



ALCALDÍA DE
BELLO



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO MUNICIPIO DE BELLO

LORENA GONZÁLEZ OSPINA
Alcaldesa Municipal

ELKIN DARIO LÓPEZ CASTRILLÓN
Secretario de Salud

Realizado por:
MARIA ELIZABETH ROJAS RAIGOSA

Municipio de Bello, Antioquia, Colombia
2025



TABLA DE CONTENIDO

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO	14
1.1 Contexto territorial.....	14
1.1.1 Localización	14
1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio	15
1.1.3 Accesibilidad geográfica	17
1.2 Contexto poblacional y demográfico	18
1.2.1 Estructura demográfica	20
1.2.2 Dinámica demográfica.....	22
1.2.3 Movilidad forzada	24
1.2.4 Población LGBTIQ+	25
1.2.5 Dinámica migratoria	26
1.2.6 Población Campesina	26
1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud	27
1.3.1 Servicios de salud habilitados.....	27
1.3.2 Otros indicadores del sistema sanitario	30
1.3.3 Caracterización de las EAPB	31
1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud	32
1.4.1 Políticas Públicas Municipales	32
1.4.2 Agenda Antioquia 2040	32
1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social	33
1.6 Conclusiones del capítulo	33
2. CAPITULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES.....	34
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio.....	34
2.1.1 Ocupación y empleo.....	34
2.1.2 Cobertura en seguridad social y riesgos laborales	36
2.1.3 Estructura productiva y PIB municipal	37
2.2 Condiciones de vida del territorio	39
2.2.1 Cobertura de acueducto y alcantarillado	39
2.2.2 Seguridad alimentaria – Bajo peso al nacer	41
2.2.3 Cobertura de la vacunación PAI.....	43
2.2.4 Cobertura educativa	44



2.2.5	Pobreza, desigualdad y condiciones de vida	46
2.3	Dinámicas de convivencia en el territorio	48
2.4	Análisis de la población con discapacidad	49
2.5	Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social	52
2.6	Conclusiones del capítulo	53
3.	CAPITULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.....	54
3.1	Análisis de la mortalidad	54
3.1.1	Mortalidad general por grandes causas.....	54
3.1.2	Mortalidad específica por subgrupo	60
3.1.3	Mortalidad materno – infantil y en la niñez	69
3.1.4	Mortalidad relacionada con Salud Mental	74
3.1.5	Conclusiones de mortalidad	75
3.2	Análisis de la morbilidad	75
3.2.1	Principales causas de morbilidad	75
3.2.2	Morbilidad específica por subgrupo	77
3.2.3	Morbilidad específica salud mental	78
3.2.4	Morbilidad de eventos de alto costo	79
3.2.5	Morbilidad de eventos precursores.....	80
3.2.6	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	80
3.2.7	Morbilidad población migrante.....	82
3.2.8	Conclusiones de morbilidad.....	83
3.3	Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud.....	83
4.	CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.	84
4.1	Metodología del análisis de respuestas	89
4.2	Análisis interpretativo de las respuestas institucionales, intersectoriales y sociales	89
4.3	Síntesis general	91
4.4	Conclusión	91
5.	CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO	92
5.1	Tabla de núcleos priorizados con calificación total.....	93
5.2	Análisis interpretativo del proceso de priorización.....	94
5.2.1	Predominio de la salud mental como núcleo prioritario	94
5.2.2	Enfermedades crónicas no transmisibles: alta magnitud, baja gobernanza.....	95
5.2.3	Inseguridad alimentaria y nutricional: inequidad estructural persistente	96



5.2.4	Violencia intrafamiliar y de género: alta relevancia social, baja viabilidad institucional	96
5.2.5	Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias: desafío intersectorial	97
5.3	Síntesis interpretativa del proceso	97
5.4	Interpretación territorial y social de los resultados.....	98
5.4.1	Salud mental y conductas suicidas: expresión del malestar social urbano	98
5.4.2	Enfermedades crónicas no transmisibles: rostro sanitario de la desigualdad estructural	99
5.4.3	Inseguridad alimentaria y nutricional: determinante transversal de la calidad de vida	99
5.4.4	Violencia intrafamiliar y de género: inequidad cultural y relacional.....	100
5.4.5	Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias: inequidad territorial y ecológica	100
5.4.6	Lectura integrada de los núcleos de inequidad.....	101
5.5	Recomendaciones estratégicas y relación con el PDSP 2022–2031.....	101
5.5.1	Enfoque territorial	102
5.5.2	Enfoque intersectorial	102
5.6	Enfoque de curso de vida	103
5.7	Recomendaciones estratégicas por núcleo priorizado	103
5.8	Articulación con el Plan de Desarrollo Municipal 2024–2028.....	105
5.9	Proyección estratégica	105
5.10	Conclusiones del capítulo	105
6.	CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS –	107
7.	ANEXOS	111



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por extensión y área de residencia. Bello, 2025.....	15
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia a la capital. Bello, 2025.....	17
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos. Bello, 2025.....	17
Tabla 4. Población por área de residencia. Bello, 2025.	19
Tabla 5. Población por pertenencia étnica. Bello, 2023.	20
Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica. Bello, 2025.	21
Tabla 7. Tasas específicas de fecundidad. Bello, 2005-2023.....	23
Tabla 8. Víctimas por hecho victimizante y sexo. Agosto 2025. Bello, Antioquia	24
Tabla 9. Población según orientación sexual. Bello, 2023.....	25
Tabla 10. Servicios de Salud y recursos institucionales habilitados. Bello, 2025.....	27
Tabla 11. Servicios de Salud y recursos institucionales habilitados. Bello, 2025.....	28
Tabla 12. Otros indicadores de sistema sanitario. Bello, 2006-2024.....	31
Tabla 13. Políticas Públicas municipales. Bello, 2025.....	32
Tabla 14. Comportamiento del empleo municipal, valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021	35
Tabla 15. Comportamiento del desempleo municipal, valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021.....	35
Tabla 16. Condiciones de vida. Bello, 2023.....	40
Tabla 17. Seguridad Alimentaria. Bello, 2006 – 2024*	41
Tabla 18. Comparativo de indicadores educativos y de alfabetización entre Bello y Antioquia, 2022.....	45
Tabla 19. Indicadores de pobreza y desigualdad socioeconómica en el municipio de Bello, 2005–2023.....	47
Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud, factores psicológicos y culturales. Envigado, o 2019-2023.	48
Tabla 21. Matriz de cartografía social: visión institucional y comunitaria. Bello, 2025.....	52
Tabla 22. Variación porcentual de las tasas ajustadas de AVPP por grandes causas. Municipio de Bello, 2015–2024*	57
Tabla 23. Tasas específicas 16 grandes grupos en menores de 1 año. Bello, 2014-2023.....	70
Tabla 24. Tasas específicas 16 grandes grupos en niños de 1 a 4 años. Bello, 2014-2023.	70
Tabla 25. Tasas específicas 16 grandes grupos en menores de 5 años. Bello, 2014-2023.	70
Tabla 26. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil - niñez. Bello, 2015-2024*	71
Tabla 27. Morbilidad por curso de vida. Bello, 2015-2024.....	76
Tabla 28. Morbilidad por subcausas. Bello, 2015-2024.	78
Tabla 29. Morbilidad específica salud mental Bello, 2011-2023.	79
Tabla 30. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Bello, 2017-2024.	80
Tabla 31. Morbilidad de eventos precursores. Bello, 2017-2024.	80
Tabla 32. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria. Bello, 2008-2023.....	81
Tabla 33. Atenciones en salud de la población migrante. Bello, 2025.	82
Tabla 34. Mapeo de actores. Bello, 2025	85
Tabla 35. Núcleos de inequidad sociosanitaria priorizados en el municipio de Bello, 2025	93
Tabla 36. Propuestas por eje estratégico del PDSP según núcleo de inequidades. Bello. 2025 .	107



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide Poblacional. Bello, 2020, 2025, 2030.	20
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad. Bello 2025.	22
Figura 3. Tendencia por grupo de edad. Bello 2025.	22
Figura 4. Tasa de crecimiento natural, mortalidad y natalidad. Bello 2014-2024.....	23
Figura 5. Pirámide población víctima por movilidad forzada. Bello 2025.	24
Figura 6. Pirámide población migrante. Bello 2025.	26
Figura 7. Pirámide población campesina. Bello 2024.	27
Figura 8. Afiliación al SGSSS según EAPB. Bello, junio 2025.	31
Figura 9. Afiliación al SGSSS según régimen. Bello, junio 2025.....	31
Figura 10. Tasa de ocupación municipal, valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021 ...	34
Figura 11. Tasa de desempleo municipal, valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021 ..	35
Figura 12. Tasa de trabajo infantil municipal, Valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021	36
Figura 13. Tendencia de afiliación al SGSSS. Bello, 2009-2024.....	36
Figura 14. Evolución del valor agregado 2011-2021. Bello, Valle de Aburrá y Antioquia 2025... 37	37
Figura 15. Evolución y proyección lineal de la participación sectorial en el valor agregado. Bello, 2011-2023 (proyección 2026).	38
Figura 16. Cobertura total de acueducto y alcantarillado (%), municipio de Bello, 2005 – 2021 39	39
Figura 17.. Cobertura de acueducto y alcantarillado (%) según área urbana y rural. Municipio de Bello, 2005-2021.	40
Figura 18. Tendencia del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Bello, 2006-2024	41
Figura 19. Tendencia del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Valle de aburra, 2006-2024	42
Figura 20. Cobertura de Vacunación PAI. Bello 2025	43
Figura 21. Tasa de cobertura bruta en educación por nivel educativo. Bello, 2005-2022.....	44
Figura 22. Tasa de tránsito inmediato a la educación superior y tasa de cobertura en educación superior. Bello, 2015-2024.....	45
Figura 23.. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en los municipios del Valle de Aburrá, 2005 y 2018.	47
Figura 24.. Tasas de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer por territorio, 2023.....	48
Figura 25. Pirámide población con discapacidad, Bello 2025	49
Figura 26. Población con discapacidad por tipo y sexo. Bello, 2025.....	50
Figura 27. Tipos de discapacidad en la población masculina. Valle de Aburrá, 2025.	50
Figura 28. Tipos de discapacidad en la población femenina. Valle de Aburrá, 2025.	51
Figura 29. Tasas ajustadas total. Bello, 2015-2024*.	54
Figura 30. Tasas ajustadas total por enfermedades del sistema circulatorio.....	54
Figura 31. Tasas ajustadas total por neoplasias. Valle de Aburrá, 2015-2024*.	55
Figura 32. AVPP total. Bello, 2015-2024*.....	56
Figura 33. Tasas ajustadas de AVPP por grandes causas según sexo. Bello, 2015-2024*.....	56
Figura 34. Tasas ajustadas de AVPP por enfermedades del sistema circulatorio. Valle de Aburrá, 2015-2024*	58
Figura 35. Tasas ajustadas de AVPP por neoplasias. Valle de Aburrá, 2015-2024*	59
Figura 36. Mortalidad específica subgrupo enfermedades transmisibles en hombres. Bello, 2015-2024*.....	60



Figura 37. Mortalidad específica por subgrupo enfermedades transmisibles en mujeres. Bello, 2024*.....	61
Figura 38. Mortalidad específica subgrupo neoplasias en hombres. Bello, 2015-2024*.....	62
Figura 39. Mortalidad específica subgrupo neoplasias en mujeres. Bello, 2015-2024*.....	62
Figura 40. Mortalidad específica subgrupo sistema circulatorio en hombres. Bello, 2015-2024*.....	63
Figura 41. Mortalidad específica subgrupo sistema circulatorio en mujeres. Bello, 2024*.....	64
Figura 42. Mortalidad específica subgrupo periodo perinatal en hombres. Bello, 2014-2023.	65
Figura 43. Mortalidad específica subgrupo periodo perinatal en mujeres. Bello, 2014-2023.	66
Figura 44. Mortalidad específica subgrupo causas externas en hombres. Bello, 2014-2024*.....	67
Figura 45. Mortalidad específica por subgrupo causas externas en mujeres. Bello, 2014-2023.	67
Figura 46. Mortalidad específica subgrupo las demás causas en hombres. Bello, 2014-2023.....	68
Figura 47. Mortalidad específica subgrupo las demás en mujeres. Bello, 2014-2023.....	69
Figura 48. Mortalidad neonatal, infantil y en la niñez. Bello, 2014-2023.....	69
Figura 49. Razón de mortalidad materna 42 días por etnia. Bello, 2009-2023.....	71
Figura 50. Razón de mortalidad materna a 42 días por área de residencia. Bello, 2014-2024*..	72
Figura 51. Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Bello, 2009-2024*.....	73
Figura 52. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Bello, 2009-2024*	73
Figura 53. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento. Bello, 2015-2024*.....	74
Figura 54. Mortalidad por epilepsia. Bello, 2005-2024*.....	75
Figura 55. Morbilidad según curso de vida y sexo. Bello, 2015-2024	77
Figura 56. Afiliación en salud de la población migrante. Bello, 2025.	82



LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Mapa de división política administrativa y límites. Bello, 2025.	14
Ilustración 2.	Mapa de zonas de riesgo. Bello, 2025.	17
Ilustración 3.	Mapa de vías de comunicación. Bello, 2025.....	18
Ilustración 4.	Cartografía Social. Bello, 2025.	33



INTRODUCCIÓN

El **Análisis de Situación de Salud (ASIS)** es una herramienta clave para comprender y responder a las necesidades sanitarias de una población. En el año 2025, este ejercicio se desarrolla en un contexto global marcado por desafíos emergentes, con el propósito de ofrecer una visión integral, participativa y territorial de la salud. A través de un enfoque colaborativo, el ASIS permite identificar prioridades, evaluar recursos disponibles y proponer estrategias efectivas orientadas a mejorar el bienestar colectivo.

Los ASIS son procesos analítico-sintéticos que posibilitan **caracterizar, medir y explicar** el contexto salud-enfermedad de una población. Incluyen la descripción de daños y problemas de salud, así como de sus determinantes, sean estos de competencia del sector salud o de otros sectores. Además, facilitan la identificación de necesidades y prioridades sanitarias, así como el diseño de intervenciones, programas y proyectos en el marco de la evaluación de su impacto en salud.

Los resultados y conclusiones de estos análisis ofrecen una **visión integral de la situación sanitaria del territorio**, constituyéndose en insumos esenciales para la toma de decisiones, la formulación de políticas y la gestión eficiente de recursos. De este modo, el ASIS se convierte en un instrumento estratégico para la comunidad científica, técnica y los tomadores de decisiones, al orientar la planeación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos desde la gestión territorial en salud.

En concordancia, el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031** establece una hoja de ruta para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población en un contexto atravesado por inequidades y retos emergentes. Bajo este marco, el análisis de situación de salud adquiere especial relevancia como herramienta que permite reconocer las necesidades específicas de las comunidades y diseñar intervenciones efectivas, promoviendo un enfoque integral que prioriza la prevención, la promoción de la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad.



METODOLOGIA

Para la elaboración del **documento ASIS del municipio de Bello**, se adoptó la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), complementada con fuentes de información oficiales y propias, que permiten establecer un diagnóstico integral de la situación de salud en el marco de la participación social. El documento se estructuró en seis capítulos, siguiendo la organización sugerida por el MSPS.

En cuanto a las **fuentes de información**, se utilizaron las estimaciones y proyecciones poblacionales derivadas del Censo Nacional de 2018, actualizadas con la serie poblacional 2023 (postpandemia), así como los indicadores demográficos para el análisis del contexto poblacional. Para el estudio de la **mortalidad en el municipio de Bello**, se empleó la información del periodo 2014-2023, proveniente de las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Respecto a la **morbilidad**, se analizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del periodo 2011-2023, dispuestos en el visor suministrado por el Ministerio. Asimismo, se incorporaron los datos de **eventos de alto costo y eventos precursores**, actualizados a 2023, y los **Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)**, reportados entre 2007 y 2023, a partir de los indicadores calculados y entregados por el MSPS al ente territorial.

La presentación de la situación de salud e indicadores se realizó mediante un análisis descriptivo de persona, lugar y tiempo, utilizando como herramienta de apoyo hojas de cálculo en Excel.

En el **componente participativo**, se desarrollaron escenarios orientados a consolidar e integrar información cuantitativa y cualitativa, con el propósito de explicar los principales problemas y necesidades en salud del territorio. Para ello, se aplicó la técnica de investigación acción-participativa bajo la metodología de **cartografía social**, lo que permitió construir un panorama desde la realidad de las comunidades y priorizar los efectos en salud identificados en el proceso.



AGRADECIMIENTOS

El **Análisis de Situación de Salud (ASIS) del municipio de Bello** es mucho más que un documento técnico: es una herramienta colectiva para mirar el territorio con rigor, sensibilidad y compromiso. A través de la cartografía social, la lectura de los datos y la priorización en salud, este proceso permite reconocer las realidades, desigualdades y potencialidades de las comunidades, y orientar decisiones estratégicas que impactan de manera directa la calidad de vida de la población. Cada mapa, indicador y hallazgo aquí presentado se convierte en una guía para la planeación territorial en salud, para el diseño de políticas públicas más justas y para una gestión que responda, con evidencia y humanidad, a las necesidades reales del municipio.

En este marco, expresamos nuestro agradecimiento:

- Al **Ministerio de Salud y Protección Social**, por la gestión, organización y disposición de la información a través de la bodega SISPRO, así como por la guía metodológica que orienta la construcción del ASIS.
- Al equipo de Sistemas de Información de la **Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia**, por su acompañamiento en la socialización de anexos, fuentes y paquetes estadísticos, insumos esenciales para el análisis presentado.
- A la **Administración Municipal de Bello**, en cabeza de la alcaldesa Lorena González Ospina, y al equipo de la Secretaría de Salud, por su compromiso con el uso responsable de la información, la vigilancia en salud y la construcción de este ASIS como instrumento clave para identificar, priorizar y atender los problemas de salud de la comunidad, fortaleciendo la planificación, la formulación de políticas públicas y las acciones de regulación, inspección, vigilancia y control.
- Y, de manera muy especial, a las **comunidades, líderes, organizaciones sociales y actores institucionales** que participaron en los ejercicios de cartografía social, diálogo y reflexión. Sus voces, experiencias y saberes enriquecieron este análisis y permitieron construir, de manera participativa, una hoja de ruta compartida para avanzar hacia un Bello más equitativo, saludable y digno para todas las personas.



ALCALDÍA DE
BELLO



SIGLAS

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

APS: Atención Primaria en Salud

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades

COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

COVID 19: Enfermedad por Coronavirus SARS COV2 2019.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto.: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EGI: Estrategia Gestión Integrada

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ESE: Empresa Social del Estado

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HA: Hectáreas

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil

MEN: Ministerio de Educación Nacional

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

MP: Material particulado

Mpio: Municipio

MSN: Metros sobre el nivel del mar



ALCALDÍA DE
BELLO



MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

MTS: Metros

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos del desarrollo sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PIB: Producto Interno Bruto

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

SARS Cov2: Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

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

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

SSSA: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

TB: Tuberculosis

TD: Tasa de Desempleo

TGF: Tasa Global de Fecundidad

TO: Tasa de Ocupación

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano.

µg/m3: Microgramos por metro cúbico

≈: Aproximadamente

p.p: Puntos porcentuales

1. CAPITULO I: CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

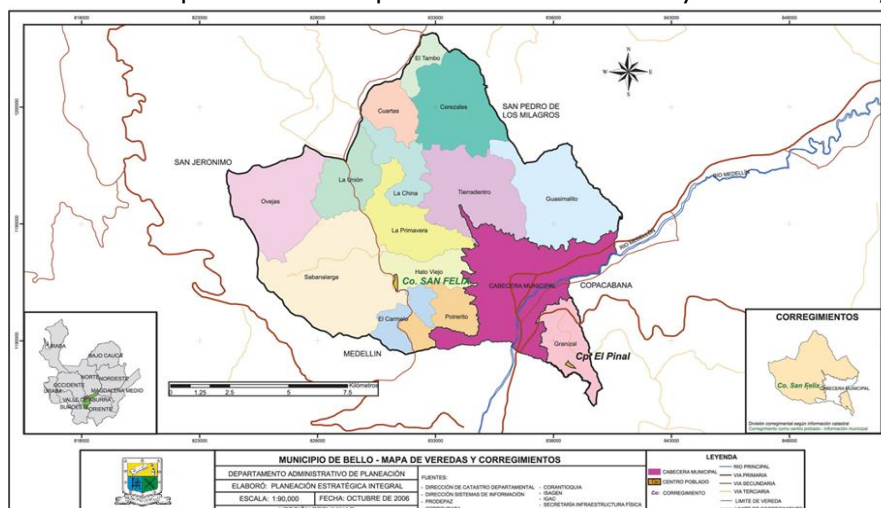
1.1 Contexto territorial

Bello es el segundo municipio más grande y poblado del departamento de Antioquia, después del Distrito de Medellín, tanto por su extensión urbana como por su dinámica demográfica y económica. Es reconocido como "*La ciudad de los artistas*", denominación que refleja la vitalidad, creatividad y profundo sentido de pertenencia de su población, asimismo, se distingue por ser la cuna del expresidente Marco Fidel Suárez, figura emblemática que representa la identidad, el pensamiento y el legado intelectual de la comunidad bellanita.

1.1.1 Localización

El municipio de Bello se encuentra situado en el departamento de Antioquia al norte del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), Bello se localiza en las coordenadas 6°20'21" de latitud norte y 75°33'48" de longitud oeste respecto al meridiano de Greenwich. Limita al sur con el Distrito de Medellín, capital de Antioquia, al norte con el municipio de San Pedro de los Milagros, al oriente con el municipio de Copacabana y al occidente con el municipio de San Jerónimo. Cuenta con una extensión de 149,5 Km², de los cuales 15 Km² corresponden al área urbana y 134,5 Km² al área rural. Cuenta con once comunas subdivididas en 100 barrios; cuenta con 1 corregimiento que se encuentra subdividido en 19 veredas y 1 centro poblado en Granizal.

Ilustración 1. Mapa de división política administrativa y límites. Bello, 2025.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Bello, 2025.



Tabla 1. Distribución por extensión y área de residencia. Bello, 2025.

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
BELLO	15	10,03%	134,5	89,97%	149,5	100

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Bello, 2025.

1.1.2 Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

Altitud, relieve y condiciones climáticas

El territorio de Bello se ubica a una altitud promedio de 1.450 m s. n. m., alcanzando su punto máximo en el Cerro Quitasol con aproximadamente 2.850 m s. n. m., reconocido como uno de los principales referentes naturales, paisajísticos y ambientales del municipio. Entre las elevaciones más representativas se encuentran:

- Alto de las Baldías: 3.150 m s. n. m.
- Alto Medina: 2.815 m s. n. m.
- Cerro Quitasol: 2.807 m s. n. m.
- Llano de Ovejas: entre 2.400 y 2.600 m s. n. m.
- San Félix: 2.550 m s. n. m.

El relieve bellanita es diverso y se configura sobre el Valle de Aburrá, una depresión aluvial formada por el río Medellín, que atraviesa el municipio de sur a norte y actúa como eje estructurante del territorio.

En los flancos oriental y occidental se elevan formaciones montañosas pertenecientes a la cordillera Central de los Andes, destacándose los cerros Quitasol, Pan de Azúcar y La García, junto con las zonas altas de San Félix y Baldías. Estas áreas de pronunciadas pendientes y abundante cobertura vegetal desempeñan una función ambiental clave como corredores ecológicos, zonas de recarga hídrica y espacios de conservación de biodiversidad. La zona central del municipio presenta relieves suaves y ondulados, donde se concentra el desarrollo urbano, industrial y de servicios. Este contraste topográfico influye directamente en la ocupación del suelo, la movilidad, el drenaje pluvial y la gestión del riesgo geotécnico y ambiental.

Hidrografía

El sistema hidrográfico del municipio de Bello forma parte de la cuenca del río Medellín o Aburrá, que atraviesa el municipio de sur a norte y constituye su principal eje hídrico, paisajístico y ambiental. Este río recoge las aguas provenientes de numerosos afluentes secundarios y quebradas que nacen en las laderas de los cerros circundantes.



Entre las principales quebradas que drenan el territorio se destacan: La García, La Loca, La Iguañá, La Madera, La Señorita, El Hato, El Molino, La García Baja, La García Alta y La Seca, las cuales desempeñan un papel esencial en la recarga de acuíferos, la regulación del microclima y el soporte de ecosistemas ribereños.

En la zona rural, el sistema hídrico se complementa con nacimientos y manantiales ubicados en los sectores altos de San Félix, Baldías y el Cerro Quitasol, que abastecen tanto a la población local como a procesos agrícolas y ganaderos.

Zonas de riesgo

El Municipio se encuentra expuesto a amenazas naturales que se han medido en una escala de 1 a 5, donde 1 representa el menor riesgo y 5 el mayor riesgo, así:

- Sismos 3/5
- Deslizamientos 3/5 (Ajustado tras el evento de junio de 2025)
- Avalanchas 1/5
- Inundaciones 2/5
- Riesgos por amenazas Antrópicas 1/5
- Riesgos por amenazas Tecnológicas 1/5

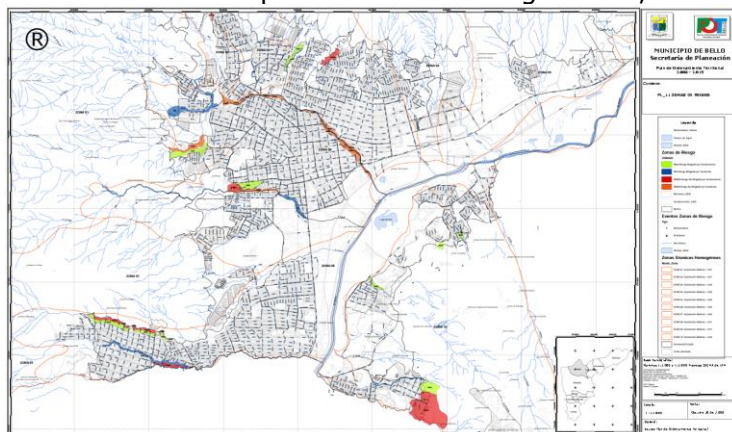
El riesgo en la zona de Granizal es especialmente alto por movimientos en masa y deslizamientos recientes. Las autoridades mantienen restricciones y la han declarado como de riesgo no mitigable tras la última emergencia. Entre los lugares identificados en el plan municipal de riesgo como críticos, con historia reciente de emergencias, se encuentran: Quebrada La García, Prado Las Granjas, la 55, Valadares El Trapiche, Nueva Jerusalén, quebradas La Madera y Caño Seco, cerro Quitasol y Santa Rita. Las siguientes áreas tienen amenazas altas o moderadas de deslizamiento, según delimitaciones oficiales.: Espíritu Santo (extremo occidental), San Martín (costado occidental), Altos de Niquía (franja escarpada junto a quebradas), Cinco Estrellas y Marco Fidel Suárez (zonas cercanas a la Autopista Medellín–Bogotá). Se registra riesgo por deslizamientos, especialmente en laderas y antiguos botaderos: Zona de explotación arenera Pachelly, La Camila y La Gabriela.

Temperatura y humedad

El municipio de Bello presenta un clima templado húmedo, característico del Valle de Aburrá, con temperaturas promedio que oscilan entre los 22 °C y 24 °C y una humedad relativa cercana al 70 %. Estas condiciones favorecen la biodiversidad local y la presencia de ecosistemas de bosque húmedo tropical en las zonas de ladera y ruralidad. El régimen de lluvias es bimodal, con dos periodos húmedos principales entre abril-junio y septiembre-

noviembre, y dos periodos relativamente secos en los meses de enero-marzo y julio-agosto. Esta variación climática incide en los procesos productivos agropecuarios, la disponibilidad hídrica y la planificación ambiental del territorio.

Ilustración 2. Mapa de zonas de riesgo. Bello, 2025.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Bello, 2025.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

En cuanto a la accesibilidad geográfica, Bello cuenta con una ubicación estratégica en el norte del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, lo que le permite una conexión directa con el Distrito de Medellín y los municipios de Copacabana, San Pedro de los Milagros y San Jerónimo. El municipio de Bello se encuentra a una distancia aproximada de 10 kilómetros del centro de Medellín. Esta distancia se recorre en unos 15 a 25 minutos por la Autopista Norte o la Avenida Regional, lo que hace que Bello mantenga una estrecha integración urbana, económica y social con el Distrito de Medellín.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia a la capital. Bello, 2025.

Municipio	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
			horas	minutos
Medellín	10,16	automóvil	0	30

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Bello, 2025.

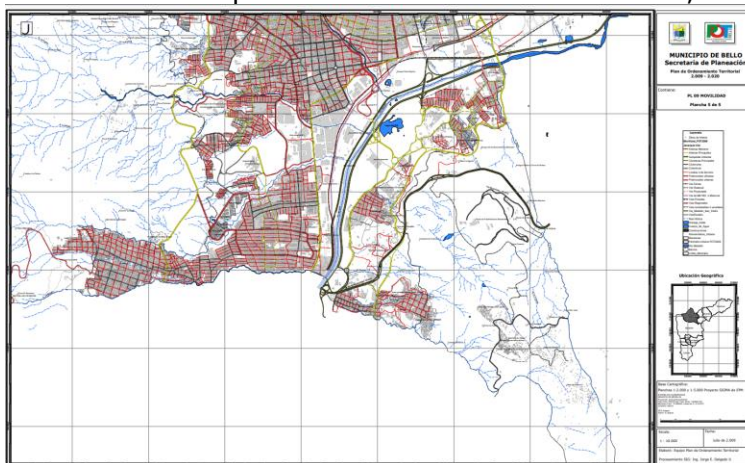
Vías de comunicación

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos. Bello, 2025.

Municipio	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
			horas	minutos
Copacabana	5,67	automóvil	0	20
San Jerónimo	22,07	automóvil	0	50
San Pedro de los Milagros	14,04	automóvil	1	10

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Bello, 2025.

Ilustración 3. Mapa de vías de comunicación. Bello, 2025.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipio de Bello, 2025.

Bello hace parte de una gran conurbación denominada Área Metropolitana del Valle de Aburrá, donde son casi imperceptibles los límites entre municipios y por ende se comparten vías de carácter metropolitano como son la Autopista Norte, la Autopista Medellín – Bogotá, la Avenida Regional y la Carretera al Mar. Por todas ellas se llega con gran facilidad al municipio y a su zona rural. En cuanto a la malla vial, el municipio cuenta con $\approx$ 300 km de vías existentes.

El Municipio de Bello es atravesado por la Línea A del Metro de Medellín y cuenta en su jurisdicción con 3 estaciones (Niquia, Bello y Madera) que facilitan la movilidad de la población a diferentes puntos del Área Metropolitana. Cuenta también con dos estaciones del Sistema EnCicla, ubicadas en la estación del Metro de Bello y en el parque principal del municipio. El acceso por vía aérea se hace a través del Aeropuerto Internacional José María Córdoba, ubicado en el municipio de Rionegro o por el aeropuerto Olaya Herrera ubicado en la ciudad de Medellín, ambos a unos 30 minutos del municipio.

1.2 Contexto poblacional y demográfico

Población total

De acuerdo con las proyecciones oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2025 el municipio de Bello cuenta con una población total estimada de 570.329 habitantes, de los cuales el 51,8% (295.659) son mujeres y el 48,2% (274.670) hombres.



Del total poblacional, 555.509 personas (97,4%) residen en el área urbana, mientras que 14.820 personas (2,6%) habitan en la zona rural, lo que refleja el carácter predominantemente urbano del municipio.

Densidad poblacional por km²

La densidad poblacional total del municipio de Bello se estima en 3.815 habitantes por kilómetro cuadrado, para el año 2025. En la zona urbana, esta densidad asciende a aproximadamente 37.034 habitantes por km², mientras que en la zona rural es de 110 habitantes por km². Estas cifras evidencian una alta concentración de la población en el área urbana, donde cerca del 97% de los habitantes se localiza en apenas el 10% del territorio municipal, en contraste con el 3% restante, que ocupa el 90% del suelo rural, reflejando un marcado desequilibrio en la distribución espacial de la población.

Tabla 4. Población por área de residencia. Bello, 2025.

Cabecera municipal		Resto		Total	Grado de urbanización
Nº	%	Nº	%		
555.509	97,4	14.820	2,6	570.329	97,4

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Grado de urbanización

Para el año 2025, el 97,4% de la población del municipio de Bello reside en áreas urbanas, ubicándose en el segundo lugar del Valle de Aburrá después del Distrito de Medellín. Esta proporción representa un incremento de 0,04 puntos porcentuales respecto al año 2024, variación que no evidencia cambios significativos en la distribución poblacional del territorio.

Viviendas y hogares

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, en el municipio de Bello se registraron 175.988 viviendas, de las cuales 155.029 se encontraban ocupadas con personas presentes, lo que representa una tasa de ocupación del 88,1%. Asimismo, se identificó que 9.671 viviendas (5,5%) estaban ocupadas con todas las personas ausentes, 10.093 permanecían desocupadas y 1.195 correspondían a viviendas de uso temporal.

En cuanto al número de hogares, el censo reportó un total de 161.647 en el municipio. De estos, el 54,6% reconoció como jefe del hogar a un hombre, mientras que el 45,4% identificó a una mujer en esta condición, reflejando una distribución relativamente equilibrada en la estructura de jefatura de los hogares bellanitas.

Pertenencia étnica

En 2023, según la Encuesta de Calidad de Vida, el 98% de la población de Bello (559.070 personas) se autoidentificó como no perteneciente a ningún grupo étnico o racial, mientras que el 1,9% (10.796 personas) se reconoció como negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana; adicionalmente, se registran presencias minoritarias de comunidades indígenas provenientes de distintos pueblos originarios, así como personas que se reconocen como raizales o rom (gitanos), cuya participación, aunque numéricamente reducida, enriquece la diversidad cultural del municipio y plantea el reto de fortalecer estrategias de inclusión, reconocimiento cultural y garantía de derechos étnicos en la gestión pública local.

Tabla 5. Población por pertenencia étnica. Bello, 2023.

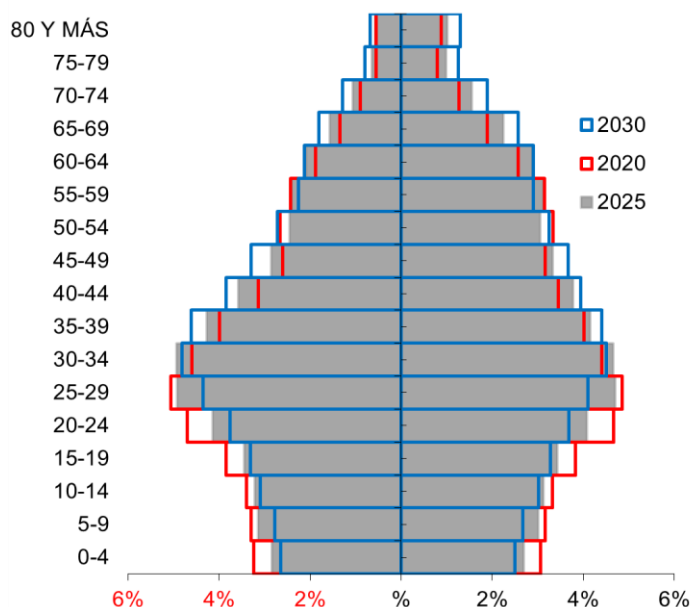
Autoreconocimiento étnico	Casos	%
Indígena	362	0,1%
Gitano(a) o Rrom	11	0,0%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	69	0,0%
Palenquero(a) de San Basilio	21	0,0%
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	10.796	1,9%
Ningún grupo étnico-racial	559.070	98,0%
Total	570.329	100%

Fuente: Encuesta de calidad de vida de Antioquia. 2023

1.2.1 Estructura demográfica

Pirámide poblacional

Figura 1. Pirámide Poblacional. Bello, 2020, 2025, 2030.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



La estructura demográfica de Bello para 2025 presenta una tendencia regresiva, con una base poblacional infantil más estrecha y un mayor peso relativo de los grupos en edades intermedias y adultas, reflejo de la reducción sostenida de la fecundidad, la mejora en las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud y protección social.

De acuerdo con las proyecciones del DANE, la población estimada es de 570.329 habitantes, de los cuales el 51,8% son mujeres (295.659) y el 48,2% hombres (274.670). Se observa una concentración significativa en el grupo de 25 a 34 años, que alcanza cerca del 20% de la población y constituye el núcleo predominante de la población económicamente activa del municipio.

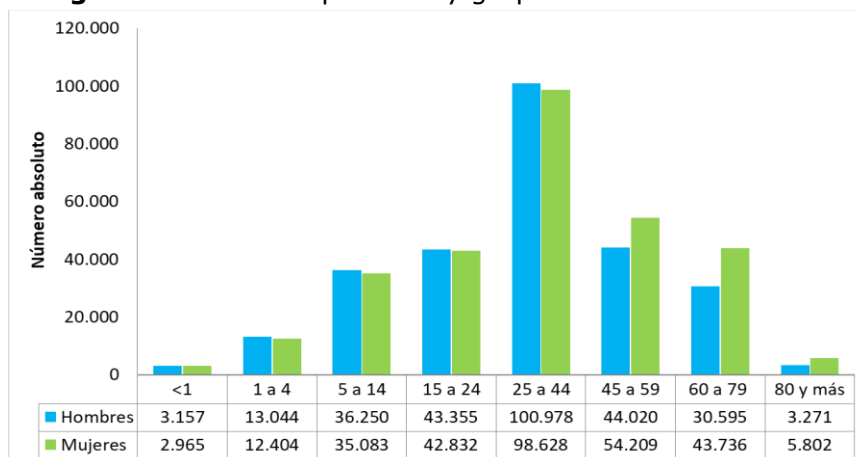
Paralelamente, disminuye la proporción de menores de 15 años y aumenta la de personas de 60 años y más, consolidando un proceso de envejecimiento demográfico que demanda el ajuste y fortalecimiento de políticas públicas en salud, empleo, seguridad social y atención integral a las personas mayores.

Tabla 6. Otros indicadores de estructura demográfica. Bello, 2025.

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2020, por cada 93 hombres había 100 mujeres; esta proporción se mantiene para el año 2025, lo que refleja una estructura poblacional estable en cuanto al equilibrio por sexo, con una ligera predominancia femenina.
Razón niños mujer	En 2020, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 22 niños y niñas de 0 a 4 años. Para 2025, esta razón disminuye a 20, lo cual indica una reducción en la fecundidad y en la proporción de población infantil respecto a las mujeres en edad reproductiva.
Índice de infancia	En el año 2020, de cada 100 habitantes, 19 correspondían a población menor de 15 años. Para 2025, este porcentaje desciende a 18, evidenciando un proceso de disminución del peso relativo de la población infantil en la estructura demográfica.
Índice de juventud	En 2020, el 27% de la población estaba conformado por jóvenes entre 15 y 29 años, mientras que para 2025 este grupo representa el 25% del total, mostrando una leve reducción asociada al envejecimiento progresivo de la población.
Índice de vejez	En 2020, de cada 100 personas, 8 tenían 65 años o más; para 2025, esta proporción aumenta a 10 personas, reflejando un crecimiento sostenido del grupo adulto mayor dentro de la población total.
Índice de envejecimiento	Por cada 100 personas menores de 15 años, existían 42 personas de 65 años o más en 2020; para 2025, esta relación aumenta a 53, lo que confirma una tendencia al envejecimiento poblacional y la necesidad de fortalecer las políticas de atención integral a la persona mayor.
Índice demográfico de dependencia	En 2020, por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) había 38 dependientes (menores de 15 años o mayores de 65). Para 2025, la relación se mantiene en 38, reflejando una estabilidad en la carga demográfica global, aunque con cambios internos entre los grupos dependientes.
Índice de dependencia infantil	En el año 2020, por cada 100 personas en edad productiva (entre 15 y 64 años), 27 eran menores de 15 años y, para el año 2025, esta relación disminuyó a 25 menores por cada 100 personas en edad activa, evidenciando una reducción en la dependencia infantil dentro de la población.
Índice de dependencia mayores	En 2020, por cada 100 personas en edad productiva había 11 adultos mayores de 65 años o más; en 2025, esta cifra asciende a 13, lo cual señala un incremento en la dependencia de la población mayor y mayores demandas en salud y seguridad social.
Índice de Friz	El índice de friz disminuye progresivamente de 92,4 en 2020 a 79,0 en 2025 y 70,4 en 2030, confirmando la tendencia hacia el envejecimiento de la población. Esta reducción refleja una menor proporción de jóvenes frente a los adultos, lo que implica desafíos en la sostenibilidad económica y en la planificación de políticas públicas orientadas tanto al envejecimiento activo como a la renovación generacional.

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

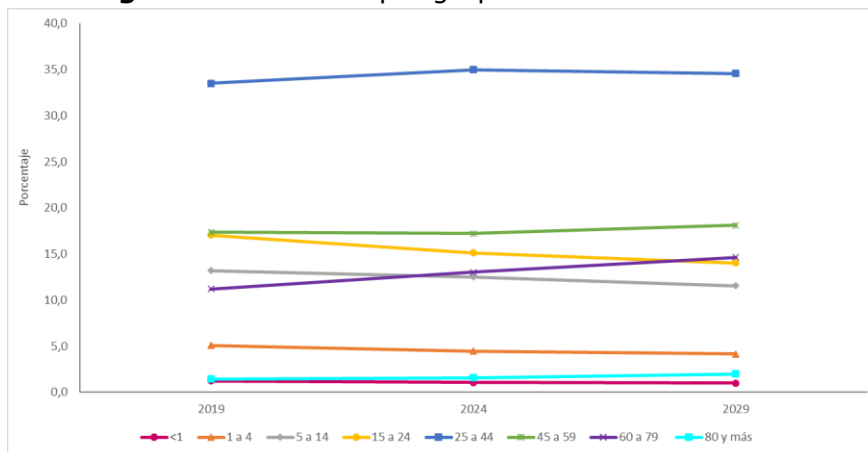
Figura 2. Población por sexo y grupo de edad. Bello 2025.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La distribución por sexo del municipio de Bello en el año 2025 es muy similar entre sí, con un total de 295.659 mujeres (51,8%) y 274.670 hombres (48,2%). Se observa una mayor proporción de hombres en los grupos etarios jóvenes, especialmente hasta el rango de 25 a 44 años, lo que puede asociarse con una mayor natalidad y supervivencia masculina en edades tempranas.

Figura 3. Tendencia por grupo de edad. Bello 2025.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

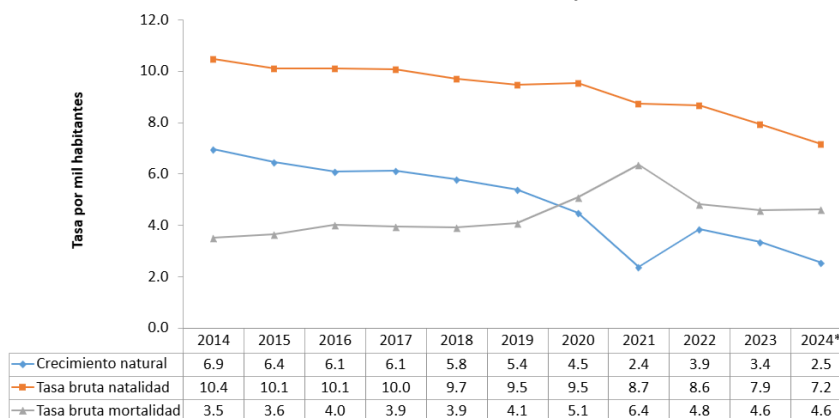
1.2.2 Dinámica demográfica

Entre los años 2014 y 2024*, la **tasa de crecimiento natural** ha mostrado una tendencia descendente, disminuyendo de 6,9 a 2,5 por cada mil habitantes. Esto indica que, aunque la población sigue aumentando de forma natural, el ritmo de crecimiento se reduce progresivamente. Si esta tendencia persiste, el municipio podría experimentar en el futuro un estancamiento o incluso un proceso de envejecimiento poblacional.

La **tasa bruta de mortalidad** viene presentando un ligero incremento registrando en el año 2014 una tasa de 3,5 muertes por cada mil habitantes y en el año 2024* registra una tasa de 4,6 muertes por cada mil habitantes.

La **tasa bruta de natalidad** ha tenido una tendencia claramente descendente, pasando de 10,4 nacimientos por cada mil habitantes en el año 2014 a 7,2 nacimientos por cada mil habitantes en el año 2024*.

Figura 4. Tasa de crecimiento natural, mortalidad y natalidad. Bello 2014-2024.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tasa específica de fecundidad de **10 a 14 años** se ha mantenido baja con valores entre 0,9 y 2,0 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. En el año 2024* este dato disminuye con respecto al año anterior registrando una tasa de 1,0 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. Dado el mayor riesgo biológico y perinatal de los embarazos a temprana edad, es prioritario en salud pública, sostener esta reducción o idealmente llevarla hasta cero.

Aunque las tasas de **15 a 19 años** son más altas que las registradas en el grupo de edad de 10–14 años, el comportamiento entre los años 2014 a 2024* muestran una tendencia sostenida a la baja, con valores que han oscilado entre 50,1 y 21,8 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, respectivamente. La tasa combinada de fecundidad específica de **10 a 19 años**, replica la tendencia descendente de los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años.

Tabla 7. Tasas específicas de fecundidad. Bello, 2005-2023.

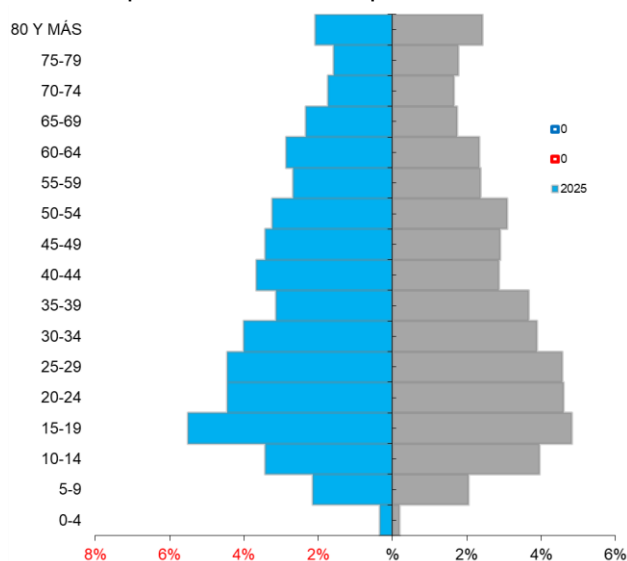
Tasa de fecundidad específica	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Tendencia
De 10 a 14	2,0	1,9	1,2	1,2	1,7	1,2	1,3	1,3	0,9	1,2	1,0	
De 15 a 19	50,1	43,3	40,7	38,8	38,5	34,3	30,3	30,7	28,4	25,4	21,8	
De 10 a 19	27,1	23,5	21,7	20,7	20,7	19,0	16,8	17,0	15,5	13,9	11,9	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.3 Movilidad forzada

En el año 2025, el municipio de Bello registra 66.549 víctimas de hechos relacionados con el conflicto armado (36.431 hombres y 30.118 mujeres). Se observa que los grupos de edad más afectados corresponden a las personas entre 20 y 44 años, concentrando la mayor proporción de víctimas tanto en hombres como en mujeres. En particular, los grupos 25 a 29 años y 30 a 34 años presentan los mayores valores (más de 3.500 personas por sexo). En los grupos menores de 5 años y de 5 a 14 años, también se reportan cifras relevantes, lo que evidencia el impacto del conflicto y la violencia en la población infantil y adolescente. A partir de los 60 años, el número de víctimas disminuye progresivamente, aunque se mantiene una afectación visible en personas mayores, principalmente hombres.

Figura 5. Pirámide población víctima por movilidad forzada. Bello 2025.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Según el Registro Único de Víctimas (RUV), el desplazamiento forzado constituye el principal hecho victimizante, evidenciando un patrón persistente de movilidad forzada interna en el municipio. Las mujeres concentran las mayores cifras en hechos relacionados con violencias basadas en género y sexuales, mientras que los hombres son más afectados por homicidios, secuestros y lesiones físicas. Estos patrones reflejan roles diferenciados de género en el conflicto y sus consecuencias sociales y psicológicas.

Tabla 8. Víctimas por hecho victimizante y sexo. Agosto 2025. Bello, Antioquia

Hecho	Sexo			
	Femenino	Masculino	No definido	NR - no reportado
Abandono o despojo forzado de tierras	173	143		
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	125	224		
Amenaza	2.941	2.505	3	6
Confinamiento	70	73		
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	219	20	1	
Desaparición forzada	950	605		1



Hecho	Sexo			
	Femenino	Masculino	No definido	NR - no reportado
Desplazamiento forzado	29.827	25.408	42	48
Homicidio	8.379	5.302	1	
Lesiones personales físicas	23	92		
Lesiones personales psicológicas	53	84		
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	3	56		
Pérdida de bienes muebles o inmuebles	157	157		
Secuestro	99	156	1	
Sin información	98	87		
Tortura	26	35		
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	12	38		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.4 Población LGBTIQ+

Según la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia 2023, en Bello el 91% de la población (432.179 personas) se identifica como heterosexual, mientras que el 5% no respondió y el 2% manifestó no saber su orientación. Las orientaciones gay, lesbiana y bisexual representan cada una cerca del 1%, y las identidades travesti, transexual, transformista e intersexual no superan el 0,1%. Aunque estas cifras reflejan predominio de la heterosexualidad, evidencian también la existencia de una diversidad sexual que requiere fortalecer la educación y la sensibilización social para promover el respeto a todas las orientaciones e identidades.

El análisis de la caracterización de la población LGBTIQ+ en Bello 2025 muestra que el 41,9% tiene entre 18 y 24 años y se concentra en comunas como Suárez, Niquía y Bellavista. Predominan personas que se identifican como gays o lesbianas, pero más de una cuarta parte no se reconoce con el sexo asignado al nacer, evidenciando la presencia de personas trans y no binarias. Aunque la mayoría accede a servicios de salud, persisten barreras en atención inclusiva y una alta demanda de apoyo psicológico (60%). En el ámbito laboral y educativo, se registran avances en formación media y técnica, pero también altos niveles de desempleo e informalidad. Solo el 16% no ha sufrido discriminación y menos del 8% ha denunciado agresiones.

La Mesa Ciudadana LGBTIQ+ y los colectivos locales han fortalecido la visibilidad del movimiento, especialmente tras el homicidio de la mujer trans "Sara Millerey" en 2025, hecho que impulsó acciones institucionales y sociales contra la violencia por prejuicio y a favor de la igualdad y la garantía de derechos.

Tabla 9. Población según orientación sexual. Bello, 2023.

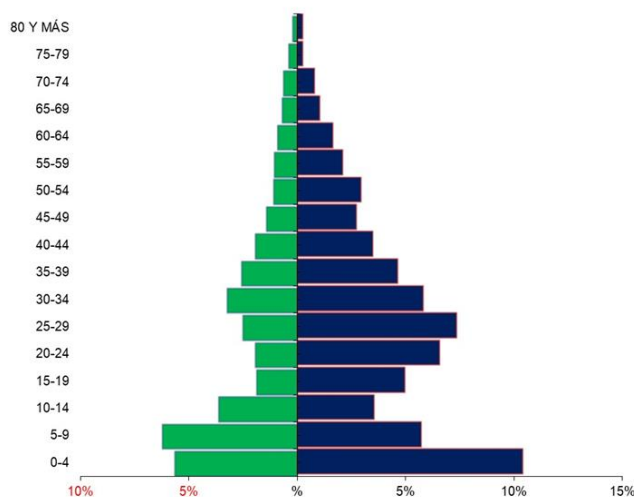
Orientación sexual	Nº	%
No sabe / No responde	31.557	7%
Heterosexual	432.179	91%
Gay	3.893	1%
Lesbiana	2.660	1%
Bisexual	4.977	1%
Travesti	48	0%
Transexual	70	0%
Transformista	0	0%
Intersexual	62	0%
Total	475.446	100%

Fuente: Encuesta de calidad de vida de Antioquia 2023

1.2.5 Dinámica migratoria

En 2025 se registraron 13.612 migrantes atendidos en los servicios de salud de Bello, con mayoría de mujeres (8.731) frente a hombres (4.881) y una alta proporción de niñas, niños y adolescentes. El 73% de las atenciones corresponde a personas provenientes de Venezuela, seguido de otros países de Suramérica. Predomina la afiliación al régimen subsidiado, aunque persisten casos sin aseguramiento o con pago particular. Los servicios más demandados son consulta externa, suministro de medicamentos y procedimientos, lo que evidencia una elevada necesidad de atención integral en salud y la situación de vulnerabilidad social y sanitaria de la población migrante, especialmente de las familias y la niñez.

Figura 6. Pirámide población migrante. Bello 2025.



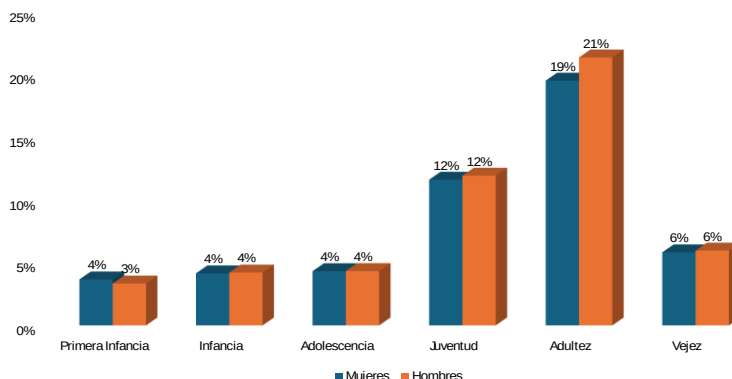
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.2.6 Población Campesina

La población rural del municipio de Bello representa cerca del 3% del total municipal y se concentra principalmente en el corregimiento de San Félix. Su economía se basa en actividades agropecuarias, como la agricultura de clima frío y la ganadería lechera, complementadas con servicios turísticos de naturaleza (ecoturismo y pesca recreativa), que influyen en los ingresos y en la demanda estacional de servicios públicos y sanitarios.

La caracterización de la población campesina se obtuvo a partir de la información del programa de aseguramiento de la Secretaría de Salud. Según el análisis por curso de vida, el 41% de las personas campesinas se encuentra en la adultez (29 a 59 años), seguido por la juventud (18 a 28 años) con un 23%. La infancia (6 a 11 años) representa el 8%, la primera infancia (0 a 5 años) el 7%, la adolescencia (12 a 17 años) el 9%, y la vejez (60 años y más) el 12%.

Figura 7. Pirámide población campesina. Bello 2024.



Fuente: Elaboración propia

1.3 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

El municipio de Bello cuenta con una red de servicios de salud conformada por prestadores públicos y privados que garantizan la atención integral en los diferentes niveles de complejidad. Estos servicios se encuentran habilitados conforme a la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 780 de 2016 y Resolución 3100 de 2019).

1.3.1 Servicios de salud habilitados

La ESE BelloSalud es la entidad de primer nivel que articula la red de atención primaria en el Municipio, cuenta con servicios habilitados en sus sedes urbanas Rosalpi, Zamora, Paris, Maruchenga, Fontidueño, Mirador, Playa Rica y en su sede rural ubicada en San Félix. Adicionalmente, el municipio cuenta con otras instituciones que complementan la red en atención, entre ellas se encuentran:

Tabla 10. Servicios de Salud y recursos institucionales habilitados. Bello, 2025.

Prestador / Institución	Naturaleza	Nivel de complejidad	Servicios habilitados principales	Cobertura / Observaciones
E.S.E. BelloSalud	Pública municipal	Baja y media complejidad	Consulta médica general y especializada, odontología, laboratorio clínico, urgencias básicas, vacunación, atención materno-infantil, salud mental, programas de promoción y prevención, transporte asistencial básico, atención domiciliar y extramural.	Principal prestador público del municipio. Cuenta con sedes urbanas y rurales. Lidera la red de atención primaria en salud (APS).
Hospital Marco Fidel Suárez	Pública departamental	Media y alta complejidad	Urgencias 24 horas, hospitalización (medicina interna, cirugía, pediatría), cirugía general y especializada, consulta externa, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, fisioterapia y rehabilitación, nutrición, anestesia y apoyo terapéutico.	Institución de referencia regional del norte del Valle de Aburrá. Atiende población de Bello y municipios vecinos.
Hospital Mental de Antioquia (HOMO)	Pública departamental	Alta complejidad	Atención integral en salud mental, hospitalización psiquiátrica, consulta especializada, urgencias psiquiátricas, terapia ocupacional, psicología clínica y rehabilitación psicosocial.	Referente departamental en salud mental. Atiende población de Bello y todo el Valle de Aburrá. Desarrolla programas de salud mental comunitaria.
Fundación Clínica del Norte	Privada	Media y alta complejidad	Urgencias, hospitalización, cirugía general y especializada, unidad de cuidados intensivos, ginecología, pediatría, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y servicios ambulatorios.	Prestador privado de alta capacidad resolutoria, con infraestructura moderna. Atiende población de EPS contributivas y subsidiadas.



Prestador / Institución	Naturaleza	Nivel de complejidad	Servicios habilitados principales	Cobertura / Observaciones
Clínica Antioquia	Privada	Media y alta complejidad	Urgencias, hospitalización, cirugía, medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, anestesiología y atención ambulatoria.	Reconocida por su atención integral en el área norte del Valle de Aburrá. Apoya la red de referencia del municipio.
EMSA – Empresa de Servicios Médicos S.A.	Privada	Baja y media complejidad	Consulta médica general y especializada, salud ocupacional, laboratorio clínico, medicina laboral, optometría, psicología, fisioterapia y promoción de la salud.	Prestador privado con énfasis en servicios ambulatorios y de salud laboral. Contribuye a la red complementaria de servicios.

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se relacionan los prestadores de servicios de salud que registran las capacidades y servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Tabla 11. Servicios de Salud y recursos institucionales habilitados. Bello, 2025.

Grupo Servicio	Indicador	2023	2024	Var
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	5	4	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	4	4	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	4	4	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	0	0	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	14	12	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	13	15	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	7	9	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cérvico-uterinas	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	11	10	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia			-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	14	14	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	22	18	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	18	16	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	1		↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	1		↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	1		↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	4	4	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	5	5	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cérvico-uterinas	12	11	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	37	34	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	27	25	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	5	4	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	14	14	-
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	10	9	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	4	4	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	3	2	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	15	14	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	2	3	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	12	12	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	19	19	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica			-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	6	6	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	6	6	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	1	2	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	12	10	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	10	10	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	3	4	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	1	2	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	26	26	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	24	22	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	4	4	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	6	5	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	3	2	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	3	4	↗



Grupo Servicio	Indicador	2023	2024	Var
GRUPO 1	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	2	1	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	19	19	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	5	4	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	3	4	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	3	5	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	6	7	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	35	33	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	15	14	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	2		✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	1		✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	1		✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	2		✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	3	4	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	5	4	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	5	5	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropsiquiatría	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	26	26	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	40	37	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	22	21	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	8	9	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica			-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	22	22	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	27	25	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	12	11	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	9	9	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	11	11	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	14	13	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	24	23	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	29	27	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	6	5	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	24	23	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	9	9	-
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	6	6	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	5	5	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	4	4	-
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal			-
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	3	2	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente agudo	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico con ventilador	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliar de paciente crónico sin ventilador	2	2	-
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	28	23	✓
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	13	13	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	15	14	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	16	15	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	15	14	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	15	14	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	16	15	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	16	15	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	16	15	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	8	8	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	7	7	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	3	2	✓
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto			-



Grupo Servicio	Indicador	2023	2024	Var
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	17	16	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud oral	24	22	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	13	12	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	11	11	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	2	1	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	1		↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	1	1	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal		1	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	7	6	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	4	5	↗
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	5	5	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	2	2	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	3	3	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	6	5	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	6	5	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	7	7	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	4	4	-
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	6	5	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología	5	4	↘
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	1	1	-
TTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	3	3	-
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	8	8	-

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el 56% de las instituciones de Bello mantienen estabilidad en la habilitación de sus servicios, el 35% presenta disminución y el 9% incremento.

Aunque la capacidad intrahospitalaria crítica no varía significativamente, se observa reducción en servicios de apoyo diagnóstico, consulta externa y promoción y prevención —particularmente en laboratorio clínico, odontología, enfermería y medicina general—, mientras aumentan especialidades como fisioterapia, endocrinología, gastroenterología y cuidados paliativos, lo que refleja diversificación, pero también riesgo de saturación y demoras asistenciales.

1.3.2 Otros indicadores del sistema sanitario

En los indicadores sanitarios, el municipio muestra buenas condiciones de acceso, con barreras menores al promedio departamental (1,8% en primera infancia y 2,8% en salud general) y una cobertura de afiliación del 88,8%.

Las coberturas de vacunación superan el 90% en la mayoría de biológicos, excepto la BCG, que presenta un valor crítico de 19,1%, explicado por el registro de nacimientos y vacunaciones en municipios vecinos donde ocurren los partos, especialmente Medellín (146,6%) y Envigado (286,3%). Aun así, las coberturas de parto institucional y atención calificada alcanzan el 99,7%, y el 93,8% de los nacidos vivos recibe cuatro o más controles prenatales, lo que evidencia un buen desempeño general del sistema de salud local.

Tabla 12. Otros indicadores de sistema sanitario. Bello, 2006-2024.

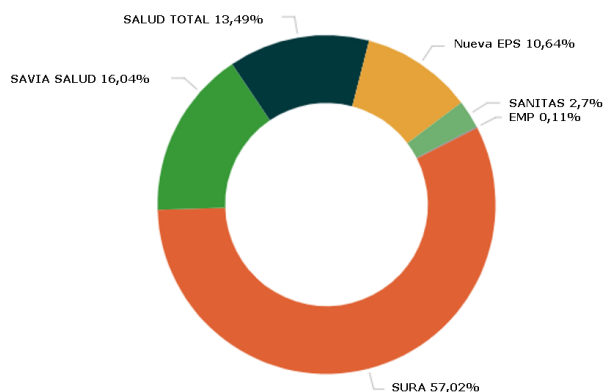
Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Bello	Comportamiento																			
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE) 2019	7,3	1,8																				
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP - DANE) 2019	2,6	2,8																				
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS) 2024	103,4	88,8																				
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (M SPS) 2024	88,6	19,1																				
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (M SPS) 2024	89,0	92,5																				
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (Información departamento-Preliminar) 2024	88,8	92,9																				
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (M SPS) 2024	91,7	95,7																				
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) 2024	92,9	93,8																				
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE) 2024	99,4	99,7																				
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE) 2024	99,4	99,7																				

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

1.3.3 Caracterización de las EAPB

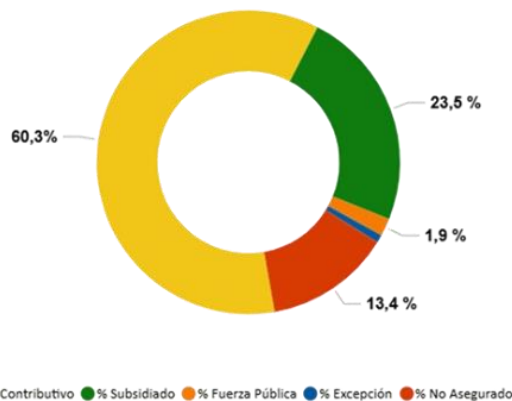
El sistema de aseguramiento en salud de Bello presenta una alta concentración: ocho EAPB operan en el municipio, pero Sura EPS (57,02%), Savia Salud (16,04%), Salud Total (13,49%) y Nueva EPS (10,64%) reúnen más del 97% de la población afiliada, generando dependencia de un reducido grupo de aseguradoras, con ventajas para la articulación institucional pero riesgos frente a competencia y capacidad de respuesta. A junio de 2025, la cobertura alcanza el 86,31% (492.258 personas), por debajo del promedio departamental, probablemente por subregistros asociados a afiliaciones en otros municipios del Área Metropolitana.

Figura 8. Afiliación al SGSSS según EAPB. Bello, junio 2025.



Fuente: <https://dssa.gov.co/OSSSA/Aseguramiento%20General.html>

Figura 9. Afiliación al SGSSS según régimen. Bello, junio 2025



Fuente: <https://dssa.gov.co/OSSSA/Aseguramiento%20General.html>



El 60,2% de los afiliados pertenece al régimen contributivo, el 23,47% al subsidiado y el 2,64% al de excepción. Se identifican 3.729 personas del grupo D del Sisbén IV sin afiliación, que deberían vincularse mediante el mecanismo de contribución solidaria. La población migrante venezolana (24.764 personas) presenta 100% de afiliación, principalmente al subsidiado y con alta regularización documental. El panorama evidencia buena articulación, pero demanda fortalecer la actualización de bases de datos y las estrategias de afiliación de población no cubierta.

1.4 Gobierno y gobernanza en el sector salud

1.4.1 Políticas Públicas Municipales

Las Políticas Públicas Municipales son instrumentos fundamentales para la gestión del desarrollo local, ya que permiten orientar las decisiones, programas y recursos del gobierno municipal hacia la solución de las necesidades y prioridades de la población.

Tabla 13. Políticas Públicas municipales. Bello, 2025.

Política Pública	Acto Administrativo
Política Pública de envejecimiento y vejez del Municipio de Bello	Acuerdo Municipal N° 001 de 2014
Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio de Bello	Acuerdo Municipal N° 029 de 2011
Política Pública Saludable MIS - Maternidad e Infancia Segura del Municipio de Bello.	Acuerdo Municipal # 07 de 2014
Política Pública de Discapacidad para el Municipio de Bello 2009-2019	Acuerdo Municipal N° 014 de 2009
Política Pública para la protección integral de la niñez y la adolescencia del Municipio de Bello, en desarrollo de los artículos 204, 205 y 207 de la ley 1098 de 2006, código de la Infancia y la Adolescencia	Acuerdo Municipal N° 046 de 2008
Política Pública de adolescencia y juventud para el Municipio de Bello 2004-2014. Prorrogada en vigencia.	Acuerdo Municipal N° 014 de 2004
	Acuerdo Municipal N° 020 de 2014
Política Pública de Salud Mental y Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Ruta Futuro Pilar 1 del Municipio de Bello, para el periodo 2023-2032.	Acuerdo Municipal N° 06 de 2023

Fuente: Elaboración propia

1.4.2 Agenda Antioquia 2040

La Agenda Antioquia 2040 es un proceso de diálogo amplio e incluyente que busca construir una visión compartida de largo plazo para el territorio, integrando el pensamiento estratégico en la planificación pública.

En este marco, Bello participa activamente y se reconoce desde su cultura y su gente, destacando la percepción ciudadana como insumo central: el 37,7% de la población expresa sentimientos positivos frente al municipio y solo el 5,7% manifiesta percepciones negativas, vinculadas a emociones como confianza, alegría, anticipación, pero también tristeza, miedo o enfado. A partir de los espacios participativos, se identifican como principales prioridades colectivas el Desarrollo Económico (27,5%), la Garantía de Derechos y la Participación (16,1%) y la Educación (14,2%), que orientan la ruta estratégica de Bello hacia 204

1.5 Reconocimiento del territorio desde la Cartografía social

El ejercicio de cartografía social en Bello, desarrollado en el marco del ASIS municipal, permitió una lectura colectiva del territorio integrando saberes comunitarios, técnicos e institucionales para identificar determinantes sociales de la salud. Se evidenciaron desigualdades en empleo, emprendimiento y acceso a recursos; riesgos ambientales asociados a disposición inadecuada de residuos, contaminación y dificultades en el acceso a agua segura; prácticas culturales de cuidado, redes solidarias e identidad comunitaria que fortalecen la convivencia; y retos en gobernanza local, participación ciudadana y articulación intersectorial. Este proceso visibilizó inequidades y potencialidades del municipio y generó insumos estratégicos para orientar políticas públicas, priorizar intervenciones y avanzar hacia una gestión en salud más equitativa, participativa y sostenible.

Ilustración 4. Cartografía Social. Bello, 2025.



Fuente: Elaboración propia

1.6 Conclusiones del capítulo

El Capítulo I del ASIS de Bello 2025 evidencia un territorio con marcada diversidad geográfica, alta concentración urbana y un contexto demográfico en transición hacia el envejecimiento. Su configuración física —desde el Cerro Quitasol hasta el Valle de Aburrá— determina las dinámicas ambientales, de riesgo y de ocupación del suelo, mientras que la hidrografía y la estructura vial consolidan su rol estratégico en el Área Metropolitana. En lo poblacional, Bello cuenta con más de 570 mil habitantes, predominio femenino y una densidad urbana elevada, con retos derivados de la desigual distribución territorial. La caracterización social revela un municipio diverso étnica, sexual y culturalmente, con avances en inclusión, pero persistentes brechas en equidad, acceso a servicios y participación ciudadana. En salud, se observa un sistema sólido, aunque concentrado en pocas EPS, con buena cobertura y desempeño asistencial, pero con desafíos en actualización de datos y atención oportuna. Finalmente, la cartografía social y la Agenda Antioquia 2040 fortalecen la visión participativa del territorio, orientando políticas hacia un desarrollo sostenible, inclusivo y equitativo.

2. CAPITULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES.

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo del territorio

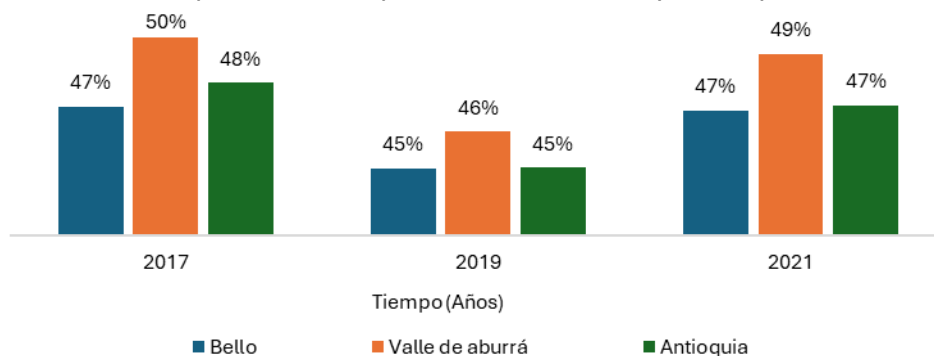
El municipio de Bello es la puerta norte del Área Metropolitana donde confluye el transporte de carga y de pasajeros de la zona norte de Antioquia y Colombia, por lo cual, esto se presenta como una gran oportunidad, ya que la economía del municipio se comienza a dinamizar de gran manera aprovechando el ser un punto estratégico.

Las principales actividades económicas se relacionan con textiles, concentrados, comercio organizado, comercio informal y explotación de areneras y canteras, en el área urbana. El área rural se dedica a la agricultura, el ecoturismo y ganadería en menor escala. Tanto la industria como el comercio han sido actividades económicas representativas en el municipio por su trayectoria y participación en el crecimiento económico.

2.1.1 Ocupación y empleo

Entre 2017 y 2021, la tasa de ocupación en Bello se ha mantenido relativamente estable, con una ligera reducción en 2019 (45%) y una recuperación parcial en 2021 (47%). Este comportamiento es similar al observado en el Valle de Aburrá y en Antioquia, lo que sugiere una dinámica laboral influenciada por factores macroeconómicos y por los efectos del ciclo postpandemia.

Figura 10. Tasa de ocupación municipal, Valle de Aburrá y Antioquia. 2017, 2019, 2021



Fuente: ECV 2017-2021 de Antioquia.

Al desagregar por sexo, se evidencia una brecha de género persistente en el mercado laboral: mientras la tasa de ocupación masculina supera el 56% en 2021, la femenina apenas alcanza el 38%. Aunque esta diferencia también se presenta a nivel del valle de aburra y el departamento, Bello mantiene una brecha menor frente al promedio de Antioquia, lo que refleja avances parciales en la participación de las mujeres en el empleo formal.

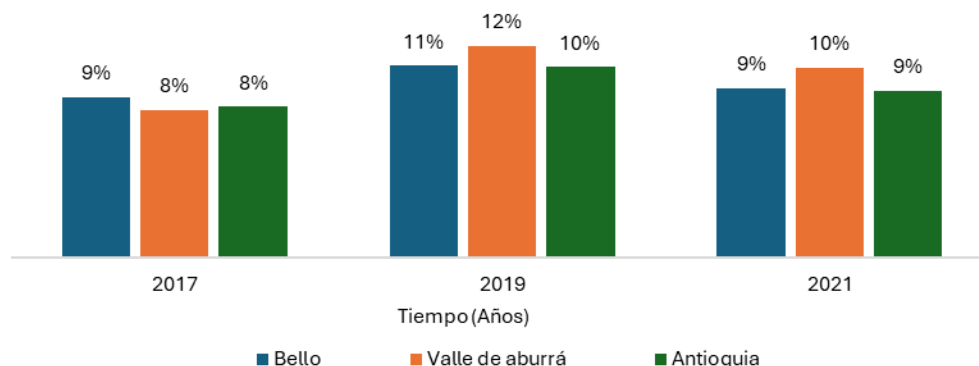
Tabla 14. Comportamiento del empleo municipal, valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021

Territorio	Tasa de ocupación de los hombres			Tasa de ocupación de las mujeres		
	2017	2019	2021	2017	2019	2021
Bello	58%	53%	56%	37%	37%	38%
Valle de aburra	61%	56%	60%	40%	38%	39%
Antioquia	61%	57%	60%	35%	33%	35%

Fuente: ECV 2017-2021 de Antioquia.

En cuanto al desempleo, las tasas totales en Bello fluctúan entre el 8% y el 10%, con una tendencia a la disminución en 2021. Sin embargo, la tasa de desempleo de las mujeres (10,6%) sigue siendo superior a la de los hombres (8,2%), lo que confirma una mayor vulnerabilidad laboral femenina.

Figura 11. Tasa de desempleo municipal, Valle de Aburrá y Antioquia. 2017, 2019, 2021



Fuente: ECV 2017-2021 de Antioquia.

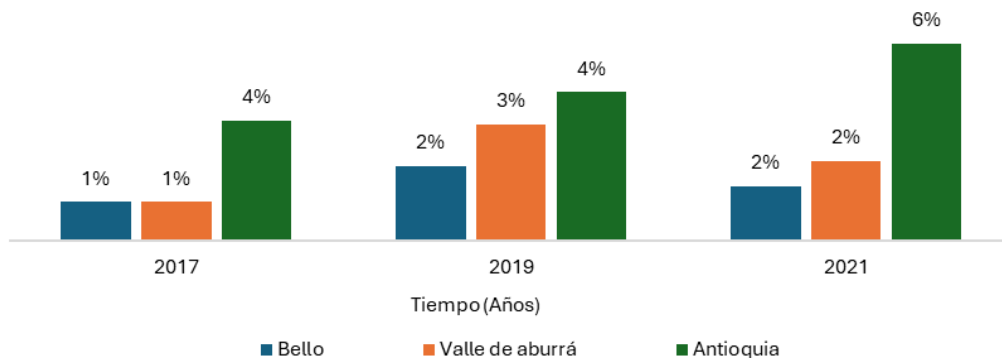
Tabla 15. Comportamiento del desempleo municipal, valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021

Territorio	Tasa de desempleo de los hombres			Tasa de desempleo de las mujeres		
	2017	2019	2021	2017	2019	2021
Bello	8%	9%	8%	10%	12%	11%
Valle de aburra	8%	10%	8%	9%	14%	12%
Antioquia	8%	8%	7%	11%	13%	12%

Fuente: ECV 2017-2021 de Antioquia.

Por otro lado, la tasa de trabajo infantil en Bello es baja (1,6% en 2021) y muy inferior a la registrada en Antioquia (5,8%), lo que sugiere una posible mejor capacidad de retención escolar y control institucional frente al trabajo de menores.

Figura 12. Tasa de trabajo infantil municipal, Valle de aburra y departamental. 2017, 2019, 2021



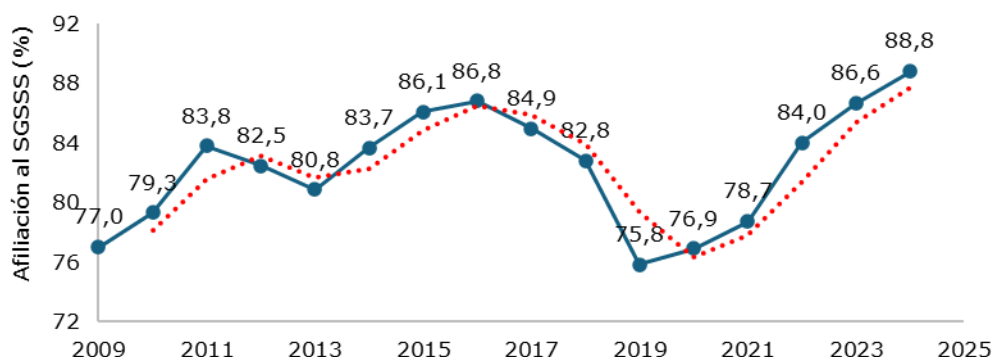
Fuente: ECV 2017-2021 de Antioquia.

En conjunto, los indicadores muestran que el municipio de Bello presenta un mercado laboral con niveles de ocupación similares al promedio departamental, pero con brechas de género y desafíos en la calidad del empleo, especialmente en la generación de oportunidades sostenibles para mujeres y jóvenes.

2.1.2 Cobertura en seguridad social y riesgos laborales

El porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Bello mostró una tendencia variable entre 2009 y 2024, con un crecimiento sostenido hasta 2016, una leve disminución entre 2017 y 2019 y una recuperación marcada a partir de 2020. El modelo ARIMA (2,0,1) evidencia una tendencia ascendente, proyectando niveles superiores al 80% en el corto plazo (años 2026 -2028).

Figura 13. Tendencia de afiliación al SGSSS. Bello, 2009–2024



Fuente: Elaboración propia. DANE-SISPRO-MSPS

Este resultado sugiere que, pese a las fluctuaciones interanuales —probablemente relacionadas con actualizaciones en bases de datos, movilidad laboral y efectos del periodo pandémico—, el sistema sanitario local ha logrado recuperar la cobertura y avanzar hacia la universalización del aseguramiento en salud.

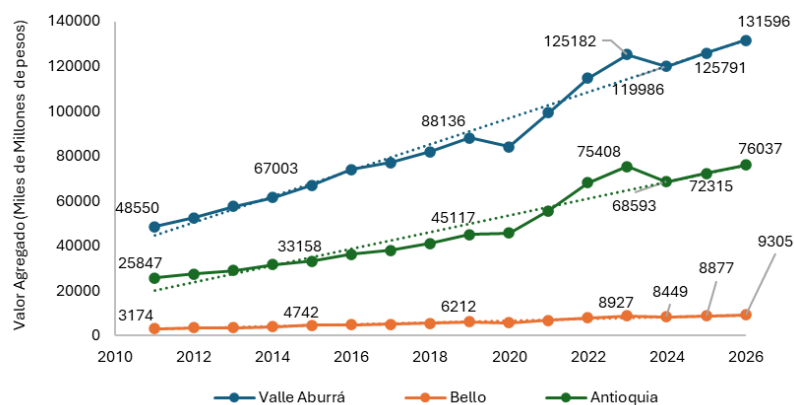
La recuperación posterior a 2020 coincide con los esfuerzos nacionales por ampliar la cobertura y depurar los registros administrativos (Resolución 2292 de 2021, MSPS), lo que ha permitido un acceso más equitativo al sistema. En términos de los determinantes sociales de la salud, estos resultados evidencian una mejora progresiva en el acceso y la equidad del sistema sanitario municipal.

2.1.3 Estructura productiva y PIB municipal

El análisis de la estructura productiva de Bello, basado en la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) sobre el Valor Agregado Municipal (2011–2023, base 2015, a precios corrientes), permite comprender la dinámica económica local y su relación con los determinantes sociales de la salud. Este indicador refleja la riqueza generada por los sectores primario (agropecuario y extractivo), secundario (industrial y de construcción) y terciario (servicios y comercio), y constituye una aproximación al Producto Interno Bruto (PIB) municipal y regional.

Durante los años 2011 a 2023, Bello registró un crecimiento sostenido y significativo del valor agregado, pasando de 3.174 a 8.927 miles de millones de pesos, lo que representa un incremento cercano al triple de su tamaño económico en poco más de una década. Este comportamiento evidencia la consolidación de una dinámica productiva estable, similar a la observada en el Valle de Aburrá y en el departamento de Antioquia.

Figura 14. Evolución del valor agregado 2011–2021. Bello, Valle de Aburrá y Antioquia 2025

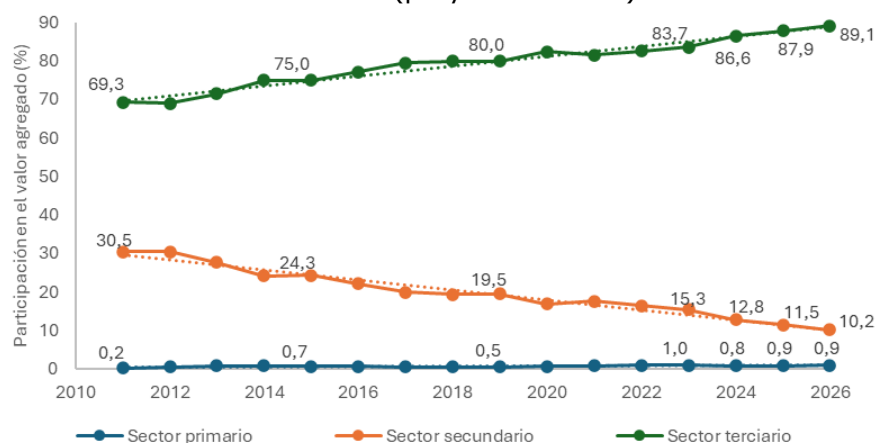


Fuente: Elaboración propia. DANE-SISPRO-MSPS

Las proyecciones hasta 2026 confirman una tendencia ascendente y sostenida en la generación de valor agregado en los tres niveles territoriales. Se estima que el municipio de Bello alcanzará los 9.305 miles de millones de pesos, mientras que el Valle de Aburrá y el departamento de Antioquia superarían los 125.791 y 76.037 miles de millones de pesos, respectivamente.

El municipio de Bello consolidó una estructura económica predominantemente terciaria, con una participación creciente de este sector, que pasó del 69,3% en 2011 al 83,7% en 2023. En contraste, el sector secundario redujo su participación del 30,5% al 15,3%, mientras que el sector primario se mantuvo marginal, alrededor del 0,8% del valor agregado municipal. Según la tendencia lineal estimada ("valores resaltados en color son estimaciones del 2024 a 2026")

Figura 15. Evolución y proyección lineal de la participación sectorial en el valor agregado. Bello, 2011-2023 (proyección 2026).



Fuente: Elaboración propia. DANE-SISPRO-MSPS

Las proyecciones lineales al 2026 confirman la continuidad de una reactivación económica estable impulsada por el sector terciario, dinámica que se alinea con el comportamiento estructural de América Latina, donde, desde los años noventa, más del 80% de los nuevos empleos se han generado en el sector terciario, especialmente en comercio y servicios personales (Weller, 2004). Este proceso, asociado a la urbanización y a la diversificación de la economía regional, refleja la capacidad de los territorios para adaptarse a las transformaciones del mercado laboral y a la expansión de actividades basadas en conocimiento y servicios (OCDE, 2019).

En Colombia y en el Valle de Aburrá, esta transición hacia economías más orientadas a los servicios ha contribuido al crecimiento sostenido del valor agregado y a la dinamización del empleo, aunque persisten desafíos en términos de productividad, estabilidad laboral y

formalización (Crespi, Rasteletti & Vargas, 2014; OIT, 2021). En este sentido, el reto para Bello consiste en fortalecer la calidad del empleo y la diversificación productiva, de manera que el desarrollo económico se traduzca en mejoras sostenibles en salud, equidad y bienestar, en coherencia con los determinantes sociales de la salud.

2.2 Condiciones de vida del territorio

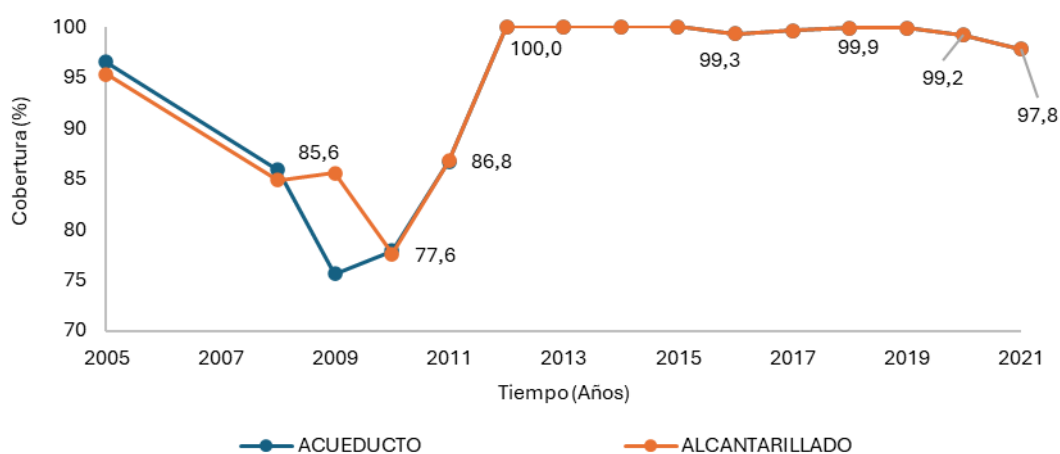
Este apartado aborda los determinantes materiales de la calidad de vida: vivienda, servicios públicos, infraestructura, entorno ambiental y espacios de bienestar.

2.2.1 Cobertura de acueducto y alcantarillado

Con el propósito de analizar el comportamiento de los servicios básicos domiciliarios relacionados con el saneamiento ambiental, se evaluó la cobertura total de acueducto y alcantarillado en el municipio de Bello entre 2005 y 2021. Estos servicios, fundamentales para la protección de la salud y la prevención de enfermedades de origen hídrico, muestran una tendencia estable y cercana a la universalización.

Las variaciones observadas entre 2005 y 2010 obedecen principalmente a diferencias metodológicas entre las estimaciones del Censo DANE y los registros del Sistema Único de Información (SUI) de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, adoptado desde 2011. A partir de ese año, ambas coberturas se mantienen superiores al 97%, reflejando la consolidación de la infraestructura urbana y la continuidad en la prestación del servicio en el territorio municipal.

Figura 16. Cobertura total de acueducto y alcantarillado (%), municipio de Bello, 2005 – 2021



Fuente: Fuente: Elaboración propia. DANE-SISPRO-MSPS

La tendencia histórica evidencia la consolidación del acceso al acueducto y alcantarillado en Bello. Sin embargo, al analizar la desagregación urbano-rural en el año 2022, se observa que mientras la cabecera municipal alcanza una cobertura del 99,6%, el resto del territorio (zona rural dispersa) presenta solo 65,9%, lo que revela una posible brecha territorial en el acceso al servicio.

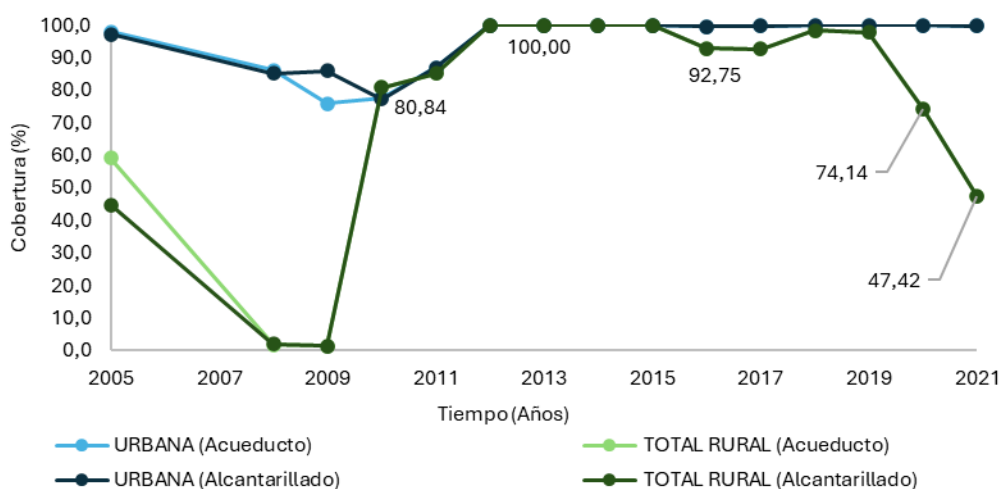
Tabla 16. Condiciones de vida. Bello, 2023.

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad 2023 (índice de cobertura de energía eléctrica ICEE Unidad de Planeación Minero Energética - UPME 2025)	100,0	100,0
Cobertura de acueducto (DNP - TerriData) 2022	99,6	65,9
Cobertura de alcantarillado (DNP - TerriData) 2022	99,6	65,9

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Con el fin de identificar estas brechas territoriales en el acceso al servicio de acueducto, se analizó la cobertura desagregada por zona urbana y rural en el municipio de Bello entre 2005 y 2021. Esta información, proveniente de los registros del DANE y del Sistema Único de Información (SUI), permite evidenciar diferencias persistentes en la prestación del servicio según el contexto geográfico.

Figura 17.. Cobertura de acueducto y alcantarillado (%) según área urbana y rural. Municipio de Bello, 2005-2021.



Fuente: Elaboración propia. DANE-SISPRO-MSPS-SIU

Entre 2020 y 2021 se observa una reducción temporal en la cobertura rural, la cual no representa una pérdida real del servicio sino un efecto asociado al contexto de la pandemia



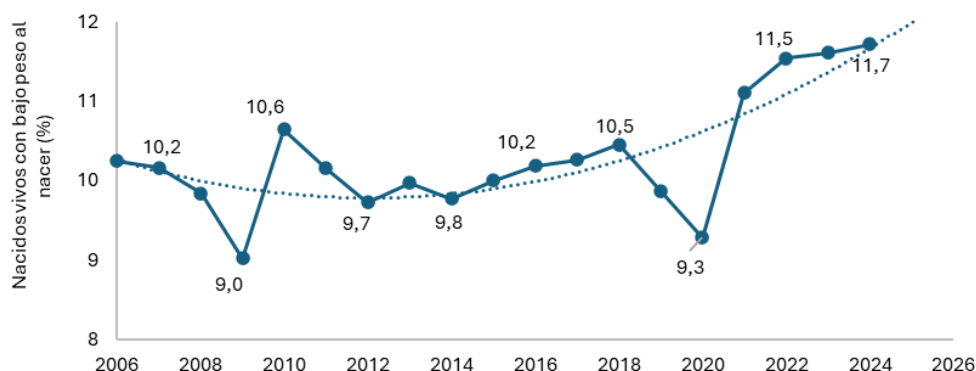
por COVID-19 y a los ajustes administrativos en el reporte de información del Sistema Único de Información (SUI). Durante este periodo, varios municipios del Valle de Aburrá registraron rezagos en la actualización de sus datos, especialmente en áreas rurales con menor densidad poblacional.

En 2022, según los registros del DNP-TerriData que se observan en la tabla anterior, la cobertura rural retoma niveles cercanos al 66%, confirmando la normalización del sistema de reporte y la estabilidad general del servicio.

2.2.2 Seguridad alimentaria – Bajo peso al nacer

Entre 2009 y 2018, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Bello mostró una tendencia creciente fluctuante, con valores entre 9,0% y 10,5%.

Figura 18. Tendencia del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Bello, 2006–2024



Fuente: Elaboración propia. DANE-SISPRO-MSPS

A partir de 2020 se evidencia un incremento sostenido, alcanzando 11,7% en 2024 cifra ligeramente superior al promedio departamental 11,3%, lo que indica un aumento gradual del riesgo asociado a condiciones maternas, nutricionales y de atención prenatal.

Tabla 17. Seguridad Alimentaria. Bello, 2006 – 2024*

Determinantes intermediarios de la salud	Antioquia	Bello	Comportamiento															
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE) 2024*	11,3	11,7	-	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗

Fuente: Elaboración propia usando DANE-SISPRO-MSPS

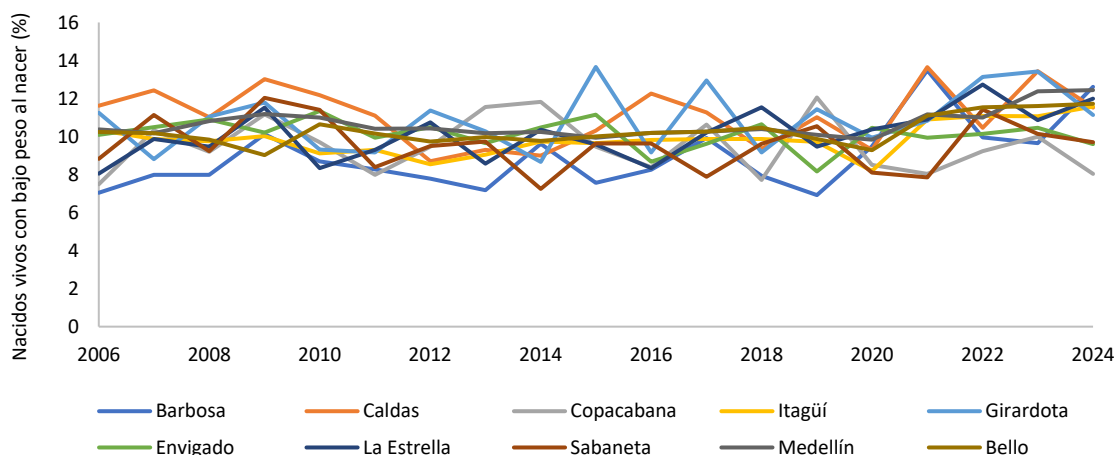
La estimación del modelo ajustado proyecta que, de mantenerse esta tendencia, el indicador podría acercarse al 12.3% en 2026, superando los promedios históricos y sugiriendo la necesidad de fortalecer la vigilancia nutricional y el control prenatal.

Diversos estudios en Colombia han evidenciado que el bajo peso al nacer (BPN) está estrechamente asociado con los determinantes sociales de la salud, particularmente con la educación materna, la nutrición y la oportunidad del control prenatal. Según Mestre (2023), las madres con menor nivel educativo y menor acceso a servicios de salud presentan una mayor probabilidad de tener hijos con BPN, lo que refleja inequidades estructurales en la atención perinatal. De manera complementaria, Santa (2022) identifica que la prematuridad y el bajo peso al nacer se relacionan con condiciones de vulnerabilidad social y deficiencias en el seguimiento prenatal.

Estas evidencias refuerzan la importancia de fortalecer las acciones intersectoriales en nutrición materna, salud prenatal, educación y equidad territorial, promoviendo entornos saludables para la primera infancia y reduciendo riesgos de desarrollo o discapacidad.

En la figura siguiente se presenta la tendencia del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en los diez municipios del Valle de Aburrá (2006–2024). Se observa una relativa estabilidad en la mayoría de los municipios, con valores que oscilan entre el 8% y el 12%. Este patrón sugiere que los determinantes asociados al bajo peso al nacer en Bello responden a factores estructurales comunes del entorno urbano regional, tales como la densidad poblacional, las condiciones laborales maternas y el acceso diferencial a servicios de salud prenatal.

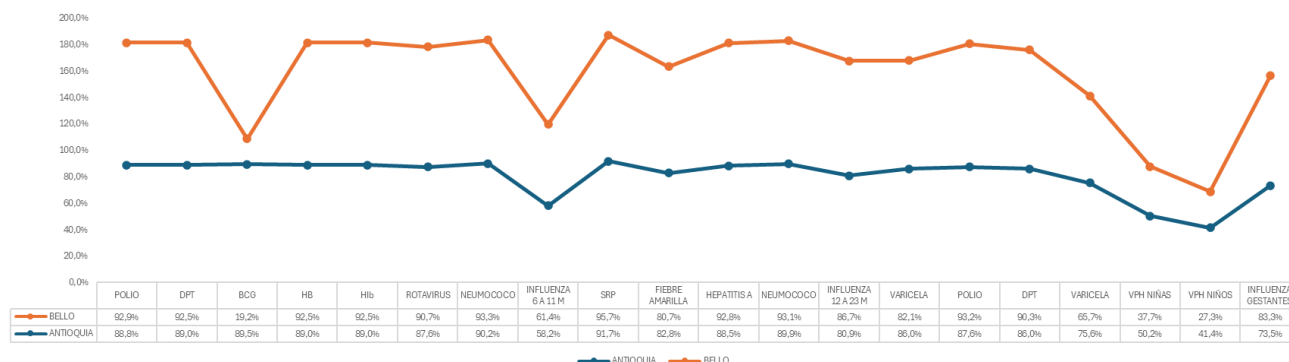
Figura 19. Tendencia del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Valle de aburra, 2006–2024



Fuente: Elaboración propia usando DANE-SISPRO-MSPS

2.2.3 Cobertura de la vacunación PAI

Figura 20. Cobertura de Vacunación PAI. Bello 2025



Fuente: <https://dssa.gov.co/coberturas-de-vacunacion/>

Bello mantiene coberturas altas y consistentes en la mayoría de vacunas del esquema regular, superando ampliamente los promedios departamentales en casi todos los biológicos, salvo en BCG (19,2%), donde se observa un valor crítico y atípico frente al 89,5% de Antioquia, debido al subregistro asociado a partos atendidos en otros municipios.

Para el año 2025 Bello tiene coberturas superiores al 90% en polio, DPT, hepatitis B, Hib, rotavirus, neumococo, SRP, hepatitis A y polio de refuerzo, lo que indica buen desempeño del programa ampliado de inmunizaciones.

Registra resultados destacables en influenza gestantes (83,3%), por encima del promedio departamental (73,5%), reflejando una adecuada articulación en la atención prenatal, pero tiene cobertura baja en VPH niñas (37,7%) y VPH niños (27,3%), lo que evidencia resistencia social y debilidad en la promoción. La vacuna con varicela presenta reducción y obtiene para el año 2025 una cobertura de 65,7%, ubicándose por debajo del estándar deseable ($\geq 80\%$). Marcada caída en BCG (19,2%), atribuible posiblemente al registro de la vacunación fuera del municipio.

En general el Municipio de Bello muestra un sistema de vacunación sólido, con cobertura superior al promedio departamental en la mayoría de biológicos. Sin embargo, requiere estrategias de corrección de subregistro en BCG, refuerzo comunicativo para la vacuna del VPH y acciones para recuperar coberturas en varicela, garantizando la sostenibilidad del logro inmunitario municipal.

2.2.4 Cobertura educativa

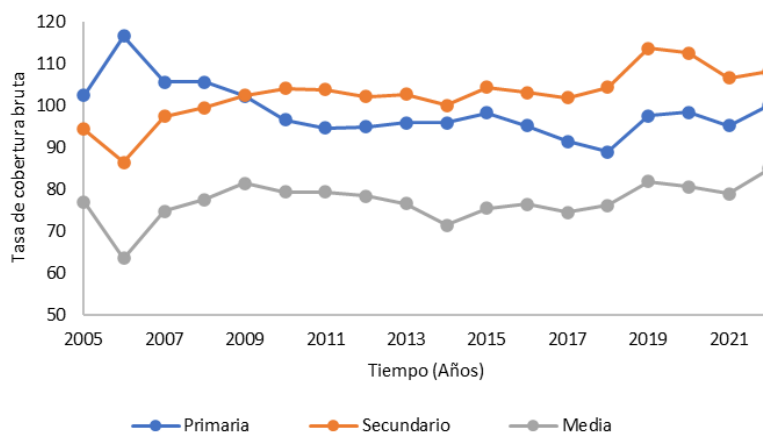
La evolución de la tasa de cobertura bruta en los niveles de educación primaria, secundaria y media en el municipio de Bello, entre los años 2005 y 2022, evidencia comportamientos diferenciados que reflejan avances en el acceso, pero también desafíos en la permanencia y continuidad educativa. En la educación primaria, la cobertura se ha mantenido históricamente por encima del 100%, con leves fluctuaciones entre 2005 y 2022. Este indicador sugiere una adecuada capacidad del sistema para absorber la población en edad escolar, aunque la ligera tendencia a la disminución en los últimos años podría estar asociada a la reducción de la natalidad y a la estabilización demográfica del municipio, coherente con la transición poblacional observada en Bello.

En el caso de la educación secundaria, se observa una cobertura sostenida superior al 100%, lo que refleja la consolidación de la oferta educativa para adolescentes y jóvenes. Sin embargo, a partir de 2017 se evidencia una estabilización de la tendencia, lo que podría vincularse a limitaciones en la permanencia y al incremento de la deserción en los grupos etarios que inician su vinculación temprana al mercado laboral o enfrentan dificultades socioeconómicas.

Por su parte, la educación media presenta las coberturas más bajas del sistema, con valores entre el 70% y el 85% a lo largo del periodo analizado. Aun así, se aprecia una mejora gradual desde 2017, lo cual sugiere avances en las políticas de retención escolar y de articulación con la educación técnica y tecnológica.

En conjunto, el comportamiento de las tres series muestra un sistema educativo local con buen desempeño en el acceso básico, pero con retos persistentes en la educación media.

Figura 21. Tasa de cobertura bruta en educación por nivel educativo. Bello, 2005–2022.



Fuente: MEN- DANE – TerriData - Cálculos propios

Al comparar los indicadores educativos del municipio de Bello con los promedios departamentales de Antioquia para el año 2022, se evidencian diferencias relevantes en los distintos niveles educativos. El porcentaje de hogares con analfabetismo en Bello (2,06%) es menos de la mitad del registrado en Antioquia (4,5%), lo que ubica al municipio en una posición favorable frente al contexto departamental, evidenciando un mayor acceso histórico a la educación básica y campañas efectivas de alfabetización.

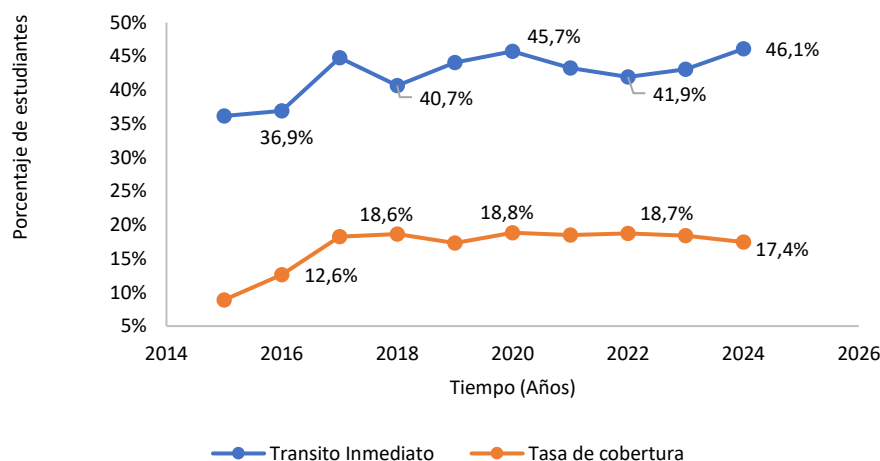
No obstante, en los indicadores de cobertura bruta por niveles educativos, Bello presenta valores ligeramente inferiores al promedio departamental. En la educación primaria, la tasa alcanza el 100%, frente al 103,3% de Antioquia; en la educación secundaria, 108% frente a 115,4%; y en la educación media, 84,8% frente a 94,2%. Estas diferencias, aunque no estadísticamente significativas, reflejan una brecha en los niveles superiores del sistema educativo local, donde se concentran las mayores tasas de deserción o tránsito hacia el empleo informal.

Tabla 18. Comparativo de indicadores educativos y de alfabetización entre Bello y Antioquia, 2022.

Indicadores	Antioquia	Bello	Comportamiento																				
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021				
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE) 2018	4,5	2,1	-																/				
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN) 2022	103,3	100,0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN) 2022	115,4	108,0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN) 2022	94,2	84,8	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				

Fuente: Fuente: MEN- DANE – TerriData - Cálculos propios

Figura 22. Tasa de tránsito inmediato a la educación superior y tasa de cobertura en educación superior. Bello, 2015-2024.



Fuente: Fuente: MEN- DANE – TerriData - Cálculos propios



Entre 2015 y 2024, el acceso a la educación superior en Bello muestra avances moderados. La tasa de tránsito inmediato pasó del 36% al 46%, evidenciando una mejora en la continuidad educativa tras la media. Sin embargo, la tasa de cobertura se mantiene baja (entre 9% y 19%), lo que refleja limitaciones en la oferta de cupos y en las condiciones económicas de los jóvenes.

En síntesis, Bello ha consolidado avances importantes en la alfabetización y el acceso a la educación básica; sin embargo, persisten desafíos en la permanencia y la transición hacia los niveles de educación media y superior. Aunque cada vez más egresados logran ingresar a la educación superior, la baja cobertura aún representa un factor de inequidad social que limita las oportunidades de desarrollo profesional y laboral en el municipio.

2.2.5 Pobreza, desigualdad y condiciones de vida

En el municipio de Bello, los indicadores socioeconómicos evidencian una mejora sostenida en las condiciones de vida durante la última década, aunque persisten brechas entre las zonas urbana y rural.

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) pasó de 31,3% en 2005 a 14,2% en 2018, lo que representa una reducción superior al 50% en las privaciones relacionadas con educación, salud, vivienda y empleo. No obstante, la diferencia entre la cabecera (13,3%) y el área rural (34,6%) muestra que la pobreza sigue concentrándose en los sectores rurales y periféricos del municipio.

El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), disponible para 2018, refuerza esta brecha: 5,1% en la zona urbana frente a 14,6% en la rural, evidenciando mayores carencias en vivienda adecuada y acceso a servicios públicos en los territorios rurales.

Por su parte, la población en condición de miseria se mantiene baja en el contexto urbano (0,53%) y moderada en el rural (2,2%), lo cual refleja que la pobreza extrema ha sido controlada, aunque no erradicada completamente.

Finalmente, el indicador de pobreza infantil (2023) muestra que 52,1% de niñas, niños y adolescentes del municipio viven en hogares con privaciones, lo que advierte sobre vulnerabilidades persistentes que podrían afectar el bienestar y las oportunidades de desarrollo de la población joven.

En síntesis, Bello presenta una mejoría sostenida en los niveles de pobreza, pero con desigualdades estructurales urbano-rurales y riesgos intergeneracionales que exigen políticas focalizadas en niñez, ruralidad y acceso equitativo a servicios básicos.

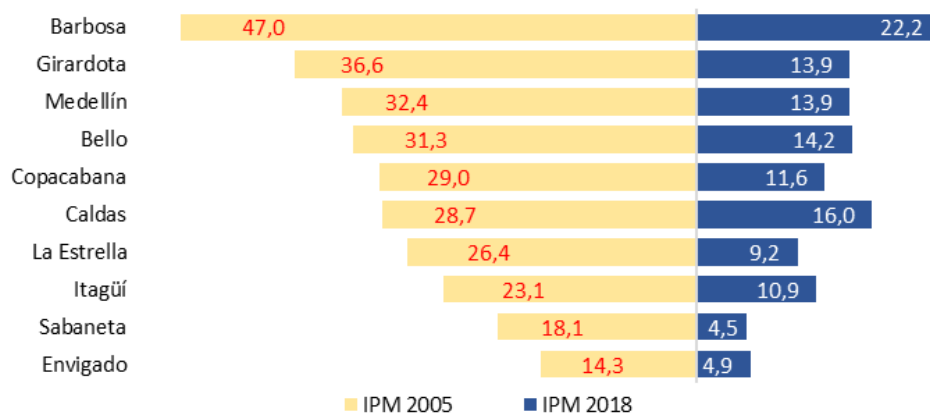
Tabla 19. Indicadores de pobreza y desigualdad socioeconómica en el municipio de Bello, 2005–2023.

Indicador (%)	2005	2018	2023
IPM	31,3	14,2	—
IPM – Cabecera	13,3	29,9	—
IPM – Rural	67,2	34,6	—
NBI – Urbana	—	5,1	—
NBI – Rural	—	14,6	—
Miseria – Urbana	—	0,5	—
Miseria – Rural	—	2,2	—
Pobreza infantil (%)	—	—	52,1

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS – Elaboración propia

La comparación con otros municipios del **Valle de Aburrá** muestra que Bello se ubica **entre las ciudades con mayores progresos en el periodo analizado**, logrando acercarse a niveles de privación similares a los de municipios con mayor desarrollo relativo. Este comportamiento refleja el impacto de políticas sociales locales, la expansión del acceso a servicios públicos, los programas de subsidios de vivienda y la integración laboral dentro del área metropolitana, que han contribuido a mejorar el bienestar de los hogares bellanitas.

Figura 23.. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en los municipios del Valle de Aburrá, 2005 y 2018.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS – Elaboración propia

Estos resultados confirman que la pobreza en Bello ha disminuido de manera sostenida, pero sigue concentrada en las zonas rurales y en los grupos más jóvenes, lo que representa un reto para la equidad y el bienestar social del municipio.

2.3 Dinámicas de convivencia en el territorio

En el año 2023, el municipio de Bello registró una tasa de violencia intrafamiliar de 45,6 y de violencia contra la mujer de 52,3 por cada 100.000 habitantes, ambas ligeramente por debajo del promedio departamental (47,5 y 53,2 respectivamente). Este comportamiento ubica a Bello en una posición intermedia dentro del Valle de Aburrá, con niveles menores que los de Medellín, Barbosa, Caldas y Copacabana.

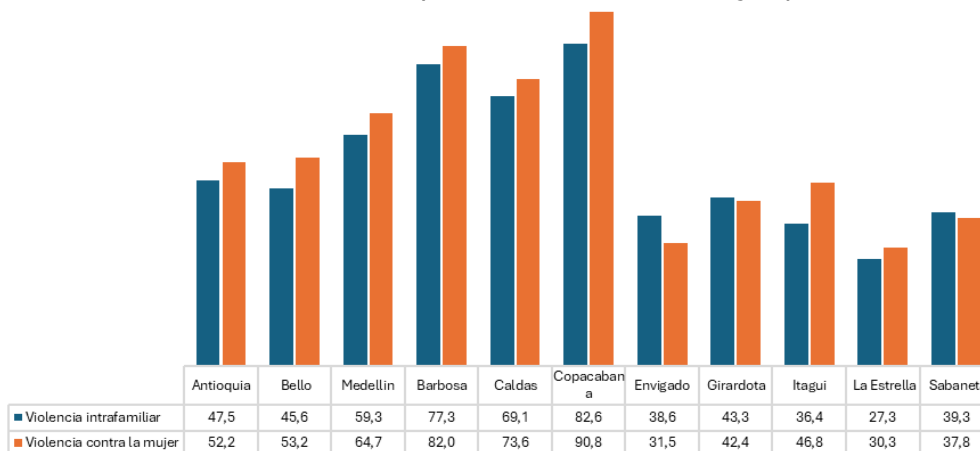
Tabla 20. Determinantes intermedios de la salud, factores psicológicos y culturales. Envigado, o 2019-2023.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Bello
Tasa de violencia intrafamiliar. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	47,5	45,6
Tasa de Violencia contra la mujer. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF 2023	52,2	53,2

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, 2023.

Al comparar con el ASIS 2023 Bello muestra diferencias estadísticamente significativas (14,8 puntos) en comparación con el departamento de Antioquia.

Figura 24.. Tasas de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer por territorio, 2023.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, 2023.

En casi todos los municipios del Valle de Aburrá, la tasa de violencia contra la mujer supera la de violencia intrafamiliar, lo que refleja la persistencia de patrones estructurales de desigualdad de género y la normalización de la violencia basada en el poder y el control dentro de los hogares y espacios comunitarios. Estudios nacionales (Profamilia, 2022; INMLCF, 2023) y regionales (Gómez et al., 2021) señalan que la violencia de género se ve potenciada por factores como la dependencia económica, la tolerancia social frente al

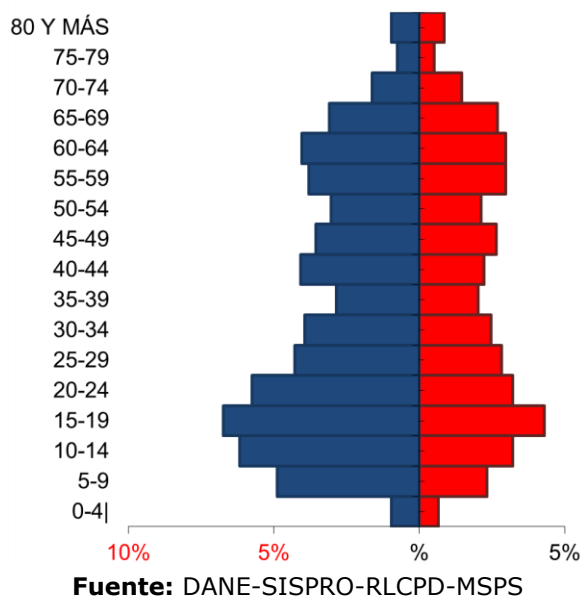
maltrato y la limitada capacidad institucional para la detección temprana y la atención integral.

Estas cifras sugieren que, si bien Bello no se encuentra entre los municipios con mayores tasas de violencia, las manifestaciones de violencia de género y familiar continúan siendo un problema de salud pública relevante. La magnitud del fenómeno puede estar relacionada con factores sociales y económicos, como la densidad poblacional, el hacinamiento habitacional y las tensiones familiares derivadas de la desigualdad y el desempleo.

2.4 Análisis de la población con discapacidad

En 2025, Bello registra un total de 2.110 personas con discapacidad, de las cuales 1.274 son hombres (60,4%) y 836 son mujeres (39,6%), según el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). En 2025, Bello presenta predominio masculino en la población con discapacidad a lo largo de casi todos los grupos de edad, especialmente marcado en 5–19. La concentración adicional en 55–69 años es consistente con limitaciones funcionales asociadas a enfermedades crónicas y condiciones osteomusculares.

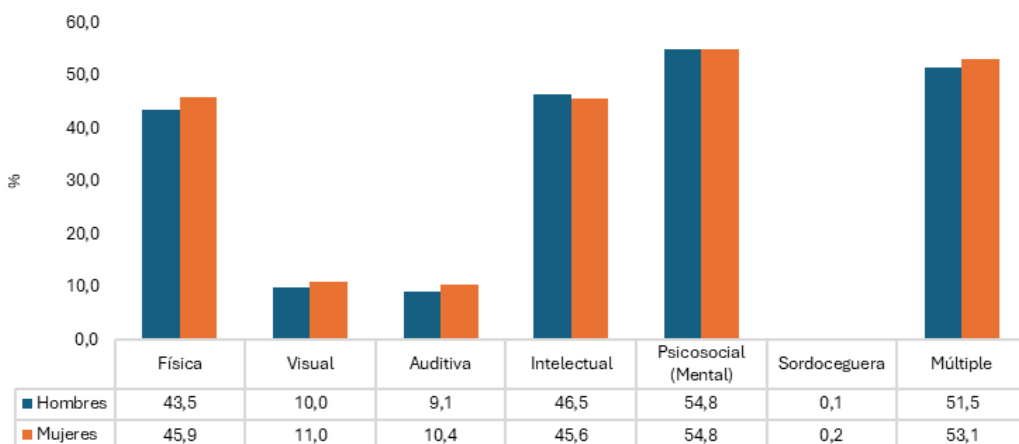
Figura 25. Pirámide población con discapacidad, Bello 2025



En la figura se puede observar una distribución relativamente equilibrada por sexo en la mayoría de las categorías de discapacidad, aunque con ligeras diferencias asociadas a patrones de exposición y curso de vida. Las discapacidades físicas y múltiples muestran una proporción femenina ligeramente superior (45,9% y 53,1% respectivamente), lo que

puede estar vinculado a la mayor longevidad de las mujeres y a condiciones crónicas asociadas al envejecimiento.

Figura 26. Población con discapacidad por tipo y sexo. Bello, 2025.

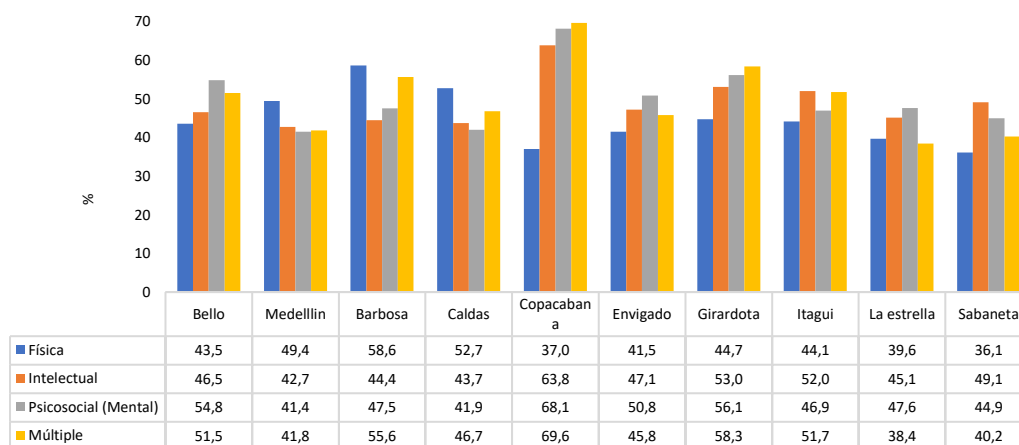


Fuente: DANE-SISPRO-RLCPD-MSPS

En contraste, las discapacidades psicosociales o mentales tienen proporciones equivalentes entre hombres y mujeres (54,8% en ambos), mientras que las intelectuales muestran una leve predominancia masculina (46,5% hombres frente a 45,6% mujeres). Las categorías visual y auditiva mantienen proporciones equilibradas, sin diferencias notables por sexo.

En el contexto del Valle de Aburrá, Bello presenta una distribución equilibrada por tipo de discapacidad Masculina, sin valores extremos respecto a los demás municipios. Las categorías física e intelectual concentran la mayor proporción de casos, seguidas de la psicosocial o mental y la múltiple, lo que refleja un perfil similar al promedio subregional.

Figura 27. Tipos de discapacidad en la población masculina. Valle de Aburrá, 2025.

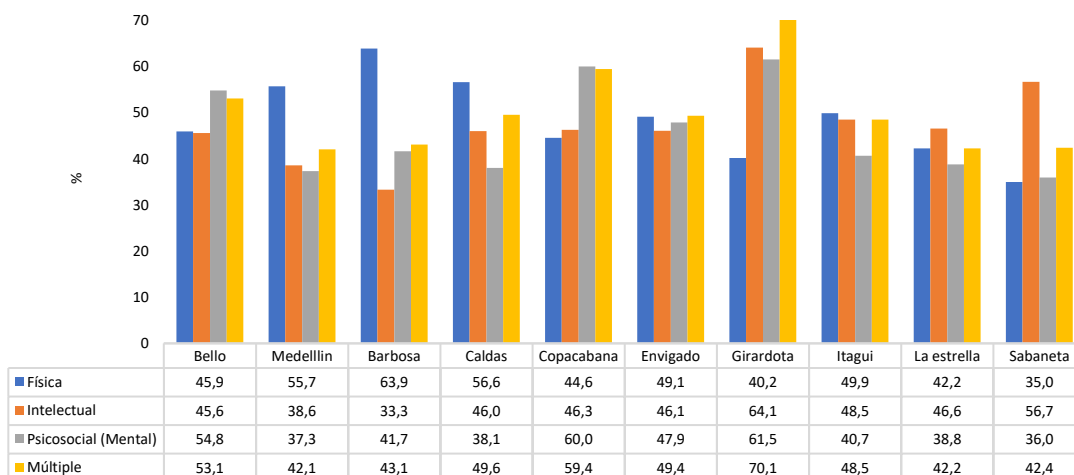


Fuente: DANE-SISPRO-RLCPD-MSPS

Sin embargo, Bello muestra una tendencia ligeramente mayor en discapacidad psicosocial frente a municipios como Barbosa o Caldas, lo que podría asociarse a factores urbanos como el estrés laboral, la violencia intrafamiliar y las condiciones de salud mental derivadas de contextos sociales densos. A diferencia de municipios como Copacabana o Girardota, donde predomina la discapacidad múltiple, Bello mantiene una diversidad de tipos de discapacidad más homogénea, lo que sugiere un sistema de registro y atención más consolidado.

En la población femenina con discapacidad del Valle de Aburrá se observa una mayor presencia de discapacidades de tipo intelectual y múltiple, mientras que las discapacidades físicas e intelectual mantienen valores intermedios.

Figura 28. Tipos de discapacidad en la población femenina. Valle de Aburrá, 2025.



Fuente: DANE-SISPRO-RLCPD-MSPS

Comparado con los hombres, las mujeres en Bello y en la mayoría de los municipios presentan mayor participación en las discapacidades asociadas al envejecimiento y a enfermedades crónicas, coherente con la mayor esperanza de vida y las condiciones de dependencia funcional prolongada en la vejez.

En términos generales, Bello se ubica en una posición intermedia dentro del Valle de Aburrá, sin ser de los municipios con mayores proporciones de discapacidad, pero con una estructura interna que evidencia la coexistencia de limitaciones físicas y psicosociales.

En conjunto, el perfil de discapacidad en Bello evidencia una distribución heterogénea, sin brechas marcadas de género, aunque las mujeres tienden a concentrarse en los tipos de discapacidad asociados a procesos degenerativos y crónicos, mientras los hombres presentan mayor presencia en discapacidades de origen congénito o derivadas de factores



ocupacionales. Esto plantea la necesidad de fortalecer las acciones intersectoriales en salud mental, rehabilitación y accesibilidad, orientadas a garantizar inclusión y autonomía para las personas con discapacidad en el territorio.

2.5 Condiciones sociales, económicas y de la vida desde la cartografía social

La cartografía social se desarrolló mediante ejercicios participativos coordinados por la Secretaría de Salud y la Alcaldía de Bello en articulación con líderes comunitarios, instituciones educativas y comités locales de salud. Se aplicaron instrumentos de diagnóstico participativo y talleres de percepción territorial en diferentes comunas y corregimientos, los cuales permitieron identificar los principales determinantes sociales, económicos y ambientales que afectan el bienestar y la salud de la población. Los resultados institucionales se complementaron con la información proveniente de los ejercicios comunitarios consignados en los formatos de diagnóstico territorial del ASIS 2025.

El análisis participativo derivado de la cartografía social evidenció coincidencias y contrastes entre la visión institucional y la percepción comunitaria sobre los determinantes sociales de la salud en Bello. En ambos niveles se observan inequidades persistentes asociadas a la informalidad laboral, la violencia intrafamiliar, la contaminación ambiental y la baja participación social.

La voz comunitaria coincide con los diagnósticos institucionales en la identificación de la inseguridad económica y la afectación de la salud mental como problemáticas centrales, pero enfatiza dimensiones de desconfianza institucional, deterioro del espacio público y carencia de acompañamiento psicosocial, que complementan la mirada técnica. Este ejercicio reafirma la necesidad de fortalecer los mecanismos de participación social, mejorar la comunicación institucional y diseñar estrategias integradas de bienestar urbano, salud mental y empleo digno, con enfoque diferencial y territorial.

Tabla 21. Matriz de cartografía social: visión institucional y comunitaria. Bello, 2025.

Eje / Tema	Hallazgos institucionales	Hallazgos comunitarios	Convergencias	Tensiones / Divergencias
Social	Altos niveles de informalidad laboral, inseguridad alimentaria, problemas de salud mental y violencia intrafamiliar.	Percepción de falta de empleo, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias; escasez de espacios seguros.	Coinciden en violencia intrafamiliar, desempleo y salud mental como principales determinantes.	Comunidad enfatiza falta de acompañamiento; instituciones enfocan formalización y cobertura.
Económico	Desempleo, bajos ingresos e informalidad; trabajo informal en comercio y construcción.	Precariedad laboral, ingresos insuficientes y desigualdad en oportunidades.	Coinciden en informalidad y desempleo como factores de vulnerabilidad económica.	Instituciones proponen políticas de empleo digno; comunidad solicita apoyo económico directo.
Cultural	Persisten prácticas de automedicación y desconfianza en el sistema de salud.	Uso de remedios caseros y desconocimiento de rutas de atención.	Coinciden en baja educación sanitaria y necesidad de fortalecer comunicación.	Comunidad resalta falta de empatía del personal y barreras informativas.



Eje / Tema	Hallazgos institucionales	Hallazgos comunitarios	Convergencias	Tensiones / Divergencias
Ambiental	Contaminación por tráfico e industria, ruido urbano y residuos mal manejados.	Aire contaminado, ruido, malos olores y acumulación de basuras en barrios.	Ambas partes reconocen impacto de la contaminación en salud.	Comunidad pide control industrial y educación ambiental; instituciones proponen monitoreo y arborización.
Político / Gobernanza	Baja participación comunitaria y débil articulación intersectorial.	Percepción de falta de escucha institucional y desigual distribución de programas.	Coinciden en débil gobernanza y participación social.	Comunidad percibe distancia con la administración; instituciones hablan de fortalecer canales de participación.

Fuente: Elaboración propia ASIS 2025.

2.6 Conclusiones del capítulo

El análisis de los determinantes sociales de la salud en Bello evidencia avances en cobertura educativa, empleo formal y acceso a servicios, pero persisten desigualdades estructurales entre grupos poblacionales y territoriales. Las comunas periféricas concentran mayor informalidad, desempleo y problemáticas sociales asociadas a pobreza y violencia intrafamiliar.

Dimensión social: La desintegración comunitaria, la violencia intrafamiliar y la afectación de la salud mental se mantienen como determinantes intermedios prioritarios. Se identifican vulnerabilidades en mujeres cabeza de hogar, jóvenes y población migrante, lo que exige fortalecer la atención psicosocial y las redes de apoyo local.

Dimensión económica: El mercado laboral continúa marcado por la informalidad y las brechas de género. Los trabajadores informales, del sector construcción y comercio ambulante presentan mayor exposición a riesgos laborales y menor acceso a seguridad social, lo cual repercute en la salud física y mental de la población.

Dimensión ambiental y territorial: La contaminación del aire, el ruido urbano y el manejo inadecuado de residuos sólidos siguen afectando la salud respiratoria y cardiovascular. Las zonas de mayor densidad poblacional presentan menor cobertura de zonas verdes y espacios de recreación.

Dimensión cultural y de gobernanza: La desconfianza en el sistema de salud, las prácticas de automedicación y la baja participación ciudadana limitan el ejercicio del derecho a la salud. Se requiere fortalecer la gobernanza local, la educación sanitaria y la articulación intersectorial.

El territorio de Bello presenta un perfil de transición social y económica con determinantes estructurales que condicionan la equidad en salud. La articulación de la información institucional con la cartografía social permitió evidenciar la voz de la comunidad y priorizar los principales retos: mejorar la salud mental, promover el empleo digno, controlar los factores ambientales urbanos y consolidar espacios de participación ciudadana efectivos.

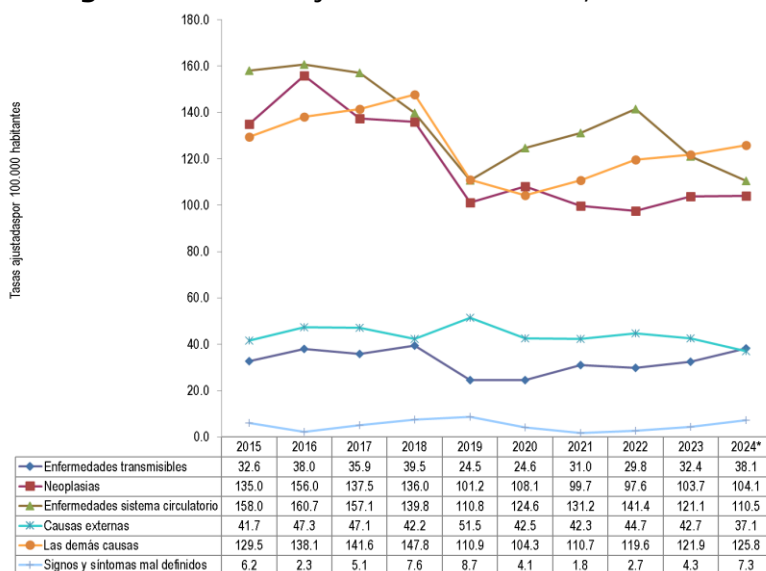
3. CAPITULO III: SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

3.1 Análisis de la mortalidad

El análisis de mortalidad se realiza para el periodo comprendido entre los años 2015 a 2024*. La información se obtiene a través del portal SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social y se analiza según los grupos de causa de defunción de la lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 y según sexo.

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Figura 29. Tasas ajustadas total. Bello, 2015-2024*.



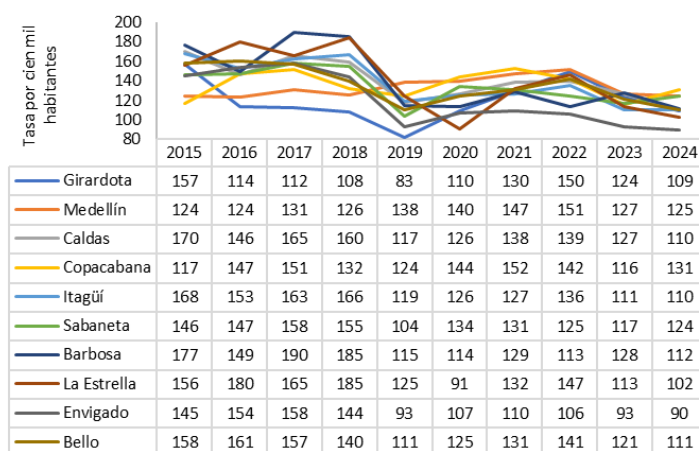
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Entre los años 2015 y 2024*, Bello presenta un perfil de mortalidad dominado por las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias malignas y el grupo de las demás causas, que concentran más del 80% de las defunciones. Desde 2020, se observa un aumento en enfermedades transmisibles y causas diversas, posiblemente por los efectos residuales de la pandemia y una mejor capacidad diagnóstica, mientras que las muertes por causas externas y circulatorias disminuyen desde 2022, reflejando avances en el

control cardiovascular y la reducción de la violencia y los siniestros viales. En las mujeres predominan las neoplasias y las enfermedades circulatorias, con menor incidencia de causas externas y transmisibles; en los hombres, las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas mantienen tasas más altas, evidenciando sobremortalidad masculina.

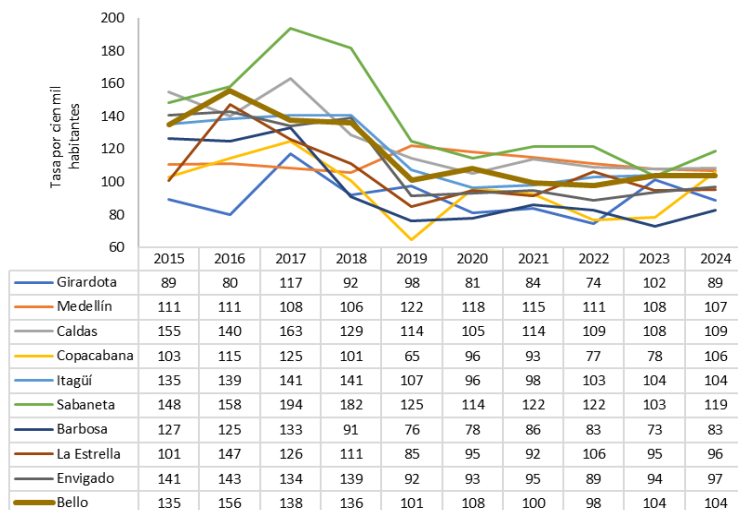
A nivel regional, Bello se mantiene en la media del Valle de Aburrá, con una reducción cercana al 30% en la mortalidad cardiovascular y del 23% en neoplasias, lo que refleja progresos en la atención de enfermedades crónicas, la detección temprana y la cobertura de tamizajes.

Figura 30. Tasas ajustadas total por enfermedades del sistema circulatorio. Valle de Aburrá, 2015–2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

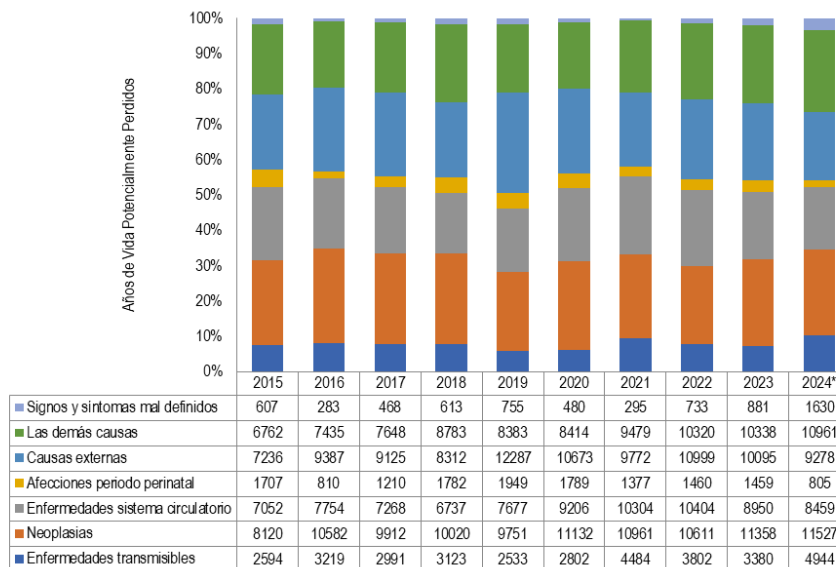
Figura 31. Tasas ajustadas total por neoplasias. Valle de Aburrá, 2015–2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Años de Vida Potenciales Perdidos - AVPP

Figura 32. AVPP total. Bello, 2015-2024*.



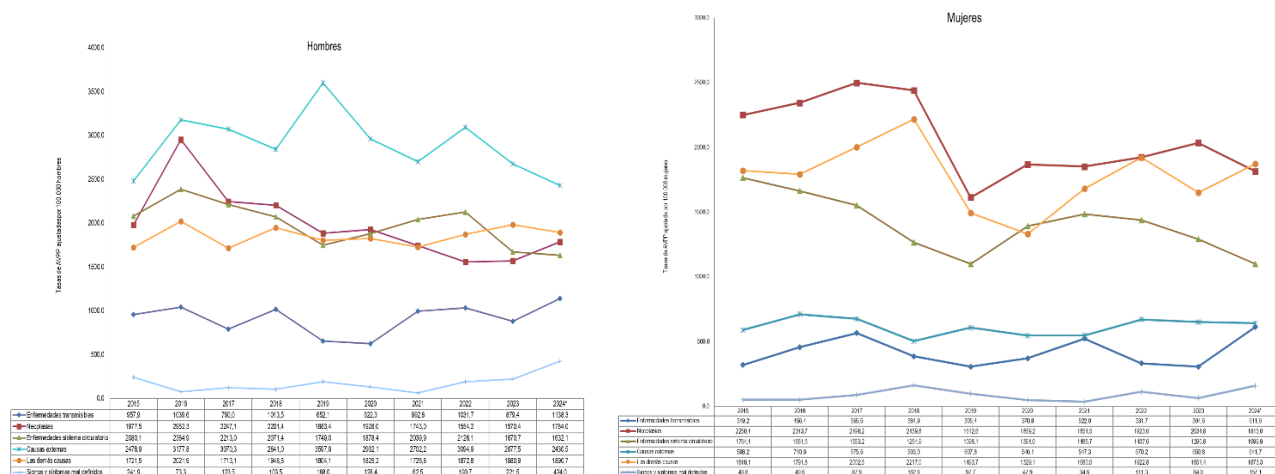
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El análisis de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en Bello entre 2015 y 2024* muestra que las neoplasias son la principal causa de mortalidad prematura, con un aumento sostenido del 27% del total en 2024*, reflejando el peso creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles. En segundo lugar, el grupo de "las demás causas" presenta un incremento progresivo, pasando de 6.762 a 10.961 AVPP, lo que evidencia la diversificación de factores asociados a muertes tempranas, vinculados posiblemente a trastornos metabólicos, mentales o respiratorios.

Las causas externas (accidentes, homicidios y violencias) ocupan el tercer lugar, con fluctuaciones y una reducción posterior a 2019, aunque siguen siendo relevantes, sobre todo entre los hombres. En efecto, en ellos predominan las causas externas, seguidas de neoplasias y enfermedades circulatorias; mientras que en las mujeres destacan las neoplasias (especialmente cáncer de mama, cuello uterino y digestivo) y las enfermedades cardiovasculares.

En conjunto, los AVPP reflejan un patrón mixto de mortalidad prematura donde coexisten causas crónicas, sociales y prevenibles, reafirmando la necesidad de fortalecer la prevención, la detección temprana y el control integral de los factores de riesgo en la población.

Figura 33. Tasas ajustadas de AVPP por grandes causas según sexo. Bello, 2015–2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Con el fin de profundizar en las tendencias observadas, se calculó la variación porcentual de las tasas ajustadas de AVPP para hombres y mujeres entre los años 2015 y 2024, con el propósito de cuantificar la magnitud del cambio relativo en el tiempo e identificar aumentos o reducciones en la pérdida de años de vida útil según causa de muerte.

Tabla 22. Variación porcentual de las tasas ajustadas de AVPP por grandes causas. Municipio de Bello, 2015–2024*

Causa	Hombres (%)	Mujeres (%)
Enfermedades transmisibles	+18,8	+91,6
Neoplasias malignas	−9,8	−19,4
Enfermedades del sistema circulatorio	−21,5	−37,6
Causas externas	−1,9	+9,1
Las demás causas	+9,8	+3
Signos y síntomas mal definidos	+75,3	+215,4

Fuente: Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Entre 2015 y 2024, se observa que las principales reducciones en los AVPP corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio (−21,5% en hombres y −37,6% en mujeres) y las neoplasias malignas (−9,8% y −19,4%), lo cual evidencia avances sostenidos en la detección y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Por el contrario, los mayores aumentos se registran en signos y síntomas mal definidos (+75% y +215%), reflejando deficiencias en la clasificación o registro de la causa básica de muerte, así como en las enfermedades transmisibles (+19% y +92%), posiblemente vinculadas a la reaparición de algunos eventos infecciosos durante la pandemia y la pospandemia.

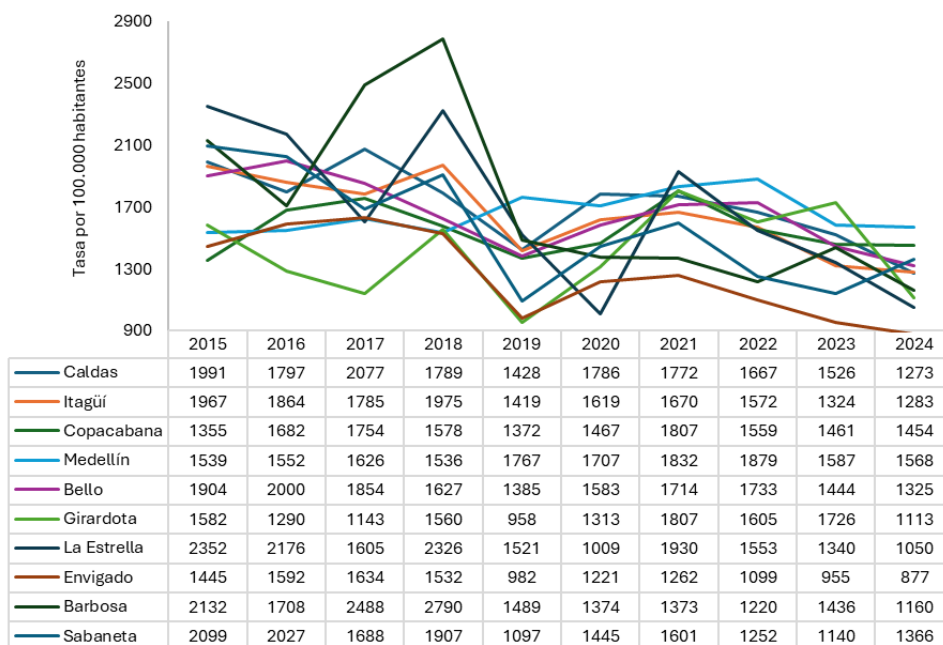
Este análisis complementario refuerza la interpretación de las tendencias gráficas, evidenciando que la mortalidad prematura en Bello sigue concentrándose en causas

prevenibles y controlables, con progresos notables en las enfermedades crónicas, pero también con desafíos persistentes en la calidad del registro y en la vigilancia de muertes por causas infecciosas.

Así como en el caso anterior, para el análisis del Valle de Aburrá se consideró el total de la población, sin desagregar por sexo, con el fin de identificar las tendencias generales y diferencias territoriales en las causas con mayor carga de mortalidad y pérdida de años de vida útil. En este nivel, se priorizaron las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas, por su impacto sostenido y su relevancia dentro del perfil epidemiológico regional.

En la siguiente figura se puede observar que entre 2015 y 2024, los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias malignas muestran una tendencia descendente general en la mayoría de los municipios del Valle de Aburrá, reflejando una reducción progresiva de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 34. Tasas ajustadas de AVPP por enfermedades del sistema circulatorio. Valle de Aburrá, 2015-2024*



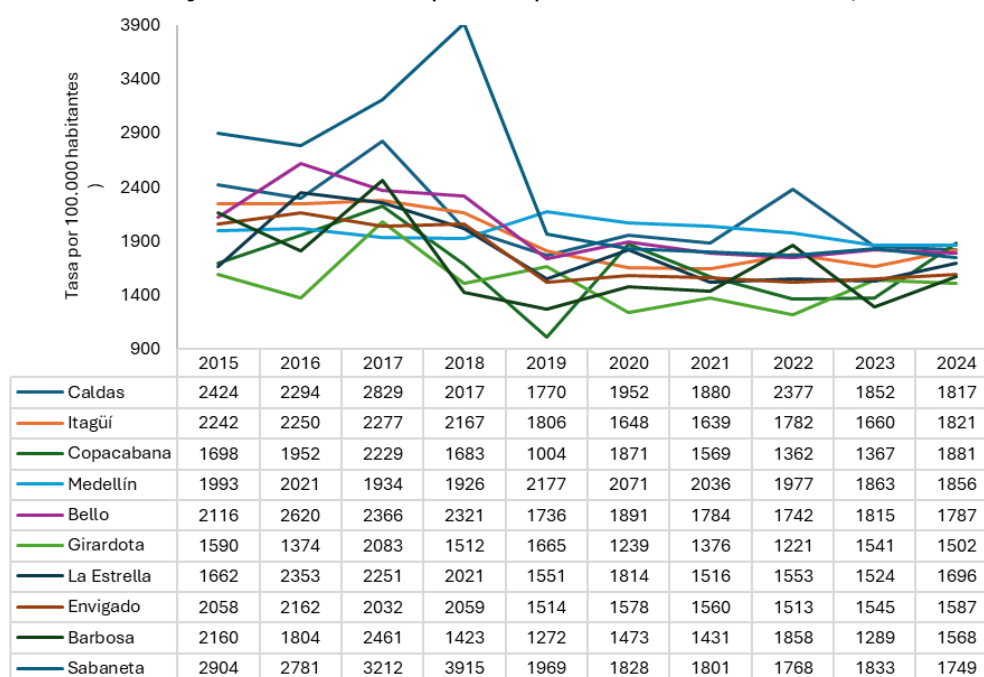
Fuente: SISPRO-RUAF, DANE Secretaría de Salud de Bello.

En el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, el municipio de Bello presenta una disminución sostenida de la tasa de AVPP, que pasa de 1904 a 1325 por 100.000 habitantes, equivalente a una reducción aproximada del 30% en la década, comportamiento similar al promedio metropolitano. Esta tendencia indica avances en la

prevención y control del riesgo cardiovascular, así como en la atención oportuna de eventos agudos. Sin embargo, aún se observan diferencias territoriales: mientras Envigado mantiene los niveles más bajos, Caldas y Itagüí registran valores superiores a los del conjunto regional.

Por su parte, las neoplasias malignas mantienen un patrón de estabilización con ligera tendencia a la baja, pasando en Bello de 2.116 a 1.787 AVPP por 100.000 habitantes (reducción del 15%), lo que sugiere avances en la detección temprana, la cobertura de tamizajes y el acceso a tratamientos especializados. No obstante, municipios como Sabaneta y Barbosa continúan con tasas elevadas, lo que evidencia brechas territoriales en la disponibilidad de servicios oncológicos y la oportunidad diagnóstica.

Figura 35. Tasas ajustadas de AVPP por neoplasias. Valle de Aburrá, 2015–2024*



Fuente: SISPRO–RUAF, DANE Secretaría de Salud de Bello.

Bello se mantiene dentro del promedio metropolitano en ambas causas, mostrando progresos significativos en la reducción de la mortalidad prematura y en la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas controlables. Aun así, persisten desafíos relacionados con la equidad territorial, la continuidad del tratamiento oncológico y la gestión integral del riesgo cardiovascular, lo que resalta la necesidad de fortalecer acciones intersectoriales y preventivas orientadas a la reducción de los factores de riesgo y al diagnóstico oportuno, en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (MSPS, 2024).

3.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

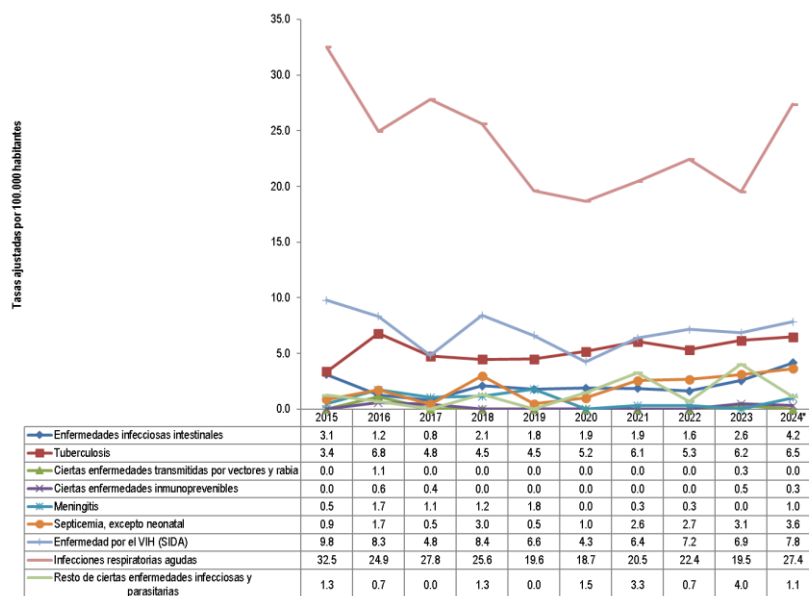
La mortalidad específica por subgrupo, permite identificar los factores que pueden aumentar el riesgo de morir e intervenirlos a través de políticas públicas o estrategias de prevención que apunten a modificar el comportamiento de los individuos, sus hábitos y estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, baja escolaridad, la convivencia social, los diferentes tipos de violencia, entre otros. A continuación, se analiza la mortalidad específica por subgrupo de causas y sexo, durante el periodo comprendido entre los años 2015 y 2024*.

Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles continúa siendo un desafío en salud pública en el país a pesar de presentar un descenso en sus indicadores durante las últimas décadas; se han considerado eventos potencialmente evitables gracias a las mejoras en las condiciones de vida y la disponibilidad de tecnologías médicas como los antibióticos y la mejora en el cuidado hospitalario.

Entre 2015 y 2024, las infecciones respiratorias agudas (IRA) se consolidaron como la principal causa transmisible en ambos sexos, aunque con tasas más elevadas en hombres (promedio 25 por 100 000) frente a las mujeres (17 por 100.000). En los hombres, las IRA muestran una leve reducción hasta 2020 seguida de una recuperación posterior, posiblemente asociada al impacto pospandemia en los cuadros respiratorios.

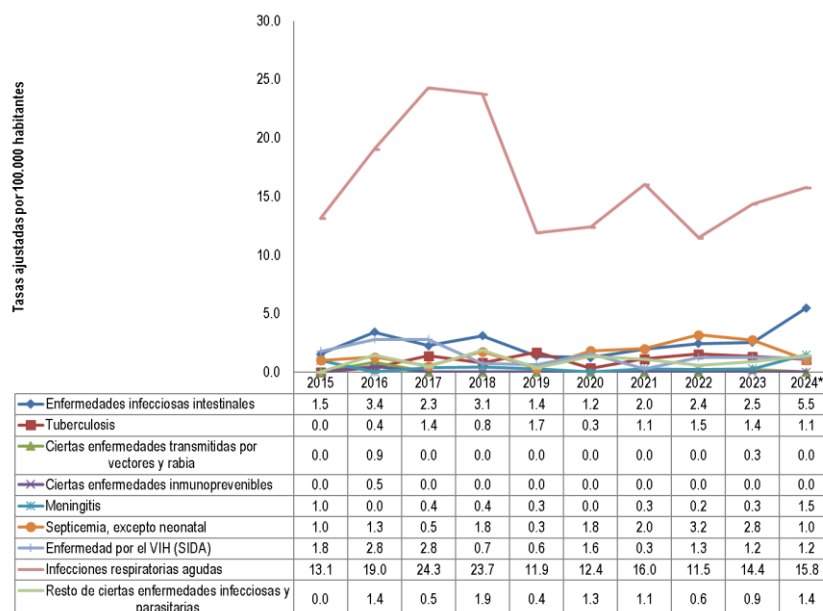
Figura 36. Mortalidad específica subgrupo enfermedades transmisibles en hombres. Bello, 2015-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En cuanto al VIH/SIDA, la tendencia es estable con leve repunte posterior a 2021, manteniendo tasas significativamente superiores en hombres (6–8 por 100.000) respecto a las mujeres (< 2 por 100.000), lo que confirma la persistencia de una brecha de género en la transmisión. Las enfermedades infecciosas intestinales presentan tasas bajas en ambos sexos, aunque con un ligero aumento reciente en mujeres, posiblemente vinculado a factores alimentarios y de saneamiento.

Figura 37. Mortalidad específica por subgrupo enfermedades transmisibles en mujeres. Bello, 2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

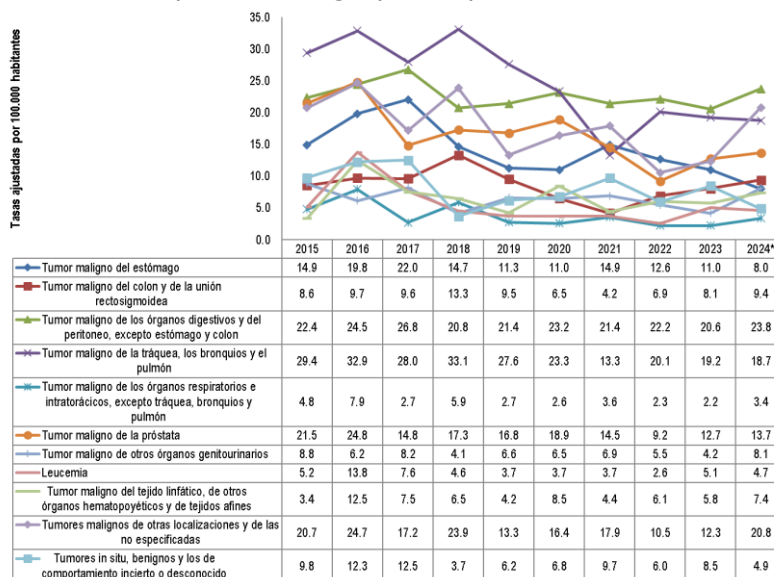
En conjunto, el comportamiento sugiere que, si bien las enfermedades transmisibles han mantenido una tendencia controlada, persisten diferencias por sexo y la necesidad de fortalecer la vigilancia respiratoria y la prevención de infecciones de transmisión sexual en la población masculina.

Neoplasias

Las neoplasias o cáncer son un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad. A continuación, se analiza la mortalidad específica por el subgrupo de causas de neoplasias según sexo, durante el periodo 2015 a 2024*.

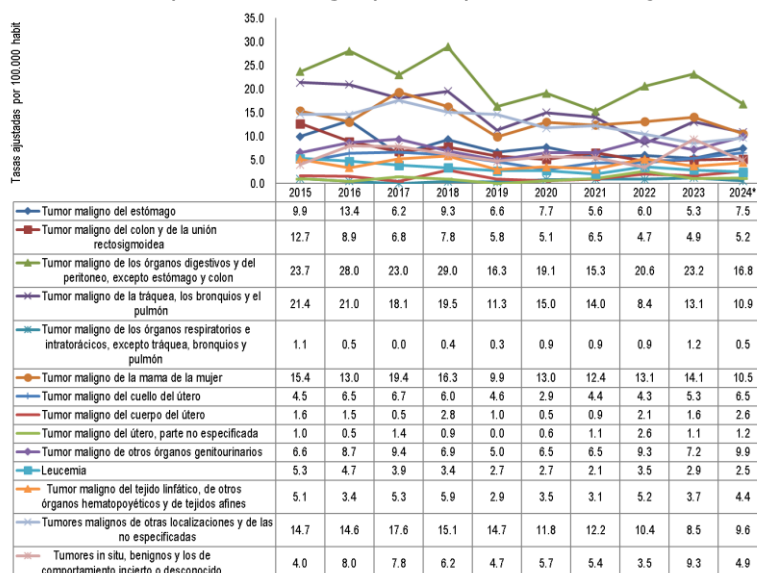
En los hombres, sobresalen los tumores malignos de los órganos digestivos, la tráquea, bronquios y pulmón y la próstata, que concentran la mayor carga de enfermedad y reflejan patrones asociados al consumo de tabaco, alcohol y dieta inadecuada. El cáncer de pulmón presenta una reducción sostenida desde 2018 (de 33,1 a 18,7 por 100.000 habitantes), posiblemente vinculada a la disminución del tabaquismo y a una mejor vigilancia de enfermedades respiratorias crónicas.

Figura 38. Mortalidad específica subgrupo neoplasias en hombres. Bello, 2015-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 39. Mortalidad específica subgrupo neoplasias en mujeres. Bello, 2015-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

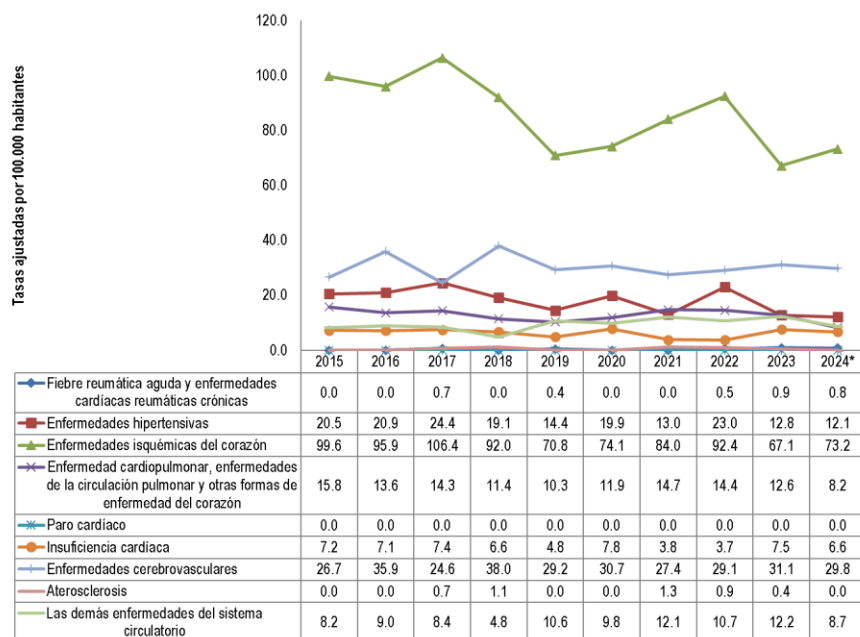
En las mujeres, los principales aportes a la mortalidad provienen de los tumores de los órganos digestivos, el cáncer de mama y los tumores de tráquea, bronquios y pulmón. Estos últimos muestran una tendencia descendente, mientras que el cáncer de mama y el de colon y recto conservan niveles estables, evidenciando avances en los programas de tamizaje y diagnóstico oportuno, aunque persisten desigualdades en el acceso a los servicios especializados.

Esta selección permite focalizar el análisis en los tumores de mayor relevancia epidemiológica, garantizando una interpretación coherente con el perfil nacional de cáncer y facilitando la formulación de estrategias de prevención, tamizaje y detección temprana en el territorio.

Sistema Circulatorio

Las enfermedades cardiovasculares -ECV, fundamentalmente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular son una de las causas principales de mortalidad y discapacidad en población de la Región de las Américas y en el mundo. El aumento de las muertes totales por ECV y los años de vividos con discapacidad, pueden estar influenciados por el crecimiento y el envejecimiento de la población. A continuación, se analiza la mortalidad específica por el subgrupo de causas de las enfermedades del sistema circulatorio, durante el periodo comprendido entre el 2015 al 2024*.

Figura 40. Mortalidad específica subgrupo sistema circulatorio en hombres. Bello, 2015-2024*.

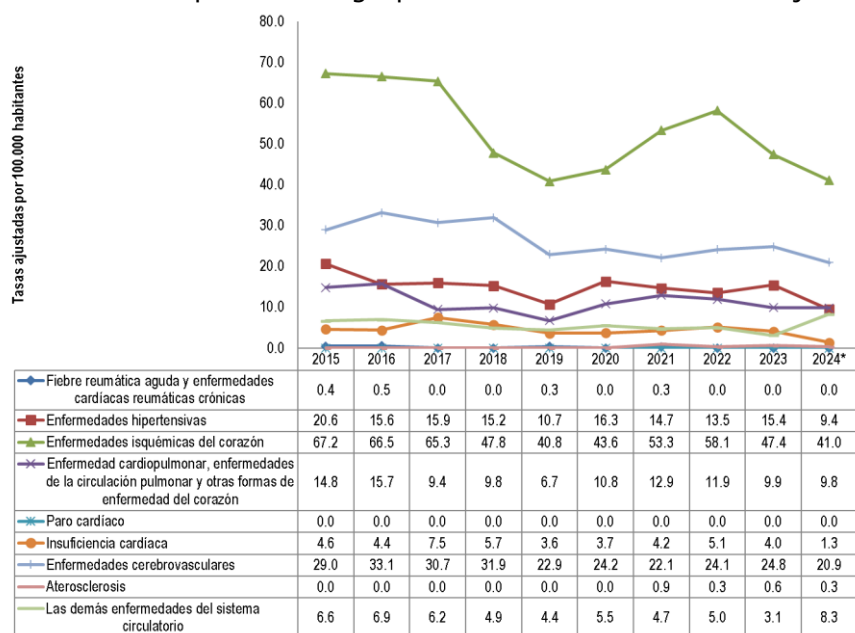


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

El comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio en el municipio evidencia una tendencia general a la disminución en la última década, con diferencias marcadas entre hombres y mujeres. En el conjunto de causas analizadas, las enfermedades isquémicas del corazón mantienen las tasas más elevadas en ambos sexos, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas.

En los hombres, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón presenta una reducción entre 2017 y 2019 (de 106,4 a 70,8 por 100.000 habitantes), con fluctuaciones posteriores alrededor de los 70 a 90 casos, lo que sugiere un avance en la atención de riesgo cardiovascular y en la detección temprana de hipertensión y dislipidemias. Las enfermedades cerebrovasculares y las hipertensivas muestran comportamientos más estables, con leves variaciones interanuales, reflejando la persistencia de factores de riesgo asociados al estilo de vida y al envejecimiento.

Figura 41. Mortalidad específica subgrupo sistema circulatorio en mujeres. Bello, 2024*.



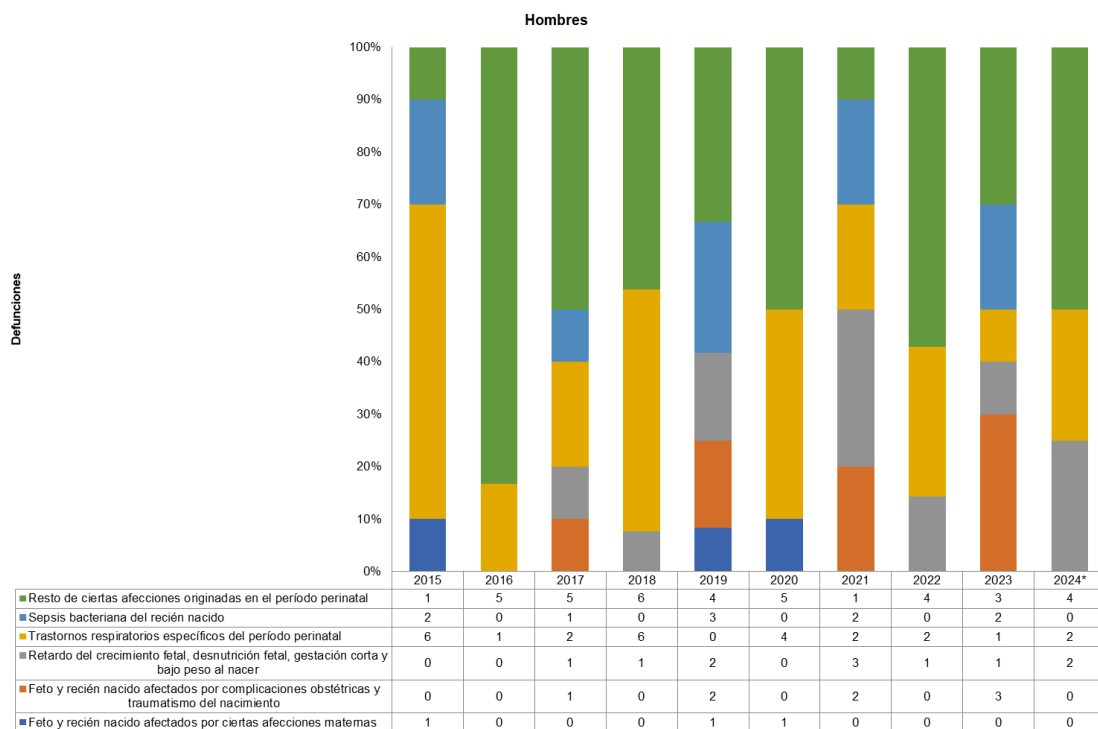
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En las mujeres, las enfermedades isquémicas del corazón también exhiben una tendencia descendente sostenida, pasando de 67,2 a 41,0 por 100.000 habitantes entre 2015 y 2024, mientras que las enfermedades cerebrovasculares se mantienen como la segunda causa de mortalidad cardiovascular, con una ligera reducción en los últimos años. Las enfermedades hipertensivas presentan tasas más bajas que en los hombres, pero siguen siendo un marcador importante del control insuficiente de la presión arterial y de la adherencia terapéutica.

Periodo Perinatal

La mortalidad perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido desde las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud, por ello requieren de análisis y toma de acciones que reduzcan la aparición de casos. A continuación, se analiza la mortalidad específica por el subgrupo de causas de las enfermedades del sistema circulatorio, durante el periodo comprendido entre el 2014 al 2023.

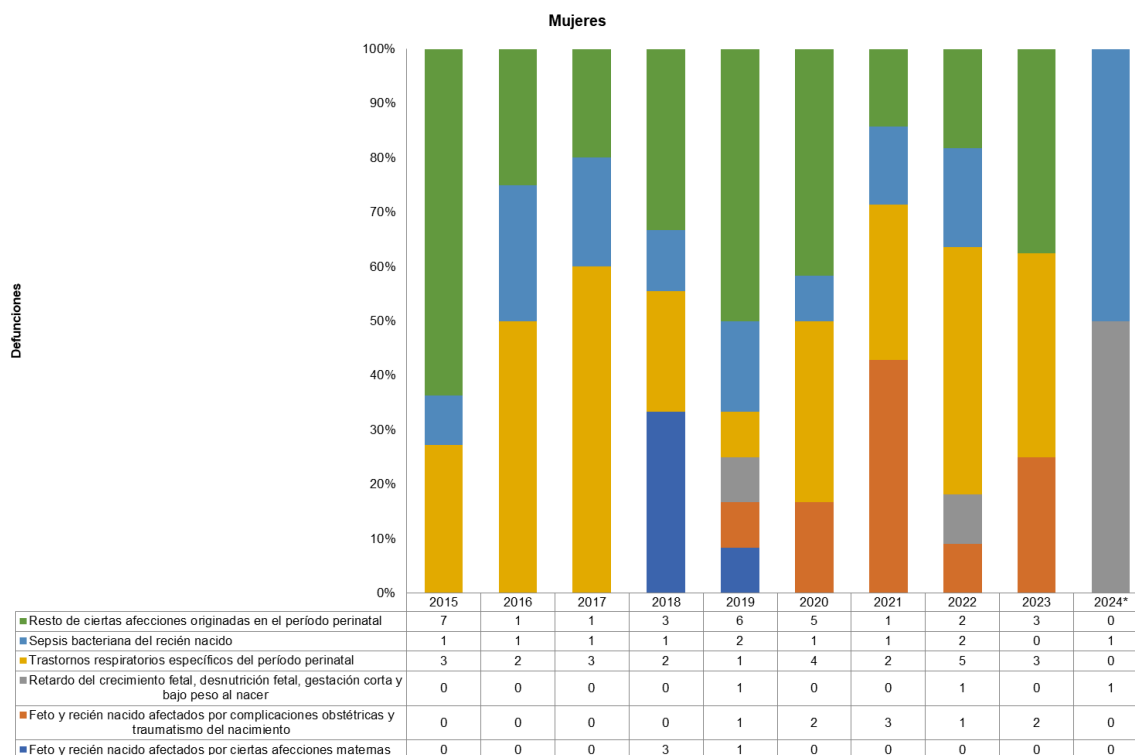
Figura 42. Mortalidad específica subgrupo periodo perinatal en hombres. Bello, 2014-2023.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En las defunciones perinatales de los hombres, se encontraron en el primer lugar las sub causas, resto de afecciones originadas en el periodo perinatal con una proporción para el año 2024 del 50%, en segundo y tercer lugar los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y el retardo del crecimiento fetal, con una proporción para el año 2024 del 25% cada uno. Analizando las defunciones perinatales para las mujeres, se encontraron las sub causas, sepsis bacteriana del recién nacidos y el retardo del crecimiento fetal en igual proporción de ocurrencia (50%).

Figura 43: Mortalidad específica subgrupo periodo perinatal en mujeres. Bello, 2014-2023.



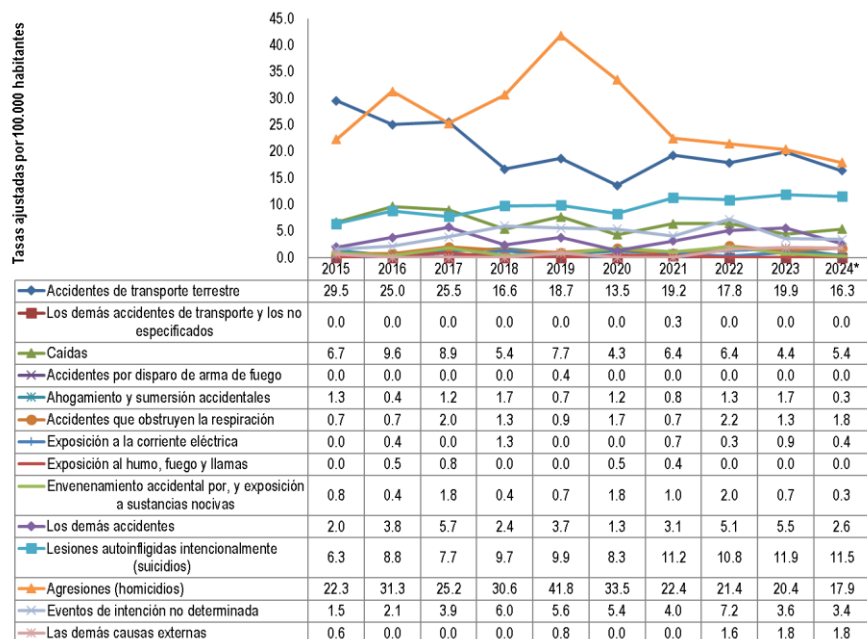
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Causas Externas

El comportamiento de la mortalidad por causas externas en el municipio de Bello durante el periodo 2015–2024 evidencia una reducción progresiva de los eventos violentos y accidentales, con una clara diferencia por sexo.

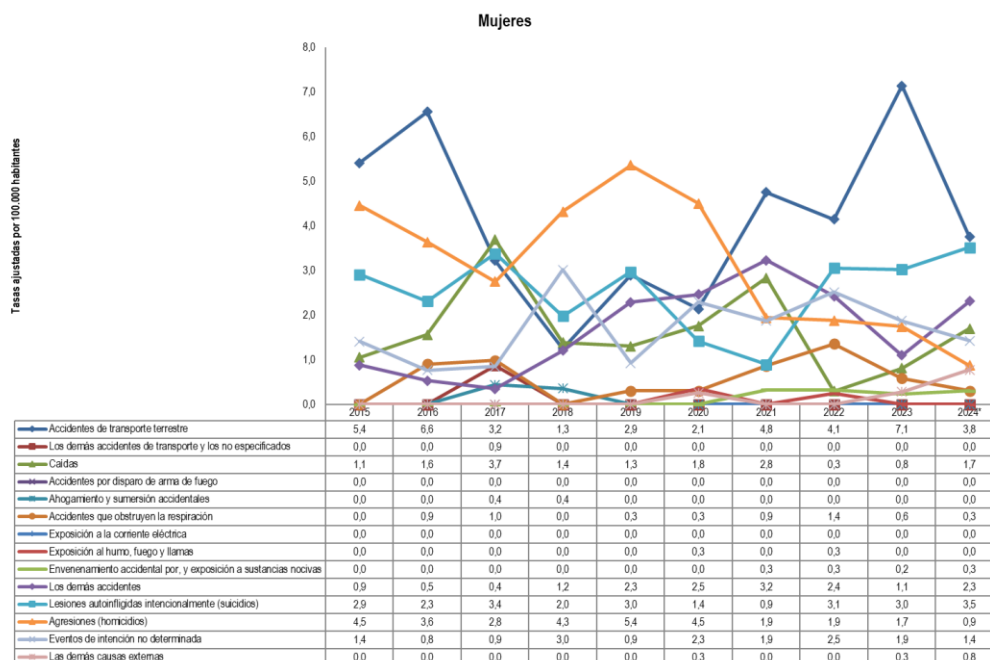
En los hombres, los accidentes que obstruyen la respiración y los accidentes de transporte terrestre se mantienen como las principales causas, seguidas por las lesiones autoinfligidas (suicidios) y las caídas. Las tasas de homicidio presentan un descenso sostenido desde 2019, cuando alcanzaron el valor máximo (41,8 por 100.000 habitantes), hasta 17,9 en 2024, lo que representa una reducción superior al 55%. Este comportamiento refleja el impacto de las estrategias intersectoriales de seguridad y convivencia ciudadana. Los accidentes de transporte muestran una tendencia fluctuante, con picos en 2016 y una disminución final en 2024 (16,3 por 100.000), posiblemente asociada a mejoras en la movilidad urbana y la regulación vial. Por su parte, los suicidios, aunque menos frecuentes, presentan un incremento gradual desde 2015, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la atención en salud mental y la detección temprana del riesgo autolesivo.

Figura 44. Mortalidad específica subgrupo causas externas en hombres. Bello, 2014-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 45. Mortalidad específica por subgrupo causas externas en mujeres. Bello, 2014-2023.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

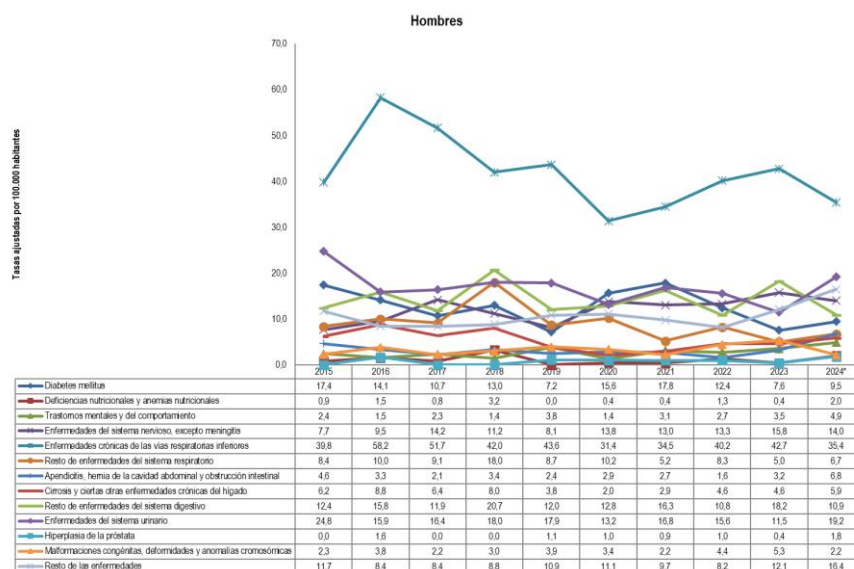
En las mujeres, las tasas de mortalidad por causas externas son significativamente menores, concentrándose en los accidentes de transporte terrestre y las lesiones autoinfligidas. Los homicidios mantienen una tendencia descendente y mínima (de 4,5 en

2015 a 0,9 en 2024), mientras que los suicidios muestran leves fluctuaciones sin un patrón definido. Las caídas, aunque menos letales, presentan incrementos esporádicos en algunos años, especialmente en población mayor.

Demás Causas

El grupo de las demás causas ocupó en el año 2024, el primer lugar en la mortalidad general del municipio de Bello y el primer lugar en la mortalidad para las mujeres. A continuación, se analiza la mortalidad específica por el subgrupo de las demás causas, durante el periodo comprendido entre los años 2015 y 2024*.

Figura 46. Mortalidad específica subgrupo las demás causas en hombres. Bello, 2014-2023.

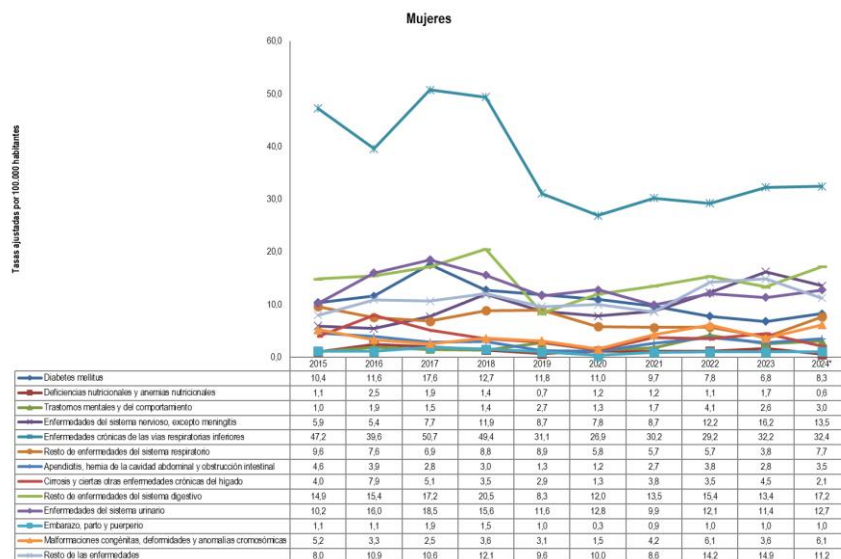


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En 2024*, dentro del grupo de "demás causas", la principal causa de muerte en hombres y mujeres fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con tasas de 35,4 y 32,4 por 100.000 habitantes, respectivamente. En los hombres les siguieron las enfermedades del sistema urinario (19,2) y el grupo "resto de enfermedades" (16,4); en las mujeres, las enfermedades del sistema digestivo (17,2) y las del sistema nervioso (13,5).

El consumo de tabaco, la contaminación del aire, la exposición a sustancias químicas y al polvo se identifican como factores de riesgo clave para estas patologías. Frente a este escenario, la Alcaldía de Bello implementará acciones de prevención del consumo de cigarrillo y vapeadores, con estrategias específicas para distintos grupos poblacionales, orientadas a reducir la carga de enfermedad y mortalidad por causas evitables.

Figura 47. Mortalidad específica subgrupo las demás en mujeres. Bello, 2014-2023.

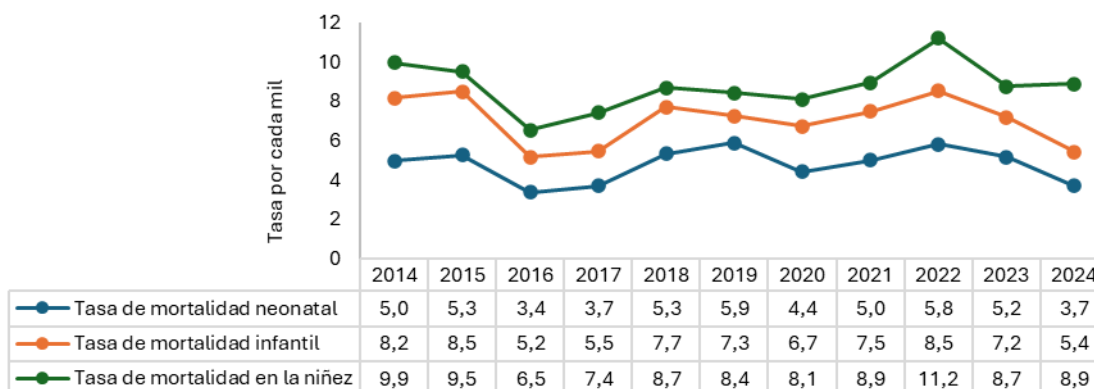


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

La tasa de mortalidad infantil ha sido históricamente una medida de bienestar y desarrollo, usada como indicador de efectividad y calidad en la prestación de servicios. En particular, esta medida es una de las más ampliamente usadas para evaluar estado de salud de los países, regiones y comunidades debido que refleja las dimensiones sociales, económicas y del ambiente en las cuales los niños de una sociedad viven. A continuación, se analizan las tasas específicas de mortalidad en niños y niñas, agrupadas en menores de un año, de uno a cuatro años y en menores de cinco años, según los 16 grandes grupos de la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, para el año 2023.

Figura 48. Mortalidad neonatal, infantil y en la niñez. Bello, 2014-2023.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaria de Salud de Bello.



Entre 2014 y 2024, la mortalidad neonatal, infantil y en la niñez en el municipio muestra una tendencia general a la disminución, con fluctuaciones leves en algunos años. La mortalidad neonatal desciende de 5,0 a 3,7 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la infantil pasa de 8,2 a 5,4, reflejando avances en la atención del parto, el control prenatal y los servicios pediátricos. La mortalidad en la niñez mantiene niveles superiores (promedio de 8,7 por 1.000) con un pico en 2022 (11,2), posiblemente asociado a enfermedades respiratorias agudas y factores sociales del entorno familiar. En conjunto, los indicadores evidencian progresos en la salud materno-infantil, aunque persisten brechas en el seguimiento postnatal, la vigilancia de la primera infancia y la reducción de causas prevenibles.

Tabla 23. Tasas específicas 16 grandes grupos en menores de 1 año. Bello, 2014-2023.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,00		0,40	0,40	0,41	0,00	0,00	0,43	0,00	0,00	0,00		0,20	0,39	0,20	0,00	0,00	0,21	0,00	0,22	0,00	
Tumores (neoplasias)										0,86	0,00									0,00									0,45	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00	0,48		0,00	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,25	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,00	0,00	0,00						0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso		1,18	0,38	0,00	0,00	0,00	0,41	0,40	0,00	0,48	0,41		0,00	0,41	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,20	0,59	0,20	0,20	0,20	0,21	0,21	0,00	0,25	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0,40		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00			0,40	0,00	0,40	0,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		0,20	0,00	0,00	0,19	0,42	0,21	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	1,20		0,00	0,76	0,00	0,37	0,41	0,80	0,00	0,00	0,41		0,40	0,41	0,40	0,40	0,00	0,43	0,47	0,00	0,81		0,20	0,59	0,20	0,39	0,21	0,62	0,22	0,00	
Enfermedades del sistema digestivo			0,00	0,00	0,00	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00		0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,20	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3,99	2,37	3,41	4,93	4,60	3,70	4,06	2,41	4,31	3,87	4,51	1,59	2,01	3,72	4,82	4,83	2,98	4,72	3,73	1,01	4,25	1,98	2,73	4,35	4,71	4,24	3,53	3,53	4,04	2,47	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,20	1,58	1,89	1,14	2,30	2,22	1,62	2,41	2,16	0,48	3,69	2,39	1,21	2,89	1,61	0,81	2,98	3,44	2,33	3,52	2,43	1,98	1,56	1,98	1,96	1,54	2,29	2,91	2,24	1,97	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,80		0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00							0,00	0,00	0,00	0,40		0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48							0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 24. Tasas específicas 16 grandes grupos en niños de 1 a 4 años. Bello, 2014-2023.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			0,00	6,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,89		0,00	3,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,84	
Tumores (neoplasias)	12,87	6,35	0,00	13,86	13,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,54	0,00	0,00	6,58	3,25	0,00	7,13	7,04	0,00	3,67	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,73	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,22	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	3,51	0,00	3,76	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,51		0,00	0,00	6,93	0,00	0,00	0,00	7,73	7,50			6,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,33		3,25	0,00	3,56	0,00	0,00	3,76	3,84	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	6,51		0,00	6,27	0,00	6,84	0,00	0,00	7,73	7,50	6,81		6,64	6,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,66		3,25	3,20	0,00	3,52	0,00	3,76	3,84	0,00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,81		0,00	0,00	0,00	0,00	7,22	0,00	7,71	0,00	3,33		0,00	0,00	0,00	0,00	3,51	0,00	3,76	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio			19,05	6,27	0,00	0,00	0,00	28,67	7,73	7,50	6,81		0,00	0,00	0,00	14,44	0,00	15,77	0,00	3,33		19,74	3,20	0,00	0,00	7,02	14,69	3,76	11,53	11,53	
Enfermedades del sistema digestivo			0,00	0,00	0,00	6,84	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	7,22	7,54	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	3,52	3,51	3,67	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal			6,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		3,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12,87	6,35	0,00	13,86	13,67	0,00	0,00	0,00	7,73	7,50	6,73		0,00	0,00	7,34	7,24	0,00	7,54	0,00	7,89	9,87		0,00	3,20	10,69	3,52	0,00	3,67	3,76	7,79	7,79
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio			0,00	0,00	0,00	6,84	0,00	0,00	0,00	15,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	3,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,53
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,43	6,35	6,27	0,00	0,00	6,82	35,62	0,00	7,50	7,50	6,73	13,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,54	7,71	7,89	6,58	9,76	3,20	0,00	0,00	3,51	22,04	3,76	7,79	7,79	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Tabla 25. Tasas específicas 16 grandes grupos en menores de 5 años. Bello, 2014-2023.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										Mujeres										Total										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			5,06	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,94	0,00		5,37	5,30	5,23	0,00	0,00	5,81	0,00	0,00	6,38		2,62	5,18	5,11	0,00	0,00	2,82	0,00	3,05	3,11	
Tumores (neoplasias)		10,26	5,06	0,00	11,10	10,97	0,00	0,00	11,88	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	6,15	0,00	0,00		5,25	2,59	0,00	5,71	5,65	0,00	2,99	6,10	0,00	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	0,00	5,94	6,06				0,00	5,23	0,00	0,00	5,81	0,00	0,00			0,00	2,56	0,00	0,00	5,64	0,00	3,05	3,11	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,19		0,00	0,00	5,55	0,00	0,00	0,00	5,94	6,06				5,30	0,00	0,00	0,00	6,15	0,00	0,00	2,66		2,59	0,00	2,86	0,00	0,00	2,99	3,05	3,11	
Enfermedades del sistema nervioso	5,19	5,38	5,06	5,00	0,00	5,49	5,48	5,83	5,94	12,11	10,8784		5,30	5,23	5,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,97	7,87	5,18	5,11	2,86	2,82	2,82	2,99	3,05	6,21	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	5,19		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,83	0,00	0,00	4,9392		5,30	0,00	0,00	5,82	7,42	0,00	6,26	5,31		3,31	2,59	0,00	0,00	2,82	8,46	2,99	3,05	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	5,58	5,18	4,99	0,00	5,49	5,48	5,94	5,94	6,06	10,8784		5,30	5,23	5,88	5,82	1,61	6,15	6,26	2,76	3,28	10,35	10,22	2,86	5,65	8,46	2,94	6,10	9,32	3,05	0,00	
Enfermedades del sistema digestivo			0,00	0,00	10,97	0,00	0,00	0,00	0,00		5,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,15	0,00	0,00		2,62	0,00	0,00	0,00	5,65	2,82	2,99	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario			0,00	0,00	0,00	5,48	0,00	0,00	0,00																						
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5,19	30,77	50,5	64,56	66,66	54,87	54,80	34,98	69,41	48,45	59,8314	21,48	26,49	47,19	70,61	19,80	40,64	67,60	50,09	12,76	55,80	26,23	38,82	56,23	68,55	62,17	47,92	50,86	54,87	31,07	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,556	38,77	26,30	19,99	44,40	32,92	21,92	34,98	35,65	12,11	48,953	37,60	15,90	36,62	29,42	17,45	80,64	55,31	31,31	51,06	31,88	34,10	20,17	28,11	37,13	25,41	31,01	44,88	33,53	31,07	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,39		5,06	0,00	0,00	0,00	5,49	0,166	0,00	12,11				0,00	0,00	0,00	6,15	0,00	0,00	5,31		2,59	0,00	0,00	2,82	0,00	0,00	2,82	8,48	0,00	9,32
Todas las demás enfermedades			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad		5,13	5,06	5,00	0,00	0,00	5,48	29,15	0,00	12,11		5,37	10,60	0,00	0,00	0,00	6,15	6,26	6,38		5,25	7,76	2,56	0,00	0,00	0,00	2,82	17,95	3,05	9,32	

Tabla 26. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil - niñez. Bello, 2015-2024*

Causa de muerte	Antioquia	Bello	Comportamiento									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Razón de mortalidad materna	30,7	74,0	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	5,4	3,7	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	8,4	5,4	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	11,5	8,9	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7,3	9,3	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,8	6,2	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	-	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,3	3,1	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	↗

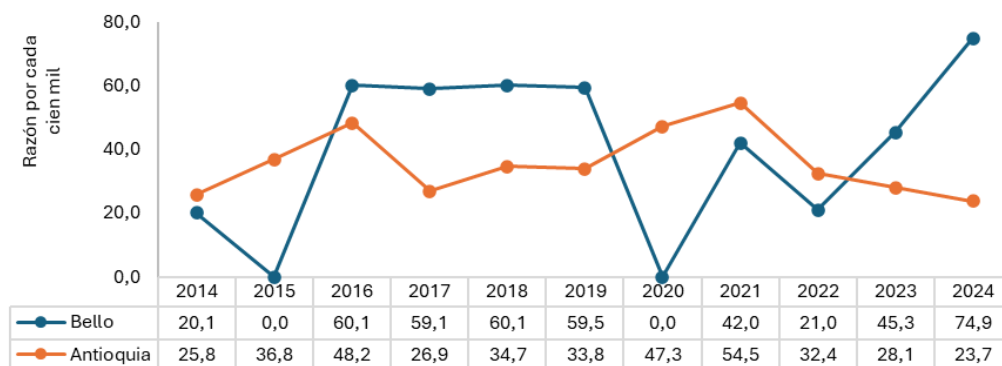
Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

La tabla de semaforización 2015 a 2024* muestra que Bello presenta un comportamiento diferenciado en la mortalidad materno-infantil y de la niñez frente a Antioquia entre 2015 y 2024*. La razón de mortalidad materna es el indicador más crítico: con 74,0 por 100.000 nacidos vivos, más del doble del promedio departamental (30,7), señalada en rojo, lo que la posiciona como prioridad absoluta de intervención en calidad de atención prenatal, parto, emergencia obstétrica y vigilancia de muertes maternas evitables.

En contraste, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez se ubican por debajo del promedio departamental (semaforización amarilla), lo que sugiere un desempeño relativamente favorable, aunque aún sin alcanzar niveles óptimos. Sin embargo, Bello registra tasas superiores a Antioquia en IRA y EDA en menores de cinco años, así como valores similares en mortalidad por desnutrición, evidenciando vulnerabilidad en infecciones respiratorias, diarreas y determinantes nutricionales.

La tendencia 2015-2024* refleja, en general, disminuciones progresivas, pero con fluctuaciones que obligan a consolidar acciones integrales en salud materna, primera infancia, nutrición, saneamiento básico y atención oportuna de eventos respiratorios y diarreicos.

Figura 49. Razón de mortalidad materna 42 días por etnia. Bello, 2009-2023

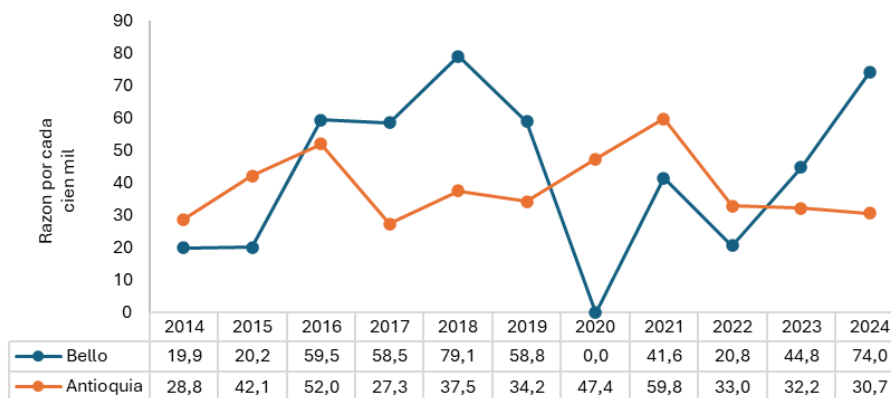


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaría de Salud.

En la revisión se identificó ausencia o inconsistencia de datos en los grupos étnicos indígena, ROM, raizal, palenquero y afrodescendiente, lo que impide establecer tendencias válidas por subregistro y baja representatividad. Por ello, el análisis se centra en la población sin pertenencia étnica, que concentra la mayoría de los eventos materno-neonatales en Bello y Antioquia.

Se tomó como periodo de referencia 2014–2024, año a partir del cual la información presenta mayor completitud y consistencia en la variable étnica, garantizando la comparabilidad y validez epidemiológica de los resultados. En la población sin pertenencia étnica, que concentra la mayor proporción de nacimientos y defunciones materno-neonatales, Bello presenta una razón de mortalidad materna con alta variabilidad interanual, alcanzando picos en 2016 (60,1 por 100.000 nacidos vivos) y 2024 (74,9), superiores al promedio departamental (23,7 en 2024). Estas fluctuaciones reflejan la sensibilidad del indicador frente al bajo número absoluto de casos y posibles diferencias en la oportunidad y calidad de la atención obstétrica. En contraste, Antioquia evidencia un comportamiento más estable y descendente, con reducción sostenida desde 2017, lo que sugiere una mayor consolidación de los programas de control prenatal, atención institucional del parto y vigilancia de muertes maternas.

Figura 50. Razón de mortalidad materna a 42 días por área de residencia. Bello, 2014-2024*

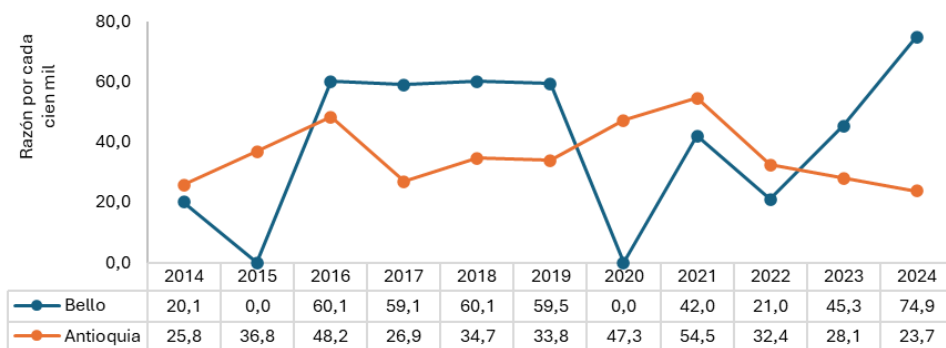


Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaría de Salud.

Para el análisis de la razón y la tasa de mortalidad materna y neonatal por área geográfica, se consideró únicamente el total general del municipio y del departamento, dado que la cabecera urbana concentra la mayor proporción de eventos y las demás zonas presentan registros inestables o nulos. Esta decisión garantiza la consistencia estadística y la comparabilidad territorial de los resultados conforme a los lineamientos del ASIS Territorial (MSPS, 2024).

La razón de mortalidad materna en Bello muestra una tendencia fluctuante e inestable durante el periodo 2014–2024, con picos notables en 2016 (59,5), 2018 (79,1) y 2024 (74,0 por 100.000 nacidos vivos). Estos incrementos contrastan con la tendencia departamental, que mantiene un comportamiento más uniforme y con valores sistemáticamente menores (promedio de 38,5 frente a 48,2 en Bello). Las variaciones locales reflejan la sensibilidad del indicador ante el bajo número de eventos, el subregistro y posibles oscilaciones en la captación de casos, lo que limita la interpretación de tendencias sostenidas.

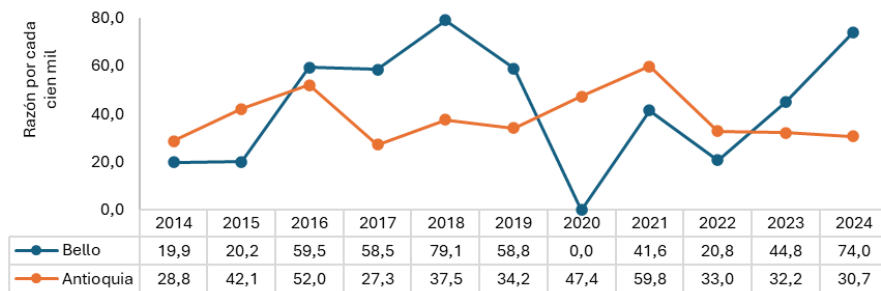
Figura 51. Tasa de mortalidad neonatal por etnia. Bello, 2009-2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaría de Salud.

Respecto a la tasa de mortalidad neonatal, Bello mantiene valores similares o ligeramente inferiores al promedio departamental, con una tendencia estable entre 2018 y 2023 (alrededor de 5 por 1.000 nacidos vivos) y un descenso notable en 2024 (3,7), posiblemente asociado al fortalecimiento de la atención perinatal y neonatal.

Figura 52. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia. Bello, 2009-2024*



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaría de Salud.

Por su parte, la tasa de mortalidad neonatal en Bello conserva niveles similares o ligeramente inferiores a los de Antioquia, con un promedio de 4,9 por 1.000 nacidos vivos frente a 5,6 en el departamento. Aunque se observan picos interanuales (2019 y 2022), la tendencia general es descendente, sugiriendo avances en la atención perinatal y neonatal, en línea con el fortalecimiento del control prenatal y la vigilancia de riesgo obstétrico.

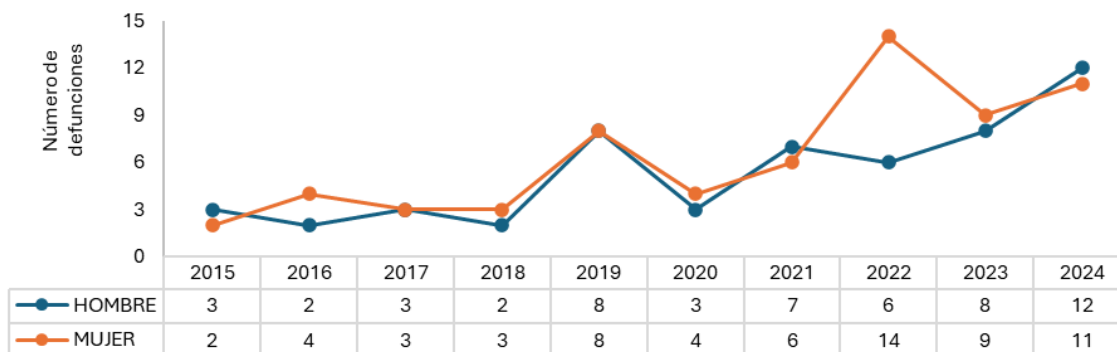
El comportamiento comparativo sugiere que, aunque Bello mantiene avances en la reducción de la mortalidad neonatal, persisten desafíos en la mortalidad materna, donde la variabilidad de las tasas indica la necesidad de fortalecer la vigilancia obstétrica, la calidad de la atención prenatal y la respuesta ante emergencias maternas.

3.1.4 Mortalidad relacionada con Salud Mental

Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento

Durante el periodo 2015–2024, la mortalidad asociada trastornos mentales y de comportamiento muestra una tendencia creciente, particularmente en los trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99), que presentan un incremento sostenido a partir de 2019. En los hombres, las defunciones aumentan de 3 en 2015 a 12 en 2024, mientras que en las mujeres pasan de 2 a 11, con un pico máximo en 2022 (14 muertes femeninas). Este comportamiento sugiere un aumento en la carga de enfermedad asociada a trastornos depresivos, ansiosos y del espectro psicótico, en probable relación con factores psicosociales, consumo de sustancias y secuelas de la pandemia de COVID-19.

Figura 53. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento. Bello, 2015-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaría de Salud.

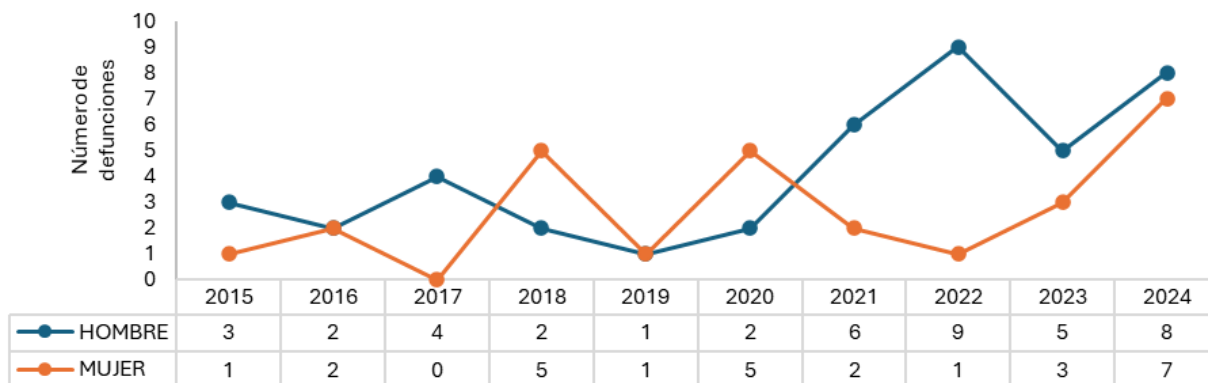
La mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento, refleja una tendencia ascendente para ambos sexos y aunque la mortalidad por esta causa es baja, es importante identificar los factores asociados e intervenirlos, a su vez que los aseguradores brinden a estas personas tratamientos integrales, con el fin de que preserven la vida y el estado óptimo de salud tanto física como mental.

Mortalidad por epilepsia

Durante el periodo 2005 a 2023 se registran un total de 94 casos de mortalidad por epilepsia afectando en un 64% a los hombres y en un 36% a las mujeres. El Municipio de Bello debe garantizar de manera prioritaria la protección y atención integral de las personas

que padecen epilepsia y que se les brinden las atenciones en salud requeridas que eviten que su condición de salud empeore.

Figura 54. Mortalidad por epilepsia. Bello, 2005-2024*.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS. Secretaría de Salud.

3.1.5 Conclusiones de mortalidad

Entre 2015 y 2024, Bello consolida una transición epidemiológica avanzada, con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles —en especial del sistema circulatorio y neoplasias— que concentran más del 60% de las muertes y muestran tendencia descendente, reflejando avances en atención primaria y control de riesgos. Las causas externas siguen afectando principalmente a hombres en edad productiva, con disminución de homicidios y accidentes de tránsito, pero aumento de suicidios que exige fortalecer la salud mental.

En el componente materno-infantil se reducen mortalidad neonatal e infantil, aunque la mortalidad materna continúa inestable y demanda mejor vigilancia y respuesta obstétrica. Se observa incremento de muertes por trastornos mentales, del comportamiento y epilepsia, lo que refuerza la necesidad de una atención integral en salud mental y neurológica. Los AVPP disminuyen para cardiovasculares y cáncer, pero aumentan las causas mal definidas, evidenciando debilidades en el registro. En conjunto, el municipio enfrenta un perfil dominado por crónicas prevenibles, con progresos relevantes y retos críticos en salud mental, mortalidad materna y calidad de la información.

3.2 Análisis de la morbilidad

3.2.1 Principales causas de morbilidad

El análisis de morbilidad, basado en los porcentajes acumulados del periodo 2015–2024, evidencia que las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de atención en salud en todos los grupos de edad y sexos, con una mayor participación relativa en la

población adulta y mayor, donde alcanzan el 69% en hombres y el 74,2% en mujeres, llegando a valores superiores al 80% en la vejez. Este patrón refleja la consolidación del perfil crónico-degenerativo del municipio y el impacto del envejecimiento poblacional. Las condiciones transmisibles y nutricionales muestran una mayor proporción en la primera infancia (34,9% en hombres y 34,7% en mujeres), disminuyendo en importancia relativa en los grupos subsiguientes, lo que sugiere avances sostenidos en vacunación, saneamiento básico y atención primaria.

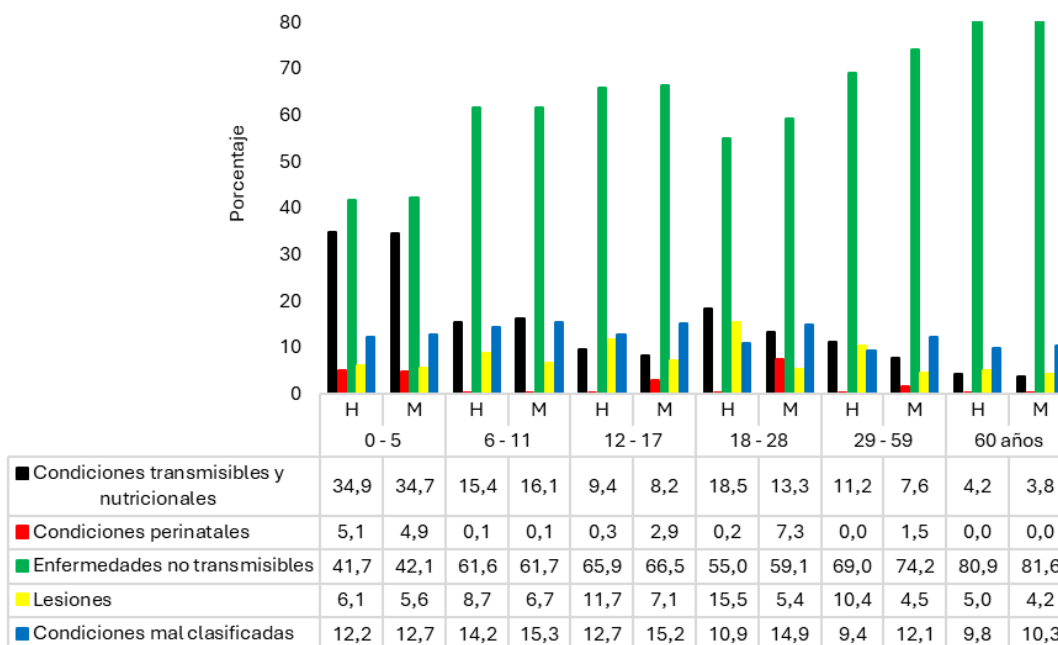
Las lesiones presentan mayor peso en los hombres, especialmente en la adolescencia y juventud (entre 11% y 15%), asociadas a causas externas y factores conductuales. Las condiciones perinatales se concentran en la primera infancia y en menor medida en la juventud femenina (7,3%), mientras que las condiciones mal clasificadas se mantienen entre 9% y 15% en todos los grupos etarios, indicando limitaciones persistentes en la calidad del registro clínico.

Tabla 27. Morbilidad por curso de vida. Bello, 2015-2024.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37,32	39,34	35,75	34,10	32,30	24,43	26,54	43,20	38,92	38,16	-5,76
	Condiciones perinatales	4,42	2,72	2,94	3,14	3,04	7,44	8,36	7,74	7,54	8,89	1,34
	Enfermedades no transmisibles	42,67	40,52	42,86	44,38	45,68	45,03	44,15	32,16	36,32	39,73	3,42
	Lesiones	4,83	5,13	4,96	4,43	6,27	9,20	6,94	6,18	6,82	7,10	0,28
	Condiciones mal clasificadas	10,75	12,29	13,48	13,95	12,72	13,89	14,01	10,73	10,40	11,12	0,72
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,04	19,10	17,30	14,94	14,11	9,89	8,53	21,77	21,32	15,57	-5,75
	Condiciones maternas	0,16	0,09	0,08	0,07	0,14	0,07	0,05	0,01	0,14	0,03	-0,11
	Enfermedades no transmisibles	64,52	58,89	59,10	62,50	63,94	64,96	65,90	53,67	56,46	63,06	6,59
	Lesiones	6,16	7,46	6,72	5,99	6,66	8,81	8,80	11,34	11,02	10,60	-0,42
	Condiciones mal clasificadas	13,12	14,46	16,79	16,50	15,15	16,26	16,72	13,21	11,05	10,74	-0,32
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,71	11,06	11,24	9,87	8,16	6,60	4,95	7,73	8,35	8,33	-0,02
	Condiciones maternas	2,11	1,94	1,42	1,18	1,40	2,02	1,88	2,57	2,97	1,80	-1,17
	Enfermedades no transmisibles	68,06	64,11	62,57	65,69	68,02	69,26	69,14	62,32	65,25	66,87	1,62
	Lesiones	7,60	9,07	8,87	7,87	7,55	7,70	9,85	14,68	12,91	10,93	-1,98
	Condiciones mal clasificadas	13,53	13,82	15,90	15,40	14,87	14,41	14,18	12,70	10,51	12,06	1,55
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,21	19,36	17,87	17,41	16,05	12,20	8,01	10,08	12,59	13,85	1,26
	Condiciones maternas	4,39	4,35	3,63	3,12	3,76	7,09	5,65	7,35	5,42	5,24	-0,18
	Enfermedades no transmisibles	58,79	55,67	56,35	58,74	58,46	56,31	58,55	53,28	57,62	59,49	1,87
	Lesiones	7,94	8,64	8,58	7,42	8,25	9,23	9,95	13,32	14,03	11,56	-2,47
	Condiciones mal clasificadas	11,67	11,98	13,57	13,31	13,49	15,16	17,84	15,97	10,34	9,85	-0,49
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,72	11,41	10,82	10,20	8,87	7,10	5,37	6,77	8,24	9,31	1,07
	Condiciones maternas	0,92	0,97	0,77	0,69	0,80	1,18	1,28	1,49	1,04	0,89	-0,15
	Enfermedades no transmisibles	73,99	70,70	70,91	72,08	73,11	74,28	73,67	67,95	71,14	72,75	1,61
	Lesiones	5,36	6,59	5,72	5,27	5,78	6,80	7,50	9,88	10,37	8,98	-1,39
	Condiciones mal clasificadas	10,01	10,33	11,79	11,76	11,43	10,64	12,19	13,91	9,21	8,07	-1,14
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,59	4,40	4,54	4,58	3,76	4,18	2,17	4,09	4,22	3,72	-0,50
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,02	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	84,27	81,34	77,75	76,36	79,63	84,50	84,65	79,84	83,54	85,14	1,60
	Lesiones	3,55	6,71	4,21	3,85	4,50	4,27	5,46	4,36	4,87	4,40	-0,47
	Condiciones mal clasificadas	7,59	7,55	13,49	15,22	12,10	7,05	7,72	11,70	7,32	6,73	-0,59

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Figura 55. Morbilidad según curso de vida y sexo. Bello, 2015–2024



3.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

El análisis de la morbilidad en Bello entre 2015 y 2024 evidencia un predominio sostenido de las condiciones transmisibles y nutricionales, que representan cerca del 45% de los casos reportados, aunque con leve incremento en el último año (+7,5 p.p.), impulsado principalmente por las infecciones respiratorias agudas, que siguen siendo la principal causa de atención en salud, a pesar de mostrar una tendencia general a la baja (-7,7 p.p.). También se mantienen relevantes las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las deficiencias nutricionales, que registran estabilidad con ligeras variaciones anuales. En contraste, las condiciones maternas y perinatales continúan con tendencia descendente, reflejando mejoras en la atención prenatal, del parto y del recién nacido.

Las enfermedades no transmisibles muestran un incremento progresivo, alcanzando proporciones cercanas al 50% de la carga de morbilidad en 2024, en línea con la transición epidemiológica del municipio. Dentro de este grupo destacan los aumentos en trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99), que alcanzan su nivel más alto en el periodo (+1,83 p.p.), junto con los trastornos neurológicos (F01–G98) y cardiovasculares (I00–I99), que reflejan la creciente carga de las enfermedades crónicas. Por otro lado, las lesiones no intencionales —vinculadas a accidentes domésticos y de tránsito— mantienen una participación significativa, aunque con leve descenso reciente. En conjunto, la morbilidad de Bello 2015–2024 confirma una evolución hacia un perfil mixto, donde



coexisten enfermedades transmisibles persistentes con el aumento de patologías crónicas y de salud mental, demandando una respuesta integral y multisectorial en salud pública.

Tabla 28. Morbilidad por subcausas. Bello, 2015-2024.

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total										Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45,29	48,62	47,17	50,31	49,02	55,55	56,70	41,02	47,40	54,94	7,54
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,65	49,29	49,86	46,86	47,90	40,45	37,67	54,00	48,60	40,85	-7,75
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	2,06	2,10	2,97	2,83	3,08	4,00	5,62	4,99	4,00	4,21	0,21
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	78,58	88,15	84,36	82,05	85,95	84,38	78,86	72,10	69,92	70,98	1,07
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	21,42	11,85	15,64	17,95	14,05	15,62	21,14	27,90	30,08	29,02	-1,07
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)	1,97	2,02	1,90	1,83	2,02	2,80	3,11	4,06	4,06	3,08	-0,98
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,17	1,23	1,14	1,24	1,26	1,27	1,51	1,49	1,37	1,27	-0,10
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,60	3,05	3,65	3,43	3,78	5,54	5,00	3,73	3,80	4,85	1,05
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,18	5,65	5,92	6,35	6,34	6,02	6,93	4,45	4,56	5,47	0,91
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,59	9,48	8,68	10,16	10,28	10,98	12,38	10,76	12,26	11,88	-0,38
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,63	8,37	8,24	7,28	6,91	6,09	6,17	8,56	8,82	8,13	-0,69
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	12,48	12,17	15,52	14,62	15,95	23,76	19,96	20,65	20,00	18,69	-1,31
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,12	4,21	4,48	4,58	4,02	4,78	4,72	5,89	5,23	4,28	-0,86
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,29	6,33	6,21	6,43	6,46	5,90	5,56	7,09	6,55	6,30	-0,25
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,40	11,48	10,91	11,08	10,65	9,98	9,63	9,25	9,43	9,68	0,25
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,28	5,48	5,23	5,29	4,89	4,48	5,41	3,87	3,80	4,03	0,23
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	16,20	16,98	16,59	16,93	16,46	13,33	13,98	12,58	12,89	14,02	1,12
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,60	0,57	0,56	0,59	0,56	0,49	0,60	0,66	0,57	0,53	-0,04
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Condiciones orales (K00-K14)	16,50	13,00	10,97	10,18	10,42	4,57	5,03	6,97	6,66	7,79	1,13
	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,93	18,91	8,32	10,78	15,29	14,20	14,54	5,07	5,03	6,31	1,28
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,60	0,33	0,44	0,39	0,40	0,50	0,68	1,36	0,92	0,65	-0,27
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,04	0,02	0,03	0,02	0,04	0,04	0,07	0,10	0,09	0,06	-0,03
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,43	80,74	91,21	88,81	84,27	85,26	84,71	93,47	93,96	92,98	-0,97
		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00
		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00
		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.3 Morbilidad específica salud mental

El análisis de la morbilidad por salud mental en Bello entre 2015 y 2024 muestra un incremento sostenido en todos los grupos del ciclo vital, evidenciando la creciente relevancia de los trastornos mentales y del comportamiento en la salud pública municipal. Las mayores prevalencias se observan en la juventud y adultez, con proporciones que alcanzan el 60,1% y 59,7% respectivamente en 2024, seguidas por la vejez (66,0%) y la adolescencia (64,7%). Este patrón refleja tanto una mayor detección de casos como un aumento real de la afectación emocional y psicosocial en la población. Los trastornos depresivos y de ansiedad concentran la mayor carga de morbilidad, mientras que los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas muestran un crecimiento

relevante, especialmente en jóvenes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer acciones preventivas y de intervención temprana.

Por ciclo vital, la juventud y la adultez representan los grupos de mayor riesgo por exposición a factores sociales, económicos y laborales que influyen en el bienestar mental. En la población infantil y adolescente, el incremento de casos de depresión y ansiedad sugiere la urgencia de fortalecer programas escolares de salud emocional y prevención de violencias. En los adultos mayores, los trastornos cognitivos y depresivos adquieren mayor peso, relacionados con el aislamiento y las condiciones crónicas de salud. En conjunto, la tendencia 2015–2024 evidencia que Bello enfrenta una expansión transversal de los problemas de salud mental, requiriendo políticas integrales que articulen promoción, prevención, atención primaria y rehabilitación psicosocial, con enfoque diferencial por edad y género.

Tabla 29. Morbilidad específica salud mental Bello, 2011-2023.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2024-2023
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74.95	71.32	67.64	71.39	71.61	70.18	70.55	66.47	64.59	76.69	12.10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.00	0.50	0.00	0.03	0.75	0.40	0.20	0.00	1.29	0.10	-1.19	
	Epilepsia	20.39	23.13	28.76	24.22	20.77	21.20	24.22	18.47	26.92	16.54	-10.38	
	Depresión	1.05	0.84	0.23	0.76	1.07	0.85	0.31	0.00	0.18	0.31	0.12	
	Ansiedad	3.61	4.21	3.37	3.60	5.80	7.37	4.72	15.06	7.02	6.36	-0.66	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	79.20	77.31	77.65	83.10	82.44	79.08	77.43	80.60	82.27	86.69	4.42	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0.02	0.09	0.05	0.05	0.06	0.19	0.11	0.08	1.31	0.10	-1.21	
	Epilepsia	13.36	8.58	14.17	6.49	6.80	11.24	11.50	10.41	6.13	3.92	-2.22	
	Depresión	3.79	8.12	3.73	5.39	5.59	2.83	3.59	2.34	2.38	1.46	-0.92	
	Ansiedad	3.63	5.90	4.40	4.98	5.11	6.66	7.37	6.57	7.90	7.83	-0.07	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	65.94	63.50	63.32	64.22	64.33	66.53	62.22	61.30	61.28	64.72	3.44	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6.80	8.80	5.48	8.42	5.20	4.14	2.22	4.29	5.75	4.73	-1.02	
	Epilepsia	8.32	5.27	7.23	4.11	4.04	5.28	4.82	5.10	5.32	3.95	-1.36	
	Depresión	11.89	14.85	15.11	15.69	15.30	12.03	17.34	11.11	10.88	8.20	-2.69	
	Ansiedad	7.05	7.58	8.86	7.57	11.14	12.03	13.40	18.20	16.77	18.41	1.63	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	63.27	59.83	54.41	56.31	57.18	57.25	56.80	57.51	57.33	60.16	2.83	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8.88	7.92	7.59	13.02	7.49	7.04	5.29	12.50	9.94	6.07	-3.87	
	Epilepsia	7.16	6.28	12.24	8.14	5.65	6.53	4.86	6.52	5.83	4.67	-1.16	
	Depresión	9.79	13.73	13.72	13.21	16.00	13.25	17.65	6.88	7.86	7.89	0.03	
	Ansiedad	10.90	12.24	12.04	9.32	13.68	15.93	15.40	16.59	19.03	21.21	2.18	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	64.59	58.64	56.79	57.06	56.47	55.79	54.82	57.11	58.86	59.92	1.06	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3.70	3.85	3.80	6.15	3.74	3.70	3.45	10.07	8.47	9.76	1.29	
	Epilepsia	6.30	6.74	8.58	6.50	5.71	8.44	7.04	7.25	6.06	4.73	-1.33	
	Depresión	13.19	17.91	17.24	16.35	18.14	13.13	16.19	7.40	7.74	7.08	-0.67	
	Ansiedad	12.21	12.86	13.58	11.94	15.94	18.95	18.50	18.16	18.86	18.51	-0.35	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	72.87	67.39	68.57	66.84	64.63	67.81	65.45	65.70	67.12	66.08	-1.04	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.60	1.37	1.00	1.32	1.37	0.86	1.00	2.66	5.60	3.71	-1.89	
	Epilepsia	4.69	4.47	6.90	5.81	5.25	8.07	8.16	9.33	5.90	5.49	-0.41	
	Depresión	12.25	16.55	14.16	16.63	15.03	8.68	10.38	7.61	6.46	7.72	1.26	
	Ansiedad	8.60	10.21	9.37	9.40	13.72	14.58	15.01	14.72	14.92	17.00	2.09	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.4 Morbilidad de eventos de alto costo

Las enfermedades de alto costo agrupan patologías crónicas o complejas que implican alta demanda asistencial y sostenida en el tiempo. Su análisis permite identificar la presión sobre los servicios de salud y orientar estrategias de prevención secundaria y gestión del riesgo en la población. Las patologías de tipo oncohematológico (leucemias pediátricas

mieloide y linfóide) no fueron incluidas en el análisis debido a la insuficiencia de datos históricos y la variabilidad interanual de registros.

En 2024, Bello registró una prevalencia de 88 casos por 100.000 habitantes, igual al promedio departamental de Antioquia (88), lo que refleja un comportamiento estable frente a la carga de enfermedad renal avanzada. El valor de Bello se mantiene dentro del rango medio del área metropolitana, lo que indica una situación controlada, sin diferencias significativas frente al contexto departamental.

Tabla 30. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos. Bello, 2017-2024.

Evento	Antioquia	Bello	Comportamiento									
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	88,2	88,1	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗		
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 habitantes (año 2024)	10,9	9,0	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de incidencia de VIH notificada por 100.000 afiliados (año 2024)	39,0	40,8	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (año 2023)	1,3	0,0	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	-		
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años) (años 2023)	4,4	4,5	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.5 Morbilidad de eventos precursores

Tabla 31. Morbilidad de eventos precursores. Bello, 2017-2024.

Evento	Antioquia	Bello	Comportamiento									
			2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Prevalencia de diabetes mellitus (año 2024)	4,5	4,3	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗		
Prevalencia de hipertensión arterial (año 2024)	14,7	13,8	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗		

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

En 2024, Bello presentó una prevalencia de diabetes mellitus del 4,3% y de hipertensión arterial del 13,8%, valores similares al promedio departamental. Aunque no se ubica entre los municipios con mayores tasas, estas enfermedades crónicas mantienen una alta carga en la población adulta, asociada al envejecimiento, sedentarismo y hábitos alimentarios, lo que obliga a intervenir urgentemente los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles e implementar un trabajo intensificado en los programas de control de la diabetes.

3.2.6 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Para el análisis del comportamiento epidemiológico en Bello se seleccionaron los eventos que presentan registro continuo, variaciones relevantes o alta carga de enfermedad entre



2015 y 2023, de acuerdo con los criterios del ASIS 2025 y la Guía Conceptual del Ministerio de Salud. Los eventos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, sífilis gestacional y congénita, varicela, parotiditis, cáncer de mama y cuello uterino, morbilidad materna extrema, intento de suicidio, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, intoxicaciones por fármacos y sustancias psicoactivas, y mortalidad asociada a VIH/SIDA, fueron priorizados por su frecuencia, tendencia sostenida y relevancia en salud pública, al reflejar las principales problemáticas que afectan la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población bellanita.

Tabla 32. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria. Bello, 2008-2023.

Evento	Antioquia	Bello	Comportamiento									
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
100 - ACCIDENTE OFIDICO	744	6	↗	-	↘	↗	-	↘	↗	↗		
110 - BAJO PESO AL NACER	0	0	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘		
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	19	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2168	149	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗		
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	2516	147	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗		
210 - DENGUE	5241	29	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗		
217 - CHIKUNGUNYA	5	0	↘	↘	↘	↗	↘	-	-	-		
220 - DENGUE GRAVE	81	2	↗	↘	-	↘	-	-	↗	↗		
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR	0	0	↘	↗	↗	↗	↘	-	-	-		
298 - EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	38	3	-	↗	↘	-	↘	↘	-	↗		
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	19051	1478	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗		
320 - FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	8	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-		
330 - HEPATITIS A (BROTE)	684	80	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗		
340 - HEPATITIS B	275	18	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘		
341 - HEPATITIS C	247	20	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗		
342 - ENFERMEADES HUERFANAS - RARAS	0	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-		
343 - HIPOTIROIDISMO CONGENITO	86	2	↗	↘	-	-	↗	↗	↘	↘		
345 - ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	728	50	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘		
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	6818	383	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘		
356 - INTENTO DE SUICIDIO	6286	623	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗		
357 - INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS	0	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-		
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	819	53	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗		
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4284	451	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗		
380 - INTOXICACIÓN POR METANOL	28	6	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		
390 - INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	12	2	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	92	13	↘	↗	↘	↘	↗	-	-	↗		
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	801	77	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	-		
412 - INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	289	8	↗	↘	↗	↗	-	↘	-	↗		
414 - INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	178	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗		
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1031	1	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘		
430 - LEISHMANIASIS MUCOSA	14	1	-	-	-	-	-	-	-	↗		
450 - LEPRO	6	0	-	↗	↘	↗	-	-	-	↘		
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	199	10	↗	↘	↘	↗	↘	↗	-	↗		
455 - LEPTOSPIROSIS	40	1	↘	-	-	↘	↗	↘	↗	↘		
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	55	6	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗		
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	14	0	↗	-	-	↘	↗	↗	↘	-		
458 - LESIONES POR POLVORA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
459 - CANCER INFANTIL	153	14	↗	↗	↗	↗	-	↘	-	↗		
470 - MALARIA FALCIPARUM	1743	1	-	↗	↘	-	-	↗	↘	↗		
490 - MALARIA VIVAX	14867	6	-	-	-	↗	↘	-	↗	↗		
495 - MALARIA COMPLICADA	299	1	-	-	-	-	↗	-	↘	↗		
500 - MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	30	3	↗	↘	↗	↗	↘	-	↗	↗		
510 - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	7	0	↗	↘	-	↗	↘	-	↗	↘		
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCO	58	6	↗	↗	-	↘	↘	↗	↗	-		
530 - MENINGITIS TUBERCULOSA	72	5	↗	↗	↗	-	↗	↘	↘	↗		
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	3780	213	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘		
550 - MORTALIDAD MATERNA	37	1	↘	↗	↘	↗	↘	-	↘	↗		
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	800	42	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘		
580 - MORTALIDAD POR DENGUE	8	0	↗	↘	-	-	-	-	-	-		
590 - MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	3	0	-	-	↗	↘	-	-	-	-		
600 - MORTALIDAD POR IRA	21	1	↘	-	↗	↘	-	↘	↗	↘		
620 - PAROTIDITIS	744	69	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘		
710 - RUBÉOLA	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	1446	90	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗		
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	156	11	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘		
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	1237	114	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗		

Evento	Antioquia	Bello	Comportamiento								
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
760 - TÉTANOS ACCIDENTAL	2	1	-	-	↗	↘	-	-	-	↗	
800 - TOSFERINA	6	0	↘	↘	-	↗	↘	-	-	↘	
810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	625	60	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	3312	373	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	145	19	↗	↘	↗	↘	-	↗	↗	↗	
831 - VARICELA INDIVIDUAL	2895	242	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	2976	304	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
875 - VCM, VIF, VSX	24602	1274	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	
880 - VIRUELA SIMICA (MONKEYPOX)	36	3	-	-	-	-	-	-	-	↗	
895 - ZIKA	5	0	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

3.2.7 Morbilidad población migrante

El municipio de Bello garantizó durante el año 2025 las atenciones en salud requeridas por la población migrante que habita en el territorio las cuales muestran el siguiente comportamiento:

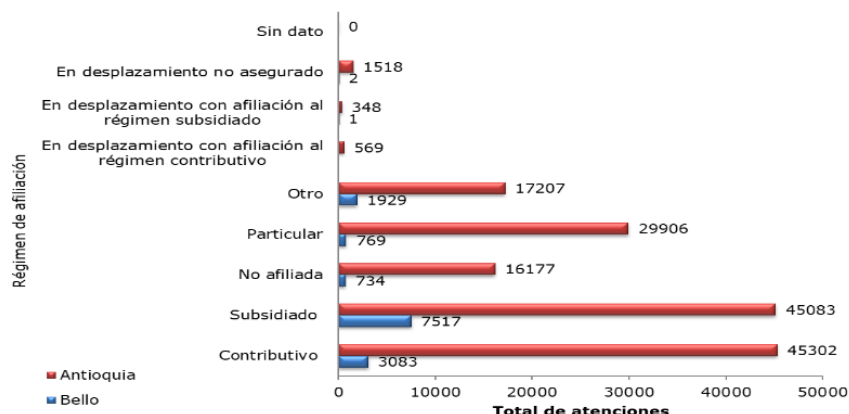
Tabla 33. Atenciones en salud de la población migrante. Bello, 2025.

Tipo de atención	Bello		Antioquia		Concentración Bello
	2025	Distribución	2025	Distribución	Año
Consulta Externa	10.741	39%	105.359	36%	10,2%
Hospitalización	729	3%	9.601	3%	7,6%
Medicamentos	5.689	20%	49.017	17%	11,6%
Procedimientos	9.668	35%	108.447	37%	8,9%
Nacimientos	201	1%	1.927	1%	10,4%
Urgencias	731	3%	15.586	5%	4,7%
Total	27.759	100%	289.937	100%	9,6%

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

De igual manera el Municipio de Bello garantiza la cobertura de aseguramiento en salud de la población migrante que reside en el territorio nacional, en estado regular en los regímenes subsidiado o contributivo, según corresponda. Y para el caso de la población no afiliada se ha garantizado la prestación de los servicios de salud en lo que corresponde a primer nivel de complejidad. Dicha afiliación se distribuyó para el año 2025 de la siguiente manera:

Figura 56. Afiliación en salud de la población migrante. Bello, 2025.



Fuente: DANE-SISPRO-MSPS



3.2.8 Conclusiones de morbilidad

Entre 2015 y 2024, Bello consolida un perfil de morbilidad dominado por enfermedades no transmisibles, especialmente cardiovasculares, metabólicas, musculoesqueléticas y neuropsiquiátricas, concentradas en adultos y personas mayores e impulsadas por envejecimiento, sedentarismo y factores de riesgo crónicos. Las enfermedades transmisibles y nutricionales se mantienen globalmente controladas, aunque persisten eventos prioritarios como tuberculosis, VIH/SIDA e IRAG. Se observan alertas en salud materno-perinatal, con aumento de morbilidad materna extrema y sífilis gestacional, y en salud mental, con crecimiento de intentos de suicidio e intoxicaciones por fármacos y sustancias psicoactivas. Los eventos ambientales y zoonóticos, así como el incremento sostenido de diabetes e hipertensión, refuerzan la carga de condiciones prevenibles. Este panorama exige fortalecer la atención primaria, el control de riesgos, la vigilancia epidemiológica y las acciones intersectoriales, en línea con el ASIS Territorial y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

3.3 Análisis de la cartografía social en la priorización de los efectos de salud

La cartografía elaborada permite visualizar de manera integrada la distribución territorial de los principales eventos de salud, evidenciando diferencias espaciales que impactan la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida en Bello. Los mapas muestran que la carga de enfermedad se concentra en comunas con alta densidad poblacional y vulnerabilidad socioeconómica, donde confluyen hacinamiento, informalidad laboral, deficiencias en saneamiento básico y menor cobertura.

Esta concentración confirma la relación entre los determinantes sociales y la ocurrencia de enfermedades crónicas, transmisibles y eventos materno-perinatales. Desde un enfoque comparativo, los eventos de mayor impacto —como tuberculosis, VIH/SIDA, morbilidad materna extrema e intento de suicidio— son más frecuentes en sectores centrales y surorientales, caracterizados por movilidad poblacional, comercio informal y asentamientos de estratos bajos, mientras que las comunas del norte y occidente registran menores tasas, aunque con agresiones por animales transmisores de rabia e intoxicaciones por plaguicidas asociadas a la ruralidad. Los mapas de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, muestran distribución más homogénea, con ligera concentración en áreas urbanas consolidadas y envejecidas; en contraste, los eventos respiratorios agudos y la desnutrición aguda infantil se agrupan en comunas con mayores carencias sociales, reflejando la interacción entre condiciones ambientales, nutricionales y de vivienda. En conjunto, la cartografía confirma patrones espaciales diferenciados, donde las zonas más inequitativas concentran la carga de enfermedad y orientan la focalización de intervenciones preventivas y el fortalecimiento del acceso a servicios de salud en territorios de alto riesgo.



4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO.

Este capítulo presenta el análisis de las respuestas institucionales, intersectoriales y comunitarias frente a las problemáticas y necesidades de salud identificadas en los capítulos previos del ASIS Bello 2025. Su propósito es reconocer los avances, vacíos y articulaciones existentes entre los diferentes sectores del territorio —salud, educación, inclusión social, medio ambiente, trabajo, movilidad, cultura y participación ciudadana—, para comprender cómo las instituciones, organizaciones y comunidades enfrentan los determinantes sociales y ambientales que condicionan la salud y la calidad de vida.

De acuerdo con la Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción Participativa del ASIS (Ministerio de Salud y Protección Social) y los Lineamientos Departamentales ASIS 2025 de Antioquia, este componente es fundamental para valorar la efectividad de la gestión territorial en salud pública, al evidenciar cómo el conocimiento epidemiológico y social se traduce en acciones concretas, sostenibles y con impacto en el bienestar colectivo.

En concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el análisis de las respuestas de los diferentes actores se orienta a fortalecer la acción intersectorial y comunitaria, promoviendo la corresponsabilidad y la gobernanza territorial en salud. Este enfoque busca garantizar la integralidad en la gestión, el cierre de brechas sociales, la equidad en el acceso a los servicios y la protección de los entornos saludables. El Plan resalta la necesidad de que los territorios avancen hacia una gestión articulada basada en los ejes de determinantes sociales, salud ambiental, promoción de la salud y participación comunitaria, fomentando la cooperación entre niveles de gobierno, sectores productivos, academia y ciudadanía.

Desde esta perspectiva, el análisis de las respuestas no se limita a la descripción de programas o proyectos, sino que permite identificar patrones de articulación, liderazgo comunitario y corresponsabilidad, así como las limitaciones que dificultan la implementación de políticas integrales. De este modo, se promueve un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) que articula el trabajo institucional con las capacidades sociales y territoriales, garantizando que la acción pública en salud se oriente hacia la prevención, la equidad y la sostenibilidad, en coherencia con las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y el propósito de construir territorios saludables, resilientes y participativos.



Tabla 34. Mapeo de actores. Bello, 2025

ID	Núcleo de Inequidad socio-sanitaria	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	Respuesta Institucional		Respuesta organizaciones no gubernamentales		Identificación de posibles conflictos		
				Dependencia o institución	Respuesta actual o a desarrollar en el marco del PDT	Nombre de organización	Respuesta actual o a desarrollar	Actor	Posible beneficio o afectación negativa	Personas u organizaciones que permiten la resolución de los posibles conflictos
1	Núcleo de Inequidad Sociosanitaria: Salud mental y conductas suicidas	Implementar estrategias de promoción del bienestar mental en jóvenes y adultos.	Sectorial	Secretaría de Salud e Inclusión Social	El PDT incluye la meta "Salud mental para todos" con énfasis en prevención del suicidio y atención psicosocial.	Fundesco – Fundación Antioquia Sana	Realizan talleres de autocuidado y acompañamiento psicosocial comunitario.	Comunidad educativa y juvenil	Beneficio: fortalecimiento de factores protectores emocionales y reducción de conductas suicidas.	Comité Municipal de Salud Mental y Mesa de Juventud.
		Fortalecer la línea de atención y escucha para crisis emocionales (línea 106).	Sectorial	Secretaría de Salud y ESE Bello Salud	El PDT contempla fortalecer la red de atención en salud mental y ampliar el servicio 24/7 de la línea 106.	Parroquias y grupos juveniles	Apoyan la difusión y derivación de casos a los servicios de atención.	Usuarios de salud mental	Beneficio: acceso oportuno a orientación y acompañamiento emocional.	Comité de Atención Psicosocial (intersectorial salud-educación-mujer).
		Promover la educación emocional y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en colegios.	Intersectorial	Secretaría de Educación y Secretaría de Salud	Existe convenio intersectorial con el programa "Familias que se cuidan" y "Escuelas saludables".	Colectivos juveniles y fundaciones locales	Desarrollan actividades artísticas y deportivas como estrategias preventivas.	Estudiantes y docentes	Beneficio: reducción del riesgo de consumo y de la deserción escolar.	Comité de Convivencia Escolar y Red de Apoyo Psicosocial.
		Crear redes comunitarias de apoyo a personas con ideación suicida y sus familias.	Intersectorial	Secretaría de las Mujeres – ICBF – ESE Bello Salud	En ejecución el programa "Familias que se cuidan" con acompañamiento psicosocial domiciliario.	Juntas de Acción Comunal, grupos religiosos	Desarrollan acompañamiento y acompañamiento espiritual.	Familias en riesgo psicosocial	Beneficio: fortalecimiento del tejido familiar y reducción del aislamiento emocional.	Mesa Intersectorial de Salud Mental y Familia.
		Capacitar líderes barriales y docentes en detección temprana de riesgo suicida.	Sectorial / Intersectorial	Secretaría de Salud y Educación	El PDT prevé formación anual de 200 líderes en primeros auxilios psicológicos.	Fundesco, colectivos universitarios	Participan como voluntarios en campañas de detección temprana.	Líderes comunitarios y docentes	Beneficio: detección oportuna de casos; posible carga emocional en los líderes capacitados.	Comité de Salud Mental y red de instituciones educativas.
2	Núcleo de Inequidad Sociosanitaria: Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer)	Fortalecer los programas de detección temprana de hipertensión, diabetes y cáncer en la red pública y privada.	Sectorial	Secretaría de Salud – ESE Bello Salud	El PDT contempla la meta "Fortalecer la atención primaria en salud con enfoque en promoción y prevención", con tamizajes cardiovasculares y citologías.	Liga contra el Cáncer – Cruz Roja Colombiana	Realizan campañas periódicas de detección de cáncer de mama y cuello uterino.	Adultos mayores, mujeres y población trabajadora	Beneficio: diagnóstico oportuno; riesgo de sobrecarga del sistema local por aumento de demanda.	Comité de Crónicas No Transmisibles y Red de IPS locales.
		Implementar estrategias de promoción de hábitos saludables (alimentación, actividad física y control del tabaquismo).	Intersectorial	Secretaría de Salud – Secretaría de Deporte y Educación	El PDT incluye el programa "Bello saludable" y campañas escolares de alimentación equilibrada.	Fundaciones deportivas y grupos comunitarios de actividad física	Ejecutan acciones de sensibilización y recreación activa en barrios priorizados.	Comunidad en general	Beneficio: reducción de riesgo cardiovascular; sostenibilidad limitada sin recursos permanentes.	Comité de Deporte y Vida Saludable.



ID	Núcleo de Inequidad socio-sanitaria	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	Respuesta Institucional		Respuesta organizaciones no gubernamentales		Identificación de posibles conflictos		
				Dependencia o institución	Respuesta actual o a desarrollar en el marco del PDT	Nombre de organización	Respuesta actual o a desarrollar	Actor	Posible beneficio o afectación negativa	Personas u organizaciones que permiten la resolución de los posibles conflictos
3		Mejorar la atención integral y la adherencia al tratamiento de personas con enfermedades crónicas.	Sectorial	ESE Bello Salud – EPS locales	Avance en la implementación de rutas integrales de atención (RIA) para hipertensión y diabetes.	Fundación Antioquia Sana – Asociaciones de pacientes	Acompañan emocionalmente a pacientes y promueven la adherencia terapéutica.	Pacientes crónicos y cuidadores	Beneficio: continuidad terapéutica; riesgo de saturación en servicios especializados.	Red de Apoyo a Pacientes Crónicos y Comité de Humanización.
		Desarrollar programas educativos dirigidos a cuidadores y familiares de pacientes crónicos.	Intersectorial	Secretaría de Salud – Secretaría de Bienestar Social	El PDT contempla acciones de educación en salud y autocuidado familiar en población priorizada.	Parroquias y grupos de apoyo comunitario	Realizan talleres sobre cuidado domiciliario y autocontrol emocional.	Familias cuidadoras	Beneficio: empoderamiento familiar; posibles limitaciones por carga de tiempo y recursos.	Programa Familias que se Cuidan.
		Incrementar la capacidad diagnóstica y de seguimiento en cáncer y enfermedades cardiovasculares.	Sectorial	Secretaría de Salud – Gobernación de Antioquia	El PDT alinea sus metas con la Política Nacional de Cáncer (2022–2031), priorizando tamizajes y registros de cáncer.	Liga contra el Cáncer – Hospital Mental María Upegui (apoyo psicosocial)	Implementan programas de apoyo emocional a pacientes oncológicos y crónicos.	Población en riesgo y pacientes diagnosticados	Beneficio: detección precoz; desafío en sostenibilidad de pruebas diagnósticas.	Red Departamental de Cáncer y Mesa Técnica de Salud Pública.
	Núcleo de Inequidad Sociosanitaria: Inseguridad alimentaria y nutricional	Fortalecer el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) con enfoque en primera infancia y mujeres gestantes.	Sectorial	Secretaría de Inclusión Social – Secretaría de Salud	El PDT incluye la meta “Reducir la inseguridad alimentaria” con apoyo a comedores comunitarios y atención nutricional a gestantes y menores.	ICBF – Banco de Alimentos de Medellín	Ejecutan acciones de entrega de complementos alimentarios y formación en nutrición saludable.	Familias en situación de pobreza	Beneficio: mejora de estado nutricional infantil; riesgo de dependencia de subsidios.	Comité Municipal de Seguridad Alimentaria y Consejo de Política Social.
		Promover la producción y el consumo local de alimentos nutritivos mediante huertas urbanas y rurales.	Intersectorial	Secretaría de Agricultura – Secretaría de Medio Ambiente	El PDT promueve la estrategia “Huertas para la vida” en instituciones educativas y comunidades rurales.	Fundaciones comunitarias – Juntas de Acción Comunal	Desarrollan huertas escolares y familiares con acompañamiento técnico.	Comunidades rurales y urbanas	Beneficio: aumento del autoconsumo; riesgo de sostenibilidad sin asistencia técnica.	Mesa de Agricultura Urbana y Programa Antioquia Siembra.
		Fortalecer el componente alimentario del Programa de Alimentación Escolar (PAE), priorizando calidad e inocuidad.	Sectorial	Secretaría de Educación	El PDT prioriza la supervisión y control del PAE, buscando ampliar cobertura y calidad nutricional.	Contratistas PAE – Veedurías escolares	Participan en control social y vigilancia alimentaria.	Estudiantes de instituciones públicas	Beneficio: mayor acceso a alimentación balanceada; riesgo por incumplimientos de operadores.	Veedurías ciudadanas y Contraloría Escolar.
		Implementar campañas de educación nutricional y prevención de sobrepeso y obesidad infantil.	Intersectorial	Secretaría de Salud – Secretaría de Educación – Indesportes	El PDT incluye la estrategia “Muévete Bello” con enfoque en nutrición y actividad física saludable.	Fundesco – Instituciones educativas	Desarrollan talleres de hábitos saludables en colegios.	Niñez y comunidad educativa	Beneficio: reducción del sobrepeso; desafío en adherencia de hábitos familiares.	Comité de Promoción de la Salud y Red de Escuelas Saludables.



ID	Núcleo de Inequidad socio-sanitaria	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	Respuesta Institucional		Respuesta organizaciones no gubernamentales		Identificación de posibles conflictos		
				Dependencia o institución	Respuesta actual o a desarrollar en el marco del PDT	Nombre de organización	Respuesta actual o a desarrollar	Actor	Posible beneficio o afectación negativa	Personas u organizaciones que permiten la resolución de los posibles conflictos
		Generar alianzas con el sector privado para el aprovechamiento de excedentes agrícolas y donaciones alimentarias.	Intersectorial	Secretaría de Desarrollo Económico – Banco de Alimentos	Se promueven convenios de donación y redistribución de alimentos a comunidades vulnerables.	Empresas locales y fundaciones	Entregan donaciones periódicas de productos frescos.	Familias en inseguridad alimentaria	Beneficio: mitigación de hambre; riesgo de dependencia estructural del apoyo externo.	Comité Intersectorial de Solidaridad Alimentaria.
4	Núcleo de Inequidad Sociosanitaria: Violencia intrafamiliar y de género	Fortalecer las rutas integrales de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y de género, con enfoque diferencial.	Sectorial / Intersectorial	Secretaría de las Mujeres – Secretaría de Salud – Comisarías de Familia	El PDT incluye la meta "Fortalecer la atención y protección integral a víctimas de violencia de género e intrafamiliar".	Fundación Antioquia Sana – Corporación Vamos Mujer	Desarrollan acompañamiento psicosocial y jurídico a mujeres víctimas.	Mujeres y familias víctimas	Beneficio: mayor protección y acceso a justicia; riesgo de revictimización en procesos prolongados.	Comité Municipal de Violencias Basadas en Género y Comisarías de Familia.
		Implementar programas de prevención de violencias y promoción de entornos protectores en escuelas, barrios y espacios comunitarios.	Intersectorial	Secretaría de Educación – Secretaría de Participación e Inclusión Social	El PDT impulsa la estrategia "Familias que se cuidan" y campañas en instituciones educativas.	Fundesco – Parroquias – Grupos juveniles	Desarrollan talleres de convivencia, respeto y autocuidado.	Comunidad educativa y familias	Beneficio: fortalecimiento de la cultura de paz; riesgo: baja sostenibilidad sin apoyo continuo.	Red de Convivencia Escolar y Comité de Infancia y Adolescencia.
		Promover la autonomía económica de mujeres víctimas mediante formación y empleabilidad.	Intersectorial	Secretaría de Desarrollo Económico – Secretaría de las Mujeres	El PDT contempla el programa "Mujer Emprende" con acompañamiento a emprendimientos femeninos.	Cooperativas de mujeres y ONG locales	Ejecutan procesos de capacitación en oficios y liderazgo.	Mujeres jefas de hogar	Beneficio: independencia económica; riesgo: desigualdad en acceso a créditos.	Mesa de Género y Secretaría de Desarrollo Económico.
		Fortalecer el acompañamiento psicosocial y atención en crisis para víctimas de violencia intrafamiliar.	Sectorial	ESE Bello Salud – Hospital Mental María Upegui	En ejecución la estrategia "Salud para el Alma" y la línea 106 para atención psicosocial.	Colectivos comunitarios y redes juveniles	Brindan primeros apoyos emocionales y canalizan casos.	Víctimas de violencia y población joven	Beneficio: atención oportuna; riesgo: falta de cobertura total.	Comité Municipal de Salud Mental y Secretaría de las Mujeres.
		Desarrollar estrategias de comunicación y campañas masivas para prevenir violencias de género y promover masculinidades positivas.	Intersectorial	Secretaría de Comunicaciones – Secretaría de Educación – Salud	El PDT incluye campañas de cultura ciudadana y equidad de género.	Medios comunitarios y redes juveniles	Promueven mensajes de respeto y no violencia en espacios públicos y redes.	Población general	Beneficio: sensibilización social; riesgo: resistencia cultural en algunos sectores.	Comité de Comunicaciones por la Equidad y Colectivos Juveniles.



ID	Núcleo de Inequidad socio-sanitaria	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	Respuesta Institucional		Respuesta organizaciones no gubernamentales		Identificación de posibles conflictos		
				Dependencia o institución	Respuesta actual o a desarrollar en el marco del PDT	Nombre de organización	Respuesta actual o a desarrollar	Actor	Posible beneficio o afectación negativa	Personas u organizaciones que permiten la resolución de los posibles conflictos
5	Núcleo de Inequidad Sociosanitaria: Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias	Fortalecer la vigilancia de calidad del aire y los sistemas de alerta temprana ante picos de contaminación.	Sectorial	Secretaría de Medio Ambiente – Área Metropolitana del Valle de Aburrá	El PDT contempla la meta “Implementar estrategias para mejorar la calidad del aire y reducir la contaminación atmosférica”.	Veedurías ambientales y colectivos ecológicos locales	Realizan monitoreos participativos y denuncias ambientales.	Comunidad urbana y periurbana	Beneficio: reducción de exposición a contaminantes; riesgo: afectación económica por restricciones temporales a movilidad.	Mesa Ambiental Municipal y Observatorio de Calidad del Aire.
		Promover la movilidad sostenible mediante uso de transporte público limpio, ciclorrutas y educación vial ambiental.	Intersectorial	Secretaría de Movilidad – Secretaría de Medio Ambiente	El PDT promueve el “Plan de Movilidad Sostenible” y campañas de educación ambiental escolar.	Colