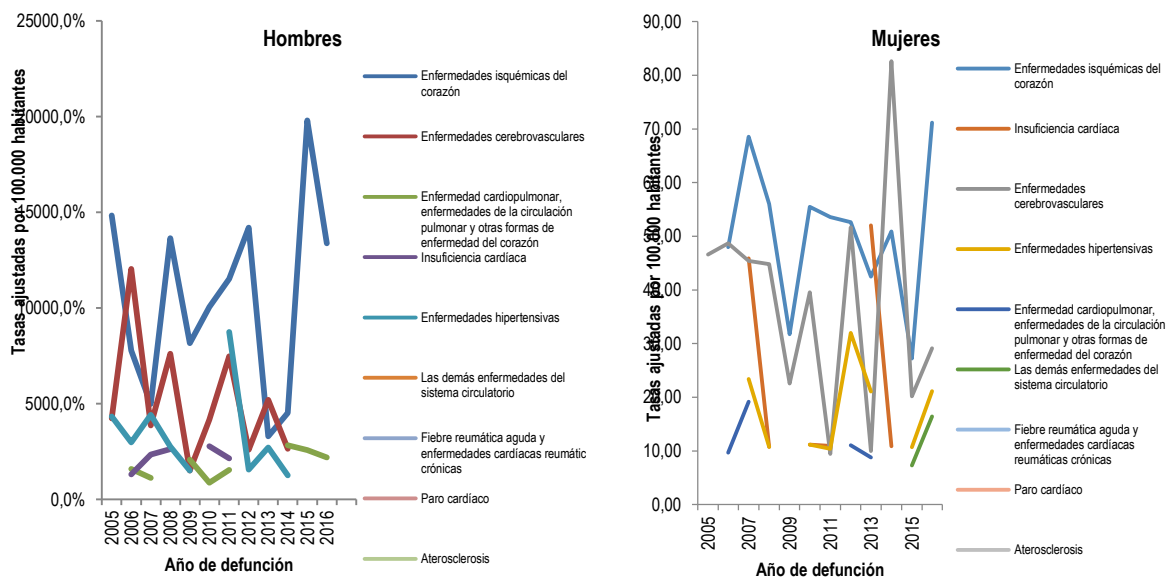


ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tanto en hombres como en mujeres, las mayores tasas ajustadas en hombres se presentaron para las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de por las enfermedades cerebrovasculares. (Figura 59)

Figura 59. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- MSPS, estadísticas DANE 2005- 2016

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal están los siguientes subgrupos: feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus, y otras afecciones originadas en el periodo perinatal.

Durante el periodo 2005 a 2017 fallecieron 43 personas por afecciones del periodo perinatal, de los cuales, 23 fueron hombres y 20 mujeres. Las principales causas de defunción en este subgrupo fueron los trastornos respiratorios específicos del recién nacido, la sepsis bacteriana del recién nacido y feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas. En la tabla 32 se muestran las defunciones por año de ocurrencia ocurridas durante el periodo 2005 a 2017 en el municipio de Paz de Ariporo



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



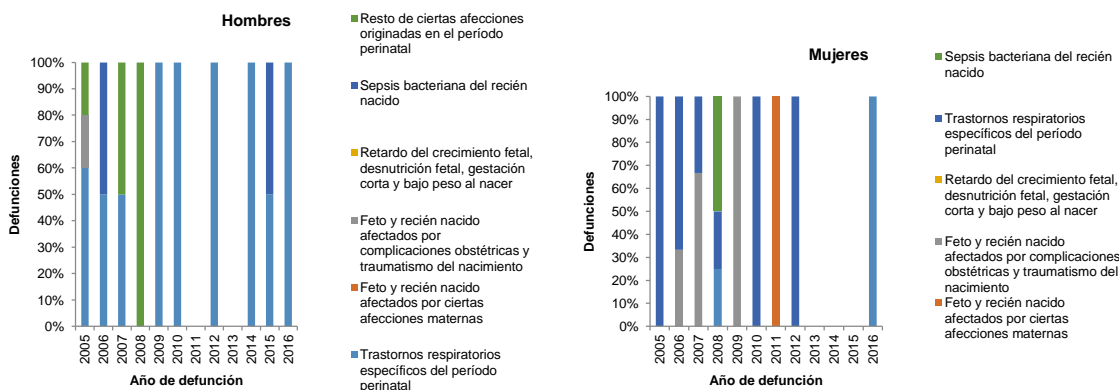
Tabla 32. Defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal. Paz de Ariporo 2005 a 2016

Subgrupo Causa 6/67	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL	PORCENTAJE
TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	6	6	5	1	1	2	-	3	-	1	1	-	26	62%
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	-	-	1	2	2	-	-	-	-	-	1	-	6	14%
FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	1	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	5	12%
OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10%
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC. MATERNAS	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2%

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2005- 2017 Preliminar

En la figura 60 se muestra la proporción de defunciones ocurridas en población del sexo masculino a causa de afecciones originadas en el periodo perinatal ocurridas en población residente en el municipio de Paz de Ariporo durante el periodo 2005 a 2016. En la figura 45 se muestra la proporción de defunciones ocurridas en población del sexo masculino (izquierda) y sexo femenino (derecha) a causa de afecciones originadas en el periodo perinatal, ocurridas en población residente en el municipio de Paz de Ariporo durante el periodo 2005 a 2016

Figura 60. Defunciones de hombres por afecciones originadas en el periodo perinatal. Paz de Ariporo 2005 a 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2016



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Causas externas

Dentro del grupo de causas externas se encuentran los siguientes subgrupos: accidentes de transporte terrestre, los demás accidentes de transporte y los no especificados, caídas, accidentes por disparo de arma de fuego, ahogamiento y sumersión accidentales, accidentes que obstruyen la respiración, exposición a la corriente eléctrica, exposición al humo, fuego y llamas, envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas, los demás accidentes, lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), agresiones (homicidios) y los eventos de intención no determinada.

Durante el periodo 2005 a 2017 fallecieron 296 personas por causas externas, que equivalen al 21% del total de defunciones por todas las causas. 243 fueron hombres y 63 mujeres. Las principales causas de defunción en este subgrupo fueron las agresiones (homicidios) con el 38% (113 casos), los accidentes e transporte terrestre con el 32% (95 casos) y los eventos de intención no especificada con el 13% (37 casos). En la tabla 33 se muestran las defunciones por año de ocurrencia ocurridas durante el periodo 2005 a 2017 en el municipio de Paz de Ariporo, originadas por causas externas

Tabla 33. Casos de mortalidad por causas externas. Paz de Ariporo 2005 – 2017

Causa 6/67	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	4	6	-	0	2	0	0	3	0	0	2	1	0	18
ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	0	4	1	18
EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	1	-	-	3	1	1	1	1	2	1	1	0	0	12
OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	-	4	-	0	-	4	-	0	-	-	0	0	0	8
LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC. (SUICIDIOS), INCL. SECUELAS	-	1	-	1	0	-	0	-	0	-	1	-	0	3
HOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	-	-	-	0	0	1	-	0	0	-	1	0	0	2
CAIDAS	-	-	-	1	-	-	-	0	0	-	-	0	0	1
INTERVENCION LEGAL Y OPERAC. DE GUERRA, INCL. SECUELAS	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	-	-	0	1
Total	6	12	2	6	5	7	2	6	4	2	5	5	1	63

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2005- 2017 Preliminar

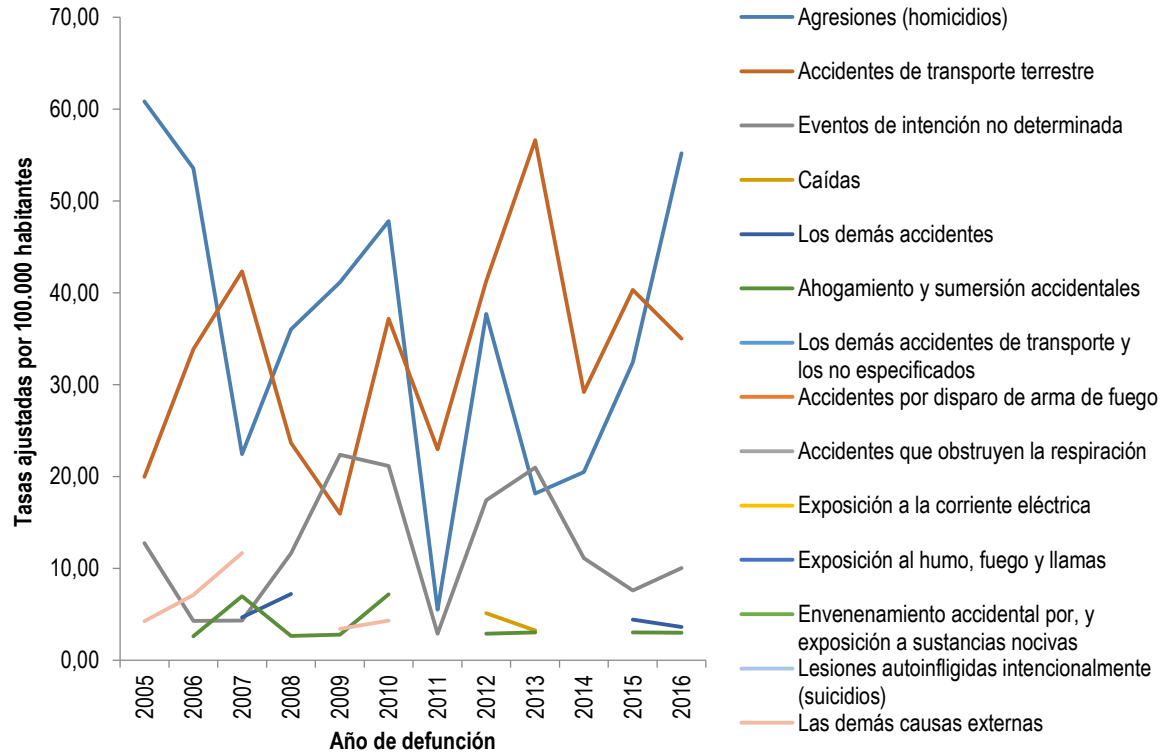


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



En la figura 61, se muestran las tasas ajustadas de mortalidad por eventos de causa externa del municipio de Paz de Ariporo,

Figura 61. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas. Paz de Ariporo 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- MSPS, estadísticas DANE 2005- 2016

La mortalidad en hombres por enfermedades lesiones de causa externa ocurridas en el municipio de Paz de Ariporo, las agresiones (homicidios), los accidentes de transporte terrestre los eventos de intención no especificada fueron en su orden las principales causas de defunción por este grupo de patologías. En la tabla 34 se muestra los fallecimientos por año en el sexo masculino, ocurridos en el periodo 2005 a 2017 en el municipio de Paz de Ariporo



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Tabla 34. Casos de mortalidad en hombres por causas externas, Paz de Ariporo 2005 – 2017

Subgrupo Causa 6/67	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	12	12	6	8	8	11	1	8	6	5	6	12	1	96
ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	3	3	8	5	3	8	4	8	12	6	10	3	5	78
EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	2	2	1	3	4	5	0	3	3	1	1	1	1	27
OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	1	1	2	2	-	2	-	1	-	-	1	1	0	11
AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	-	-	2	1	1	1	-	1	1	-	0	1	0	8
LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS	1	1	2	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	9
CAIDAS	1	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-	1	0	6
INTERVENCION LEGAL Y OPERAC. DE GUERRA, INCL. SECUELAS	1	1	3	-	0	1	-	-	-	-	-	-	0	6
OTROS ACC. TRANSPORTE Y LOS NO ESP., INCLUSIVE SECUELAS	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2
Total	22	22	24	20	17	28	6	22	24	12	19	19	8	243

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2005- 2017

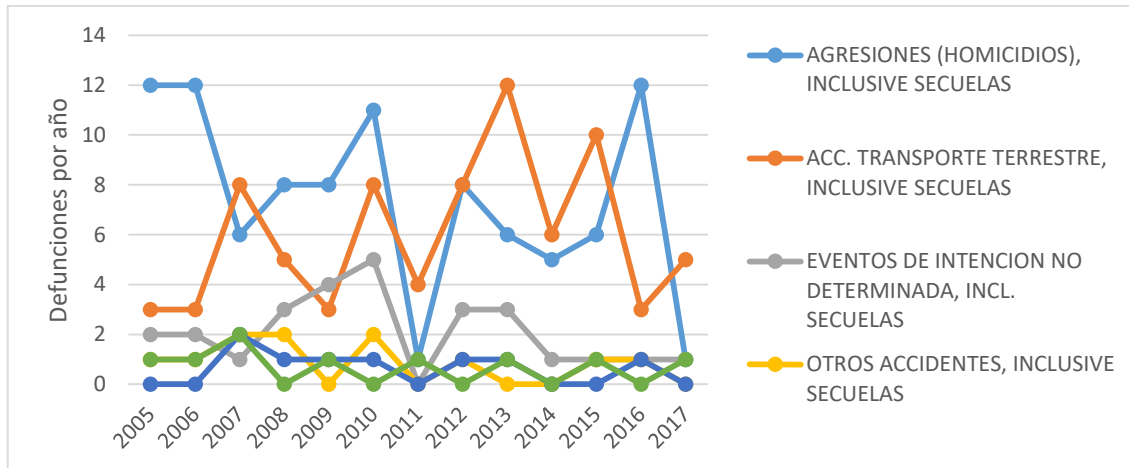
En la figura número 62 se muestra la variación de las primeras causas de defunciones ocasionadas por causas externas ocurridas en hombres residentes en el municipio de Paz de Ariporo durante el periodo 2005 a 2016



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



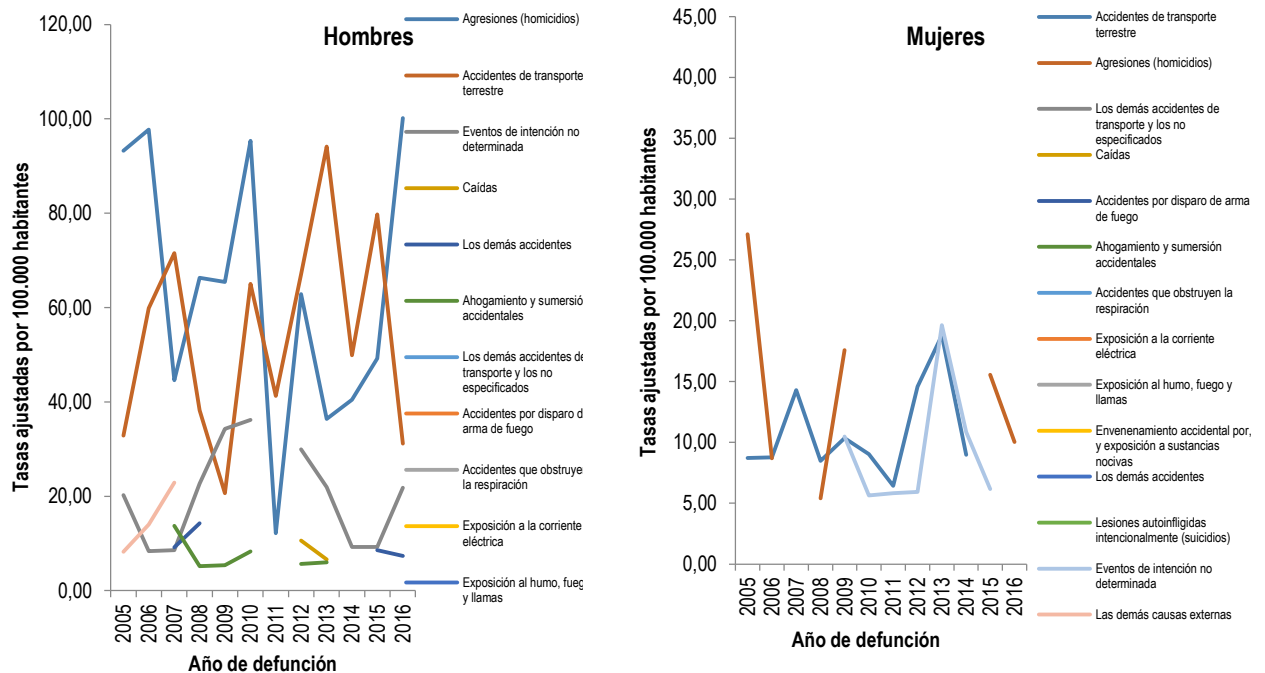
Figura 62. Tendencia de la mortalidad en hombres por causas externas. Paz de Ariporo, 2005 – 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2017

Las mayores tasas ajustadas de defunción en hombres se presentaron para las agresiones (homicidios), los accidentes de transporte terrestre, los eventos de intención no determinada (Figura 63). En mujeres, las mayores tasas ajustadas de defunción se presentaron para las agresiones (homicidios), los accidentes de transporte terrestre, los eventos de intención no determinada. (Figura 64)

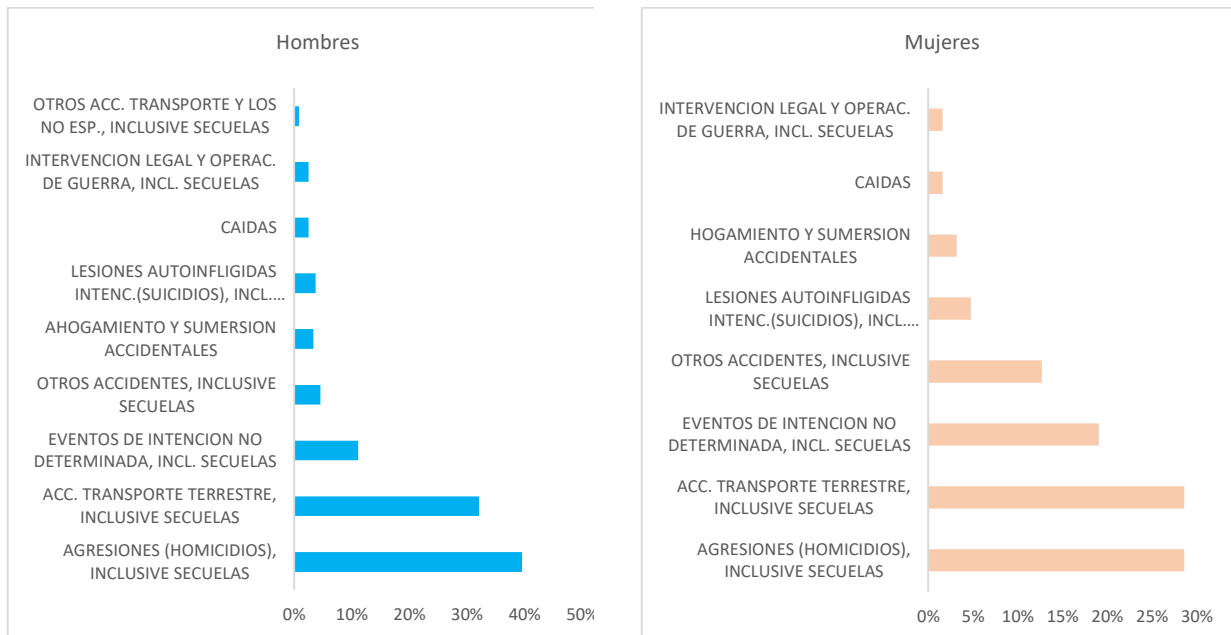
Figura 63. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres. Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2016



Figura 64. Proporción de casos de mortalidad de mujeres por causas externas. Paz de Ariporo 2005 – 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2017

Las demás causas

Dentro del grupo categorizado como las demás causas se encuentran los siguientes subgrupos: diabetes mellitus, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nerviosos excepto meningitis, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, resto de enfermedades del sistema, apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal, cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, resto de enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario, hiperplasia de la próstata, embarazo, parto y puerperio, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y resto de las enfermedades.

Durante el periodo 2005 a 2017 fallecieron 312 personas por patologías del grupo “las demás causas”, equivalentes al 22% del total de defunciones por todas las causas. De los fallecidos, 178 fueron hombres y 147 mujeres. Las principales causas de defunción en este subgrupo enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con el 23% (71 casos) del total de defunciones, seguido por las defunciones por diabetes mellitus con el 13% (41casos) En la tabla 35 se muestran las defunciones por año de ocurrencia ocurridas durante el periodo 2005 a 2017 en el municipio de Paz de Ariporo secundarias al grupo de patologías “las demás causas



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**



Tabla 35. Casos de mortalidad por el subgrupo de las demás enfermedades Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2017

Subgrupo Causa 6/67	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	2	2	1	3	2	1	4	5	2	2	4	4	4	36
DIABETES MELLITUS	3	3	2	2	1	0	2	2	4	3	2	1	2	27
ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	18
OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO	-	-	1	3	2	0	1	-	2	0	4	2	1	16
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	2	2	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	11
OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	-	-	1	1	0	4	0	-	1	1	-	1	1	10
MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID. Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	-	-	-	0	1	2	4	0	1	0	0	1	4	13
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	-	-	-	-	0	1	1	0	-	3	1	-	0	6
ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	-	-	-	-	2	0	1	0	0	0	0	2	0	5
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	0	1
OTRAS ENF. DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	0	1
ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	0	-	0	0	1
APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTR. INTESTINAL	-	-	-	0	0	-	0	1	-	-	0	-	0	1
CIERTAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS	-	-	-	0	-	1	-	0	0	0	0	0	0	1
Total	9	9	12	12	9	10	14	9	11	12	14	13	13	147

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2005- 2017

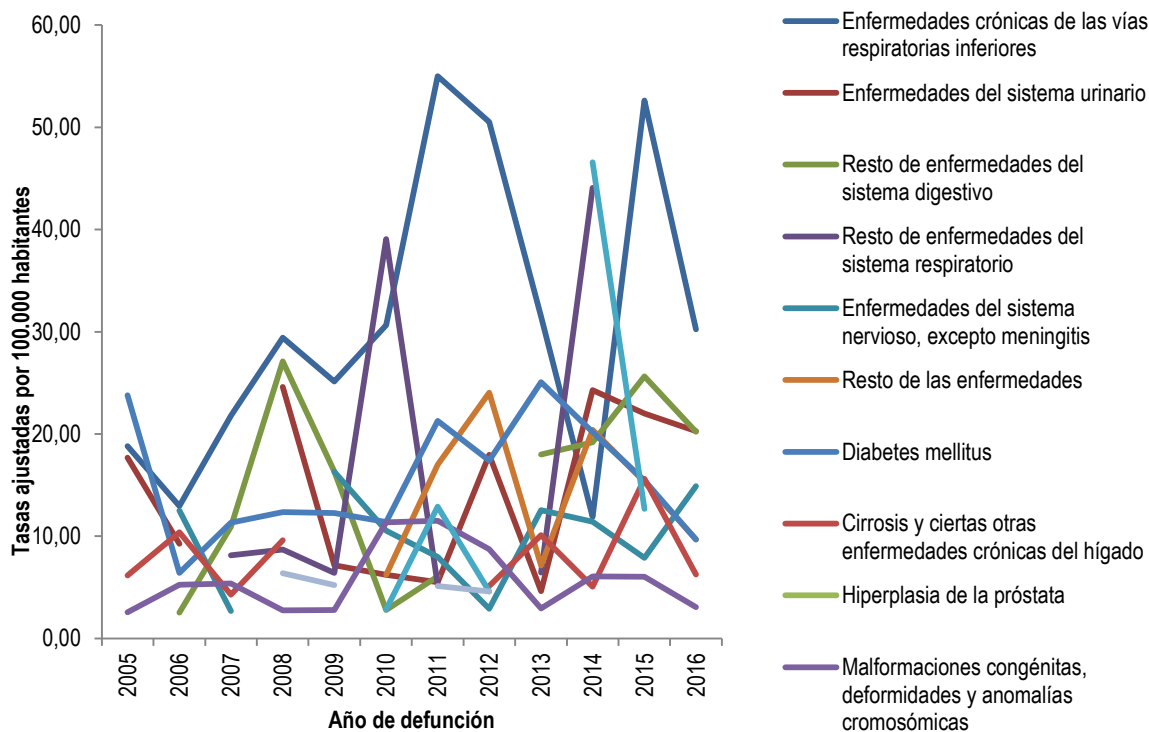
Las mayores tasas ajustadas se presentaron para las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, seguido por las enfermedades del sistema digestivo, las defunciones por patologías del grupo enfermedades del sistema urinario y la diabetes mellitus. En la figura número 65 se muestran las tasas ajustadas de mortalidad por las patologías del grupo “las demás causas” ocurridas en el municipio de Paz de Ariporo.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 65. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- MSPS, estadísticas DANE 2005- 2016

La mortalidad en hombres por enfermedades del grupo “las demás causas de defunción” ocurridas en el municipio de Paz de Ariporo, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis y ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis fueron en su orden las principales causas de defunción por este grupo de patologías.

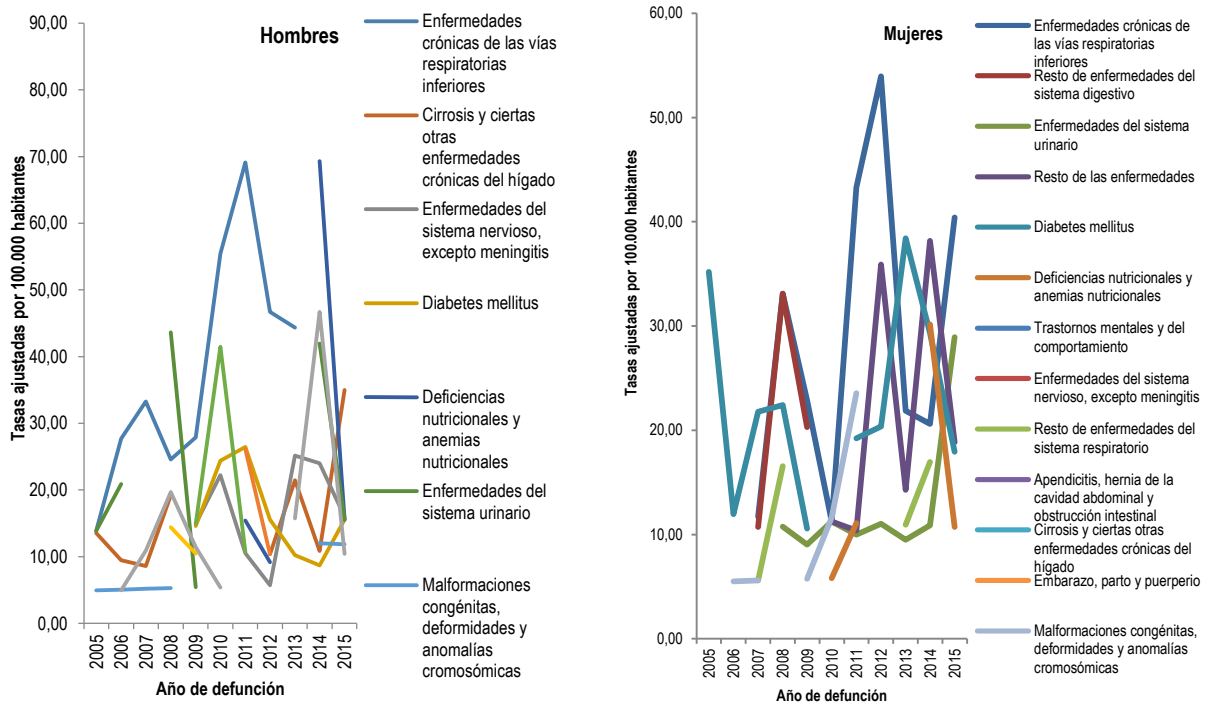
Las mayores tasas ajustadas de defunciones en mujeres, se presentaron para las enfermedades del sistema respiratorio y las defunciones por patologías del grupo resto de enfermedades. En la figura 66 se muestran las tasas ajustadas de mortalidad en mujeres por las patologías del grupo “las demás causas” ocurridas en el municipio de Paz de Ariporo



ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO



Figura 66. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres y mujeres del Municipio de Paz de Ariporo, 2005 – 2016



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- MSPS, estadísticas DANE 2005- 2016



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Semaforización de La mortalidad

Al comparar las tasas de mortalidad del municipio de Paz e Ariporo con las del Departamento (semaforización Tabla 36) e observa lo siguiente:

Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre de Paz de Ariporo fue de 35,02 defunciones por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la tasa promedio presentada para el Departamento (33,35) pero la diferencia no es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama de Paz de Ariporo fue de 16,39 defunciones por cada 100.000 habitantes, superior a la tasa promedio presentada para el Departamento (11,43) pero la diferencia no es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino de Paz de Ariporo fue de 38,42 defunciones de mujeres por cada 100.000 mujeres, superior a la tasa promedio presentada para el Departamento (13,02) y su diferencia es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata de Paz de Ariporo fue de 15,41, inferior a la tasa promedio presentada para el Departamento (19,02) y su diferencia no es estadísticamente significativa.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estómago de Paz de Ariporo fue de 42,07 defunciones por cada 100.000 habitantes, superior a la tasa promedio presentada para el Departamento (12,43) y su diferencia es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante

Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus de Paz de Ariporo fue de 9,67, inferior a la tasa promedio presentada para el Departamento (26,21) pero su diferencia es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante

Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto infringidas intencionalmente de Paz de Ariporo fue cero, inferior a la tasa promedio presentada para el Departamento (4,80) y su diferencia es estadísticamente significativa.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento de Paz de Ariporo fue 0 defunciones por cada 100.000 habitantes, similar a la tasa promedio presentada para el Departamento (0)

Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) de Paz de Ariporo fue 55,20 defunciones por cada 100.000 habitantes, inferior a la tasa promedio presentada para el Departamento (21,22) y la diferencia es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

132

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsidopza@gmail.com

www.pazdeariporo-casanare.gov.co



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**

Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles (A00-A99) de Paz de Ariporo fue de 35,50 defunciones por cada 100.000 habitantes, inferior a la tasa promedio presentada para el Departamento (49,97) y la diferencia es estadísticamente significativa. La tendencia en el tiempo ha sido oscilante

Tabla 36. SemafORIZACIÓN de las tasas de mortalidad por causas específicas Municipio de Paz de Ariporo, 2005- 2016

Causa de muerte	Casanare 2016	Paz de Ariporo 2016	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	33,35	35,02	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,43	16,39	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	13,02	38,41	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	19,08	15,41	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	↗	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	12,43	42,07	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	26,21	9,67	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto -infringidas intencionalmente	4,80	0,00	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	21,22	55,20	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	49,97	35,50	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

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



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y 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 sobre mortalidad 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; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil (defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos) representa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir el primer año de vida. La mortalidad infantil es un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores. La tasa de mortalidad infantil está estrechamente relacionada con diferentes variables, como el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación.

La mortalidad y la desnutrición de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños comparten una serie de determinantes estructurales y subyacentes, como servicios de salud y nutrición pobremente dotados, sin capacidad de respuesta y culturalmente inapropiados, inseguridad alimentaria, prácticas inadecuadas de alimentación, higiene deficiente y falta de acceso a agua potable o a instalaciones adecuadas de saneamiento, analfabetismo de la mujer, embarazo en adolescentes, discriminación y exclusión de las madres, los niños y niñas del acceso a servicios y productos esenciales de salud y nutrición debido a la pobreza y a la marginación.

En el periodo 2005 a 2016, murieron 84 menores de un año para un promedio anual de 7 defunciones, mostrando una disminución importante, pasando de 11 defunciones en el 2011 a 3 en el 2016.

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

134

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsidopza@gmail.com

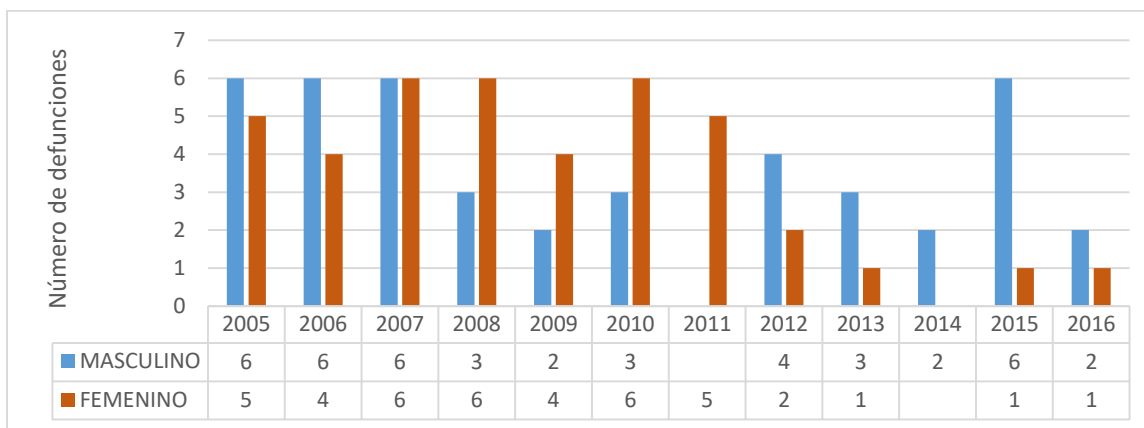
www.pazdeariporo-casanare.gov.co



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**

El 51,19% (43) de las defunciones de menores de un año fueron del sexo masculino y 48,81% (41) fueron del sexo femenino (Figura 67)

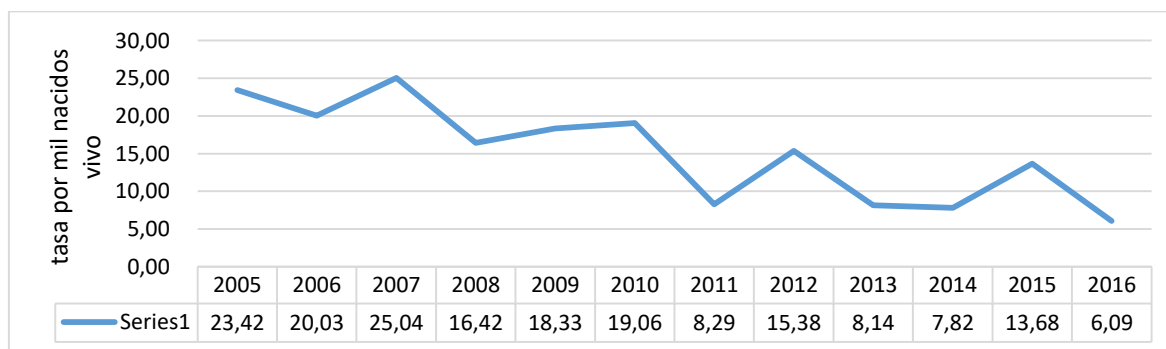
Figura 67. Casos de mortalidad infantil. Paz de Ariporo 2005- 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales DANE 2005- 2016

La tasa de mortalidad infantil del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2015 fue de 13,59 defunciones por cada mil nacidos vivo, mostrando una importante disminución al pasar de 19,82 en el 2005 a 6,09 en 2011. La tasa más alta se presentó en el año 2007 con 25,04 defunciones por mil nacidos vivo. En la figura 68 se muestran las tasas de mortalidad infantil en niños del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016

Figura 68. Tasas de mortalidad infantil. Paz de Ariporo 2005 a 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**

La tasa de mortalidad infantil en niños del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016 fue de 13,39 defunciones por cada mil niños nacidos vivo, mostrando una importante disminución al pasar de 20,69 en el 2005 a 6,17 en 2016. La tasa más alta se presentó en el año 2006 con 27,59 defunciones por mil nacidos vivo. En la figura 68 (Izquierda) se muestran las tasas de mortalidad infantil en niños del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016.

La tasa de mortalidad infantil en niñas del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016 fue de 6,01 en 2016. La tasa más alta se presentó en el año 2010 con 19,50 defunciones por mil niñas nacidas vivo. En la figura 69 (Derecha) se muestran las tasas de mortalidad infantil en niñas del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016.

Figura 69. Tasas de mortalidad infantil en niños y niñas. Paz de Ariporo 2005 a 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

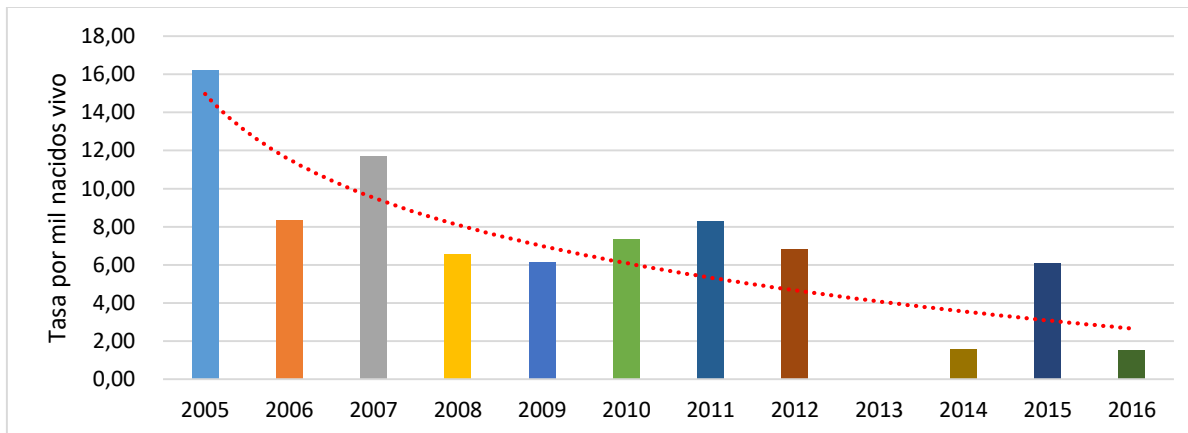
Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil; en el municipio, la tasa de mortalidad promedio en el periodo 2005 a 2016 fue de 6,58 defunciones por cada mil nacidos vivo; el año con la tasa de mortalidad más alta fue 2005. La tendencia de la mortalidad neonatal en el municipio muestra una clara tendencia al descenso (Figura 70)



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Figura 70. Tasa de mortalidad neonatal, Municipio de Paz de Ariporo, 2005- 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad neonatal en niños: La tasa de mortalidad neonatal específica en niños muestra una reducción importante. Es así como en el 2005 era de 20,69 defunciones por cada mil nacidos vivo del sexo masculino y en el 2016 fue de 3,09. Durante los años 2011 y 2013, no se registraron defunciones neonatales en niños

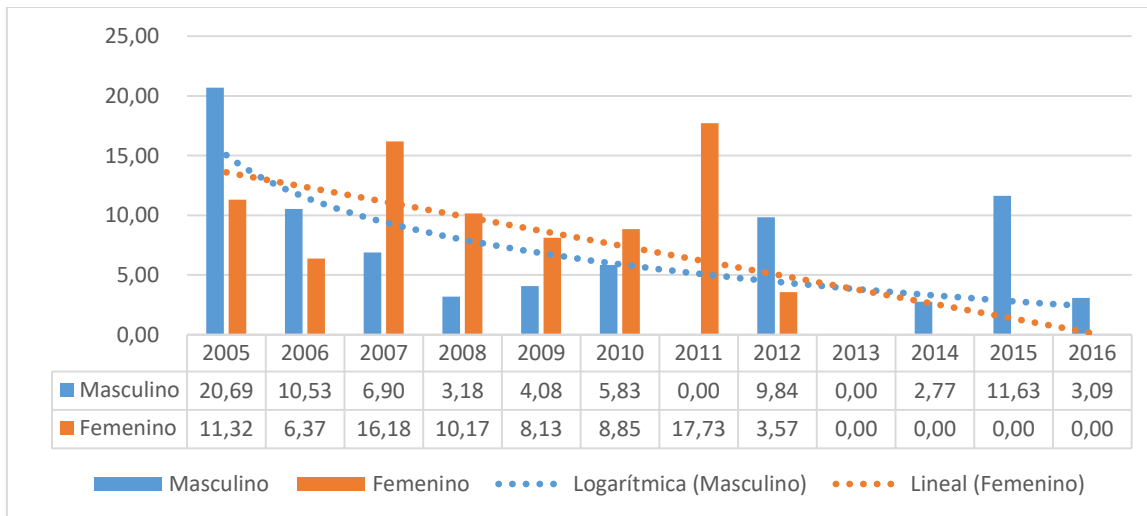
Mortalidad neonatal en niñas: La tasa de mortalidad neonatal específica en niñas muestra una reducción importante. Es así como en el 2005 era de 11,32 defunciones por cada mil nacido vivo del sexo femenino y en el 2016 fue de 0. Durante los años 2005 y 2011, la tasa fue oscilatoria, presentando la tasa más alta en 2011 con 17,73. no se registraron defunciones neonatales en niñas durante los años 2013 a 2016.

Tanto la mortalidad neonatal en hombres como la de mujeres presentan una clara tendencia al descenso. El comportamiento de la mortalidad neonatal específica de niños y niñas durante el periodo 2005 a 2016 se muestra en la figura 71



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Figura 71. Tasa de mortalidad neonatal en niños, Municipio de Paz de Ariporo, 2005- 2015

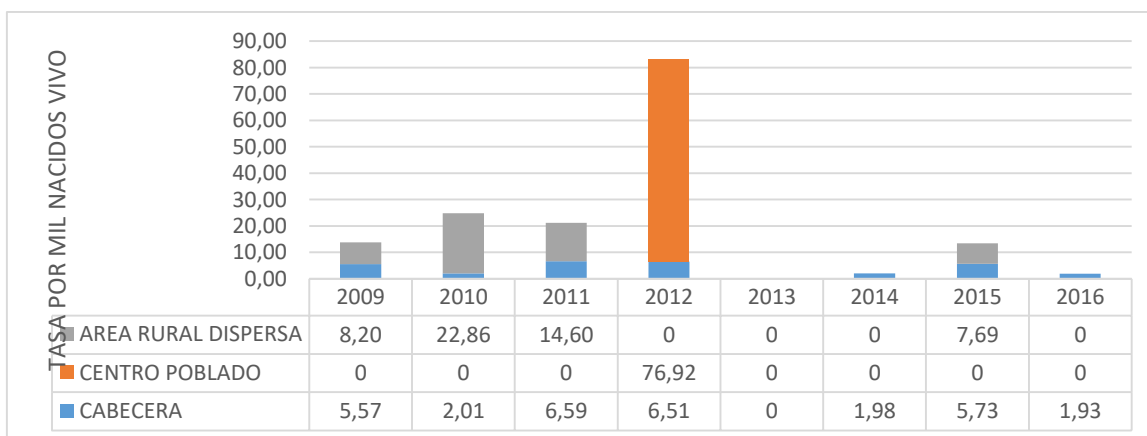


Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad neonatal por área

Por área de residencia, las tasas de mortalidad más altas se presentaron en población residente en el área rural dispersa, con excepción de 1012, en donde la mayor tasa de mortalidad neonatal se presentó en centros poblados. (Figura 72)

Figura 72. Tasa de mortalidad neonatal según área de residencia. Paz de Ariporo 200- 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

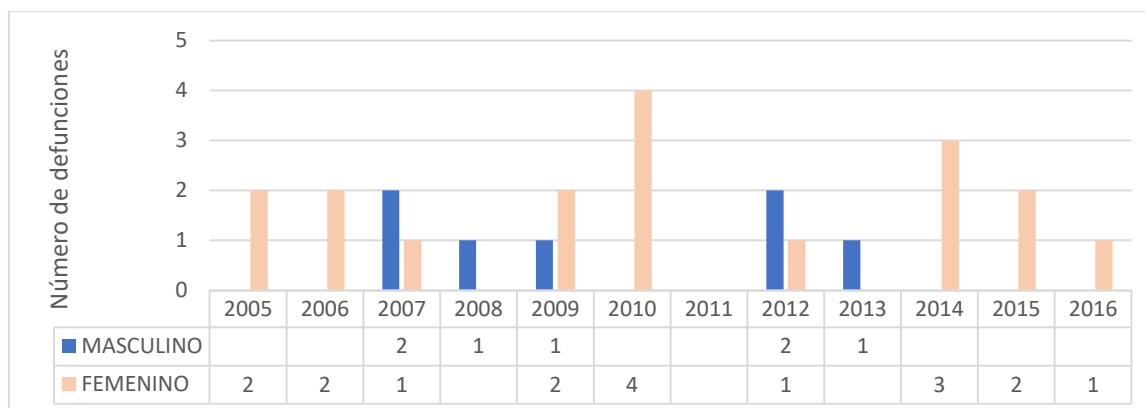


**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**

Mortalidad en menores de 0 a 4 años

Mortalidad en población de 1 a 4 años: En el periodo 2005 a 2016, murieron 25 menores con edad entre 1 y 4 años, un promedio anual de 2 defunciones, mostrando un comportamiento oscilante. El 28% (7) de los fallecidos eran del sexo masculino y el 72% (18) eran del sexo femenino (Figura 73)

Figura 73. Casos de mortalidad en menores de 1 a 4 años. Paz de Ariporo 2005- 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

Mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en los menores de cinco años indica la probabilidad de que un recién nacido pierda la vida antes de alcanzar los cinco años. Permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico. Además, dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo⁶⁹

La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años es la probabilidad por cada 1000 nacimientos de que un menor muera antes de cumplir cinco años, sujeta a las tasas de mortalidad actuales específicas por edad.

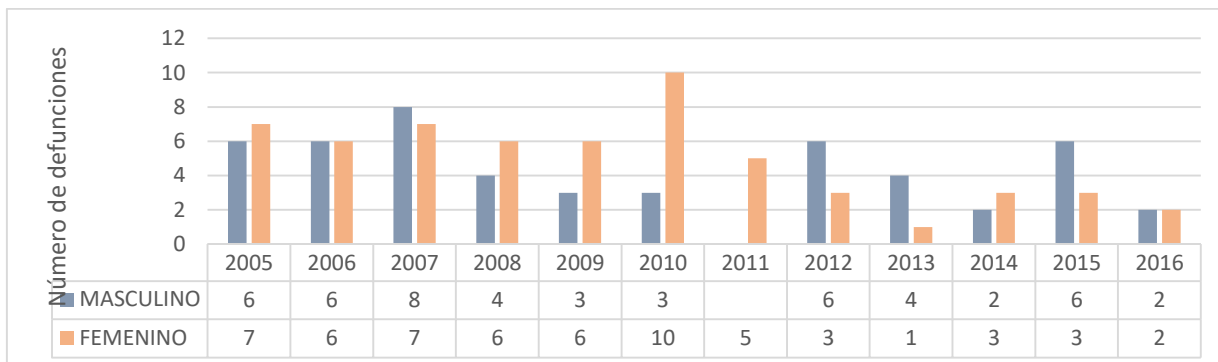
Para el análisis de la mortalidad por las 67 causas OPS, se han eliminado los subgrupos que no registraron defunciones para ninguno de los tres grupos de edad en que se ha subdividido la mortalidad infantil y en la niñez así: mortalidad infantil (menores de 1 año), mortalidad en la niñez (1 a 4 años) y 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.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Durante el periodo 2005 a 2016 en el municipio de Paz de Ariporo se registraron 109 defunciones en población menor de 5 años, un promedio anual de 9, con una tendencia al descenso, pasando de 13 defunciones en el 2005 a 4 defunciones en 2016. El 45% (50) de los fallecimientos ocurridos en el periodo fueron del sexo masculino y 54,13% (59) eran del sexo femenino (Figura 74)

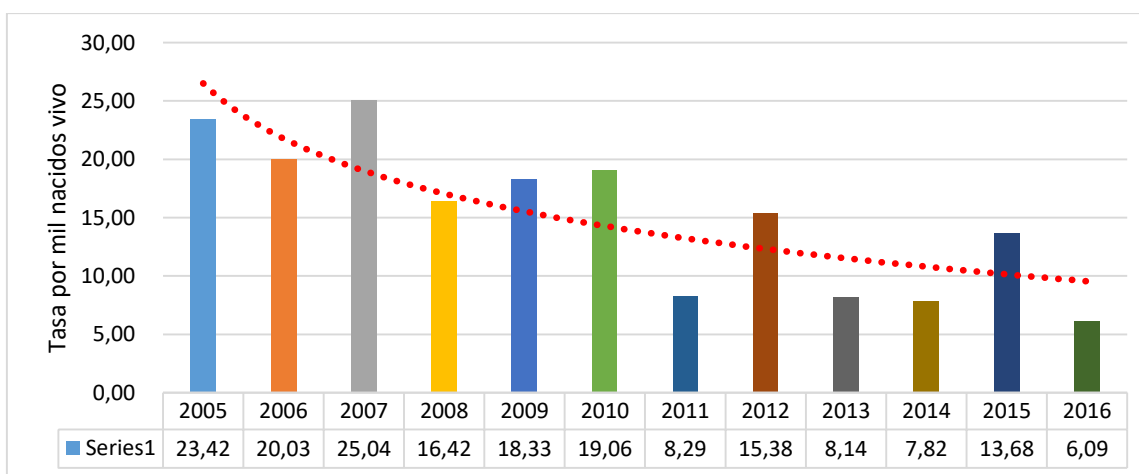
Figura 74. Casos de mortalidad en menores de 5 años. Paz de Ariporo 2005- 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

La tasa de mortalidad en la niñez de Paz de Ariporo, en promedio fue de 14,95 defunciones de menores de 5 años por cada mil nacidos vivo. La tasa más alta se presentó en el año 2007 con 25,04 defunciones por mil nacidos vivo. La mortalidad en la niñez presenta una marcada tendencia a la disminución, pasando de 23,42 en 2005 a 6,09 en 2016. En la figura 75 se muestran las tasas de mortalidad en la niñez del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016.

Figura 75. Tasa de mortalidad específica en la niñez. Paz de Ariporo 2005- 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

140

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsidopza@gmail.com

www.pazdeariporo-casanare.gov.co

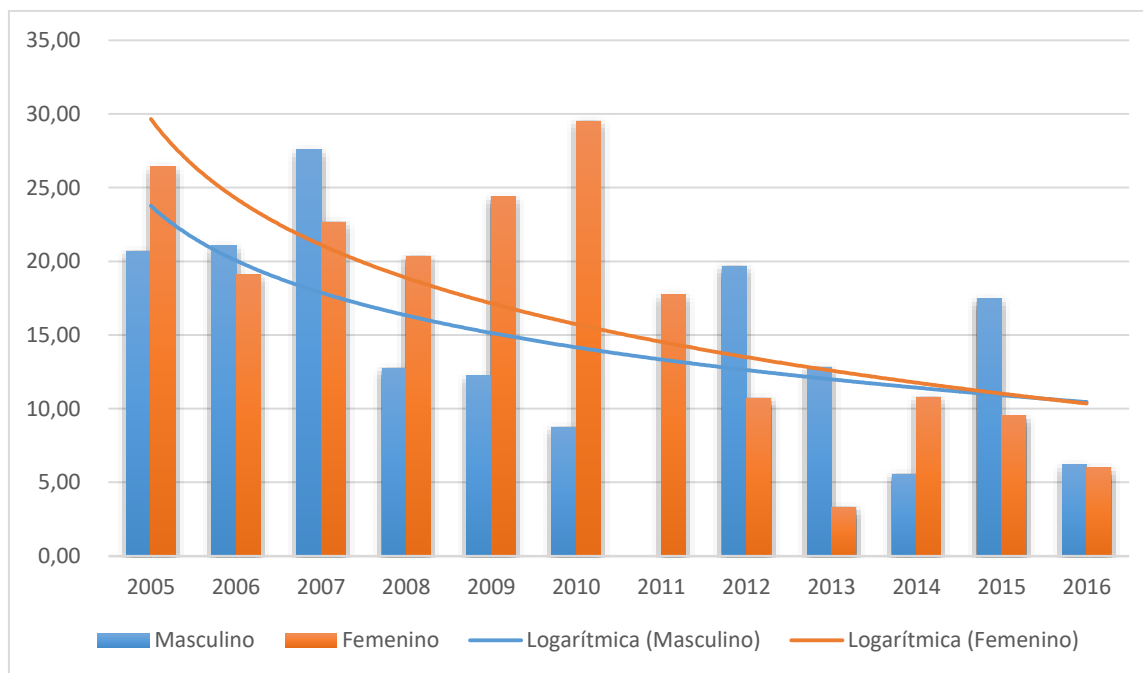


ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

La tasa específica de mortalidad en la niñez en el sexo masculino de Paz de Ariporo en el periodo en 2005 fue de 20,69 defunciones por cada mil nacidos vivo del sexo masculino y en 2016 fue de 6,17 defunciones por cada mil nacidos vivo, mostrando una importante disminución. La tasa más alta se presentó en el año 2007 con 27,59 defunciones por mil nacidos vivo.

La tasa específica de mortalidad en la niñez en el sexo femenino de Paz de Ariporo en el periodo en 2005 fue de 26,42 defunciones por cada mil nacidos vivo del sexo femenino y en 2016 fue de 6,01 defunciones por cada mil nacidos vivo de sexo femenino, mostrando una importante disminución. La tasa más alta se presentó en el año 2010 con 29,50 defunciones por mil nacidos vivo del sexo femenino. Las tasas de mortalidad en ambos sexos presentan una marcada tendencia al descenso. En la figura 76 se muestran las tasas de mortalidad específica en la niñez en los sexos masculino y femenino del municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016.

Figura 76. Tasas específicas de mortalidad en niños y niñas. Paz de Ariporo 2005- 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

La tasa de mortalidad promedio por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el Municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2014 fue 6,30 defunciones por 100.000 menores de este grupo de edad. Solamente se han presentado defunciones por EDA en los años 2009 con una tasa específica 29,09 y en 2008 de 30,95.

Las mortalidades ocurrieron en población del sexo femenino con tasa promedio para el periodo de 13,01. En el año 2005 la tasa específica fue de 60,68 y en 2008 de 60,68 defunciones por cada cien mil menores de cinco años del sexo femenino del municipio.

Durante este periodo (2005 a 2016) no se registraron defunciones en menores de cinco años del sexo masculino ocasionadas por EDA

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

La tasa de mortalidad promedio por infección respiratoria aguda en menores de cinco años en el Municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2016 fue 12,61 defunciones por 100.000 menores de este grupo de edad. Solamente se han presentado defunciones por IRA en los años 2006 con una tasa específica 59,45 y en 2013 de 66,53.

Durante este periodo (2005 a 2016) se registraron defunciones en menores de cinco años del sexo masculino ocasionadas por IRA. La tasa promedio durante este periodo fue de 18,36; en los años 2006 con una tasa específica de 57,08 y en 2013 con 130,21 defunciones por cada cien mil menores de 5 años del sexo masculino residentes en el municipio. En 2016, la tasa fue de 34,52 defunciones por 100.000 menores de 5 años

Las mortalidades ocurrieron en población del sexo femenino con tasa promedio para el periodo fue de 6,60. Solamente se registraron casos de mortalidad en mujeres menores de 5 años en el año 2006 con una tasa específica de 62,03 defunciones por cada 100.000 menores del sexo femenino residentes en el municipio

Mortalidad por desnutrición crónica (DNT)

La tasa de mortalidad promedio por desnutrición crónica en menores de cinco años en el Municipio de Paz de Ariporo en el periodo 2005 a 2014 fue 3,15 defunciones por 100.000 menores de este grupo de edad. Solamente se han presentado defunciones por DNT en los años 2010 con una tasa específica 32,03 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años residentes en el municipio.

Las mortalidades ocurrieron en población del sexo femenino con tasa promedio para el periodo de 6,50. Solamente se han presentado defunciones por DNT en los años 2010 con una tasa específica 65,70 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años de sexo femenino residentes en el municipio.

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

142

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsiadiadopza@gmail.com

www.pazdeariporo-casanare.gov.co



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Durante este periodo (2005 a 2016) no se registraron defunciones en menores de cinco años del sexo masculino ocasionadas por EDA

MORTALIDAD MATERNA

La razón de mortalidad materna en el Municipio de Paz de Ariporo para el periodo 2005 a 2016, en promedio fue de 50,20 defunciones por cada 1.000 nacidos vivo. Solamente se registraron casos de mortalidad materna en los años 2005 con una razón de mortalidad de 360,36 y en 2008 con una razón de mortalidad de 164,20. En los demás años del periodo de análisis no se registraron casos de mortalidad materna

ANÁLISIS DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Una vez han sido identificadas las causas de muerte que se presentan con mayor frecuencia en los niños, se procedió a realizar un análisis materno – infantil, identificando los indicadores que peor situación se encuentran en el Municipio de Paz de Ariporo, para tal efecto se elaboró una tabla de semaforización y tendencia materno –infantil y niñez, en aras de estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad en el periodo de 2005 a 2011 y también fueron calculados los intervalos de confianza al 95% utilizando el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Para la interpretación de los resultados se debe tener en cuenta que al estimar la razón de razones y las razones de tasas, se obtuvieron valores entre menos infinito y más infinito, donde la unidad representa ausencia de desigualdad; los valores por encima de uno indican que el Municipio presenta la peor situación que su referente de comparación, que para este caso es el Departamento de Casanare y los valores menores de uno indican una mejor situación para la entidad territorial con respecto a la de comparación. Para evitar la clasificación erróneamente del Municipio de Paz de Ariporo, se utilizó la estimación de los intervalos de confianza al 95%, para identificar aquellos indicadores que se encuentran en peor o mejor situación con respecto a la unidad de referencia y la correspondiente semaforización. Tabla 37

Razón de mortalidad materna del municipio de Paz de Ariporo fue de cero, similar al promedio departamental que fue de cero defunciones por cada 1.000 nacidos vivo. En el municipio, desde 2009 no se registran casos de mortalidad materna

Tasa de mortalidad neonatal del municipio de Paz de Ariporo fue de 6,08 casos por cada mil nacidos vivo, superior a la tasa promedio del Departamento (4,22) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Tasa de mortalidad infantil del municipio fue de 4,57, inferior a la tasa promedio del departamento que fue de 7,82 defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivo, sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

143



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**

Tasa de mortalidad en la niñez del municipio fue de 6,09 defunciones de menores de cinco años, inferior a la tasa promedio para Casanare (10,01), sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el municipio fue de 34,57 defunciones por cada mil nacidos vivo, superior a la tasa PROMEDIO DEL Departamento (16,37) y la diferencia es estadísticamente significativa.

Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años en el municipio fue de cero, inferior a la tasa promedio del departamento (2,73) pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en el municipio fue de cero, inferior a la tasa promedio del departamento (2,75) y la diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 37. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de Paz de Ariporo, 2005- 2015

Causa de muerte	Casanare 2016	Paz de Ariporo 2016	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Razón de mortalidad materna	0,00	0,00	↘	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad neonatal	4,22	6,08	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘		
Tasa de mortalidad infantil	7,82	4,57	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad en la niñez	10,01	6,09	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘		
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	16,37	34,57	↗	↘	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,73	0,00	↘	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-		
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	2,75	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-		

Fuente: Cubo indicadores, Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores para el ASIS 2018



**ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO**

PRIORIDADES IDENTIFICADAS POR MORTALIDAD GENERAL, ESPECÍFICA Y MATERNO -INFANTIL

A continuación, se listan las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez en el Municipio de Paz de Ariporo, de acuerdo a las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud (Tabla 38).

Tabla 38. Identificación de prioridades en salud del Municipio de Paz de Ariporo, 2018

Mortalidad	Prioridad	Valor del indicador de Paz de Ariporo (2016)	Valor del indicador de Casanare (2016)	Tendencia 2005 a 2015	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Las demás causas	137,08	130,05	Al aumento	000
	2. Enfermedades del sistema circulatorio	218,12	179,83	Oscilante	001
	3. Neoplasias	17834	105,33	Oscilante	007
	4. Enfermedades transmisibles	39,23	49,57	Al aumento	009
	5. Causas externas	11,37		Disminución	012
Específica por subgrupos de causas	1. Causas Externas: Agresiones (Homicidios)	55,20	21,22	Oscilante	012
	2. Transmisibles y nutricionales: Infecciones respiratorias agudas	13,64	18,52	Oscilante	009
	4. Enfermedades del sistema circulatorio: Enfermedades isquémicas del corazón	100,0	76,00	Oscilante	001
	3. Neoplasias: Tumor maligno estómago	42,07	12,43	Al aumento	007
	4. Neoplasias: Tumor maligno de cuello uterino	38,41	13,02	Oscilante	000
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Mortalidad materna	0	0	Estable	008
	2. Mortalidad neonatal	6,08	4,22	Oscilante	008
	3. Mortalidad Infantil	4,57	7,82	Oscilante	008
	4. Mortalidad en la niñez	6,09	10,01	Oscilante	008
	5. Mortalidad por IRA en menores de cinco años	34,57	16,37	Estable	009
	6. Mortalidad por EDA en menores de cinco años	0	2,73	Estable	009
	7. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0	2,75	Estable	003

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, CUBOS, DANE EEVVV, ASIS Casanare 2014, Indicadores Básicos de Salud Casanare 2013



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

CONCLUSIONES

- Durante el periodo 2005 a 2016, en promedio murieron en el municipio 114 personas, con una sobre mortalidad masculina del 20%.
- Tanto en hombres como en mujeres, la principal causa de mortalidad en el municipio fueron las patologías del grupo 6/67 “las demás causas” entre las que se incluyen entre otras: diabetes mellitus; deficiencias nutricionales y anemias nutricionales; trastornos mentales y del comportamiento; enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
- En hombres, el mayor número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) los aportan las defunciones por causas externas, aunque o son la principal causa de mortalidad en el municipio, a diferencia de las mujeres en donde, la primera causa de defunción son las que aportan el mayor número de AVPP
- En el grupo de patologías transmisibles, las infecciones respiratorias fueron la primera causa de defunción tanto en hombres como en mujeres.
- Las principales causas de defunción por patologías neoplásicas fueron ocasionadas por los tumores malignos de estómago. En mujeres, fue el cáncer de cuello uterino y en hombres tumor maligno de estómago
- En hombres, las enfermedades isquémicas del corazón y en las mujeres las enfermedades cerebrovasculares fueron la principal causa de defunción por patologías del grupo de las enfermedades no transmisibles
- En el grupo de enfermedades materno perinatales, los trastornos respiratorios del periodo perinatal fueron la principal causa de defunción en el municipio.
- En el grupo de causas externas, las principales causas de defunción fueron las agresiones (homicidios) y los accidentes de tránsito.
- En el grupo de las demás causas de defunción, en hombres la principal causa de defunción fueron las patologías del subgrupo “resto de enfermedades respiratorias” y en mujeres las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

- La mortalidad infantil, la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años y la mortalidad neonatal presentan una clara tendencia a disminuir en el periodo 2005 a 2016
- La principal causa de mortalidad infantil en el periodo 2005 a 2016 fueron las afecciones del periodo perinatal, en menores de 4 años, las enfermedades infecciosas y parasitarias.
- La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, por infección respiratoria aguda y por desnutrición fue de cero.
- La razón de mortalidad materna en el municipio es inferior a la tasa promedio del departamento.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

CAPÍTULO 5

PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

148

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13
Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsiadiopza@gmail.com
www.pazdeariporo-casanare.gov.co



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

RECONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES EFECTOS DE SALUD IDENTIFICADOS PREVIAMENTE

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, incorpora diferentes enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de Determinantes Sociales de Salud DSS, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whitehead, 2006).

El PDSP, para su formulación, define tres componentes esenciales desde la fundamentación teórico conceptual: 1) los enfoques conceptuales, 2) el diseño estratégico y 3) las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales.

- *Enfoques y modelo conceptual:* El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje con múltiples enfoques: la salud como un derecho, el enfoque por ciclo de vida, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.

- *Diseño estratégico:* el PDSP 2012-2021 se despliega mediante estrategias que se configuran como un conjunto de acciones para ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales en el PDSP, entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transitoria.

Dimensiones prioritarias: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral.

Dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud.

- *Líneas operativas:* Promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se procedió a reconocer los principales efectos de salud y sus determinantes, así como la identificación de los indicadores que se hallaron en peor situación para el Municipio de Paz de Ariporo. Posteriormente, se procedió a realizar el ejercicio de priorización mediante el método Hanlon con participación comunitaria.

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

149

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsidopza@gmail.com

www.pazdeariporo-casanare.gov.co



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Las principales prioridades se relacionan a continuación en la tabla 39:

Tabla 39. Prioridades de salud por dimensiones del Municipio de Paz de Ariporo, 2018

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1.Salud Ambiental	1. Abogacía intersectorial y acciones IEC para la reducción de la Accidentalidad y la movilidad segura	012
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Realización de acciones articuladas con las EAPB, IPS para el abordaje integral para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neoplásicas.	007
	2. Gestión intersectorial y acciones IEC para el fomento de hábitos y estilos saludables para la reducción de la morbilidad por enfermedades crónicas	001, 002
3. Convivencia social y salud mental	1. Realización de acciones de IEC tendientes a reducir el consumo de sustancias psicoactivas	004
	1. Realización de acciones de IEC tendientes a reducir la violencia intrafamiliar y la violencia de género	012
4.Seguridad alimentaria y nutricional	1. Detección y canalización de población vulnerable con riesgos nutricionales	003
	2. Realización de estrategias tendientes a fomentar Hábitos de consumo saludables	001, 002
	3. Realizar acciones de gestión intersectorial tendientes a mejorar el acceso, la disponibilidad aprovechamiento biológico de los alimentos en comunidades indígenas	003
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Acciones intersectoriales y de IEC tendientes a disminuir la morbimortalidad materna extrema	008
	2. Realización de acciones intersectoriales y de IEC tendientes a educir el embarazo en adolescentes	008
	1. Acciones IEC tendientes a reducir el riesgo de transmisión de enfermedades de transmisión sexual	009

Secretaría de Salud Municipal - Alcaldía Paz de Ariporo

150

Dirección: Calle 10 No. 8-03 telefax: (098) 6 37 30 13

Email: s.local@pazdeariporo-casanare.gov.co, regimensubsidopza@gmail.com

www.pazdeariporo-casanare.gov.co



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	2. Realización de acciones de IEC y de promoción de los factores de riesgo relacionados con las enfermedades transmitidas por vectores	009
	3. Acciones de IEC, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y de piel y seguimiento a la adherencia del tratamiento a los casos diagnosticados	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Realizar gestión para el fortalecimiento y la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencias y desastres	000
8. Salud y Ámbito laboral	1. Identificación y priorización de acciones con trabajadores de la economía informal y acciones de promoción de la salud en el ámbito laboral	011
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1. Realización de acciones integrales con comunidades indígenas para mejorar la accesibilidad y cobertura de servicios de salud	008
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Realizar acciones de fortalecimiento del Sistema de vigilancia epidemiológica del municipio para la detección oportuna e intervención de los riesgos de eventos de interés en salud pública	008, 009
	2. Realización de acciones de gestión del riesgo de los eventos de interés en salud pública de mayor prevalencia en el municipio.	008, 009

Fuente: Construcción propia sobre datos de Morbilidad y Mortalidad Paz de Ariporo y aportes de la comunidad 2016.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>. Acceso el 16 de septiembre de 2015
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdfA>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_ar_ea_1985-2020.xls
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020.
10. Profamilia. Encuentra Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2010.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.
12. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.
14. Instituto Nacional de Salud. Protocolos de vigilancia en salud pública. 2016
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud. Colombia, 2007.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Situación del VIH/sida en Colombia. 2015.
17. Cuenta de Alto Costo. Situación Del VIH-sida en Colombia, 2015.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Colombia 2012. Informe UNGASS 2012 Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Colombia. 2012.
19. Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 2015.
22. Departamento Nacional de Planeación. Incidencia de la pobreza multidimensional (H) a nivel departamental.
https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=https%3A%2F%2Fpwh.dnp.gov.co%2FLinkClick.aspx%3Ffiletick%3DIXf_K5Q1VZE%253D%26tabid%3D337&ei=DNCZVMCGKcenNqzBgsgK&usq=AFQjCNGj59fYihBwNoYKE0w2yjYDRAGVJA&bvm=bv.82001339,d.eXY



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional. <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.
24. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010.
25. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>.
26. Ley 1355 de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Diario Oficial N° 47502, Congreso de Colombia (14 de octubre de 2009).
27. Organización Mundial de la Salud. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650. Ginebra. 1980.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia - 2011.
29. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de Salud Mental. Colombia. 2003.
31. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2015.
32. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia de pareja, Colombia, 2015.
33. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014).



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

34. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2013).
35. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. Colombia. 2006-2007.
36. Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/planeacion-basica/tasa-de-analfabetismo-15-anos-y-mas> Consultado el 12 de marzo de 2015
37. Municipio de Paz de Ariporo. Plan de Desarrollo 2016- 2019 “Paz de Ariporo por el camino Correcto”
30. Municipio de Paz de Ariporo. Plan Básico de Ordenamiento Territorial, aprobado acuerdo Municipal 010 de 2002, modificado acuerdo 500.02-006 del 18 de agosto de 2011
31. Organización Panamericana de la salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>. Acceso el 16 de septiembre de 2015
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2015.
[enhttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdfA](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdfA)
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016.
35. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. Boletín epidemiológico, 2002. 2-6.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

36. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
37. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.
38. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_ar ea_1985-2020.xls Actualizado el 12 de mayo de 2011.
39. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020.
40. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2010.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.
42. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.
44. Instituto Nacional de Salud. Protocolos de vigilancia en salud pública. 2016
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud. Colombia, 2007.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Situación del VIH/sida en Colombia. 2015.
47. Cuenta de Alto Costo. Situación Del VIH-sida en Colombia, 2015.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018 PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

48. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Colombia 2012. Informe UNGASS 2012 Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Colombia. 2012.
49. Instituto Nacional de Salud. Informe final vigilancia leucemia en menores de 15 años. 2013.
50. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.
51. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 2015.
52. Departamento Nacional de Planeación. Incidencia de la pobreza multidimensional (H) a nivel departamental.
https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=https%3A%2F%2Fpwh.dnp.gov.co%2FLinkClick.aspx%3Ffileticket%3DIXf_K5Q1VZE%253D%26tabid%3D337&ei=DNCZVMCGKcenNqzBgsgK&usq=AFQjCNGj59fYihBwNoYKE0w2yjYDRAGVJA&bvm=bv.82001339,d.eXY
53. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional.
<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.
54. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010.
55. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>.
56. Ley 1355 de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Diario Oficial N° 47502, Congreso de Colombia (14 de octubre de 2009).
57. Organización Mundial de la Salud. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650. Ginebra. 1980.



ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD- ASIS- 2018
PAZ DE ARIPORO POR EL CAMINO CORRECTO

58. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia - 2011.
59. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de Salud Mental. Colombia. 2003.
61. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2015.
62. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia de pareja, Colombia, 2015.
63. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014).
64. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2013).
65. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. Colombia. 2006-2007.
66. Ministerio de Educación Nacional. Estadísticas del sector. Disponible en <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/planeacion-basica/tasa-de-analfabetismo-15-anos-y-mas> Consultado el 12 de marzo de 2015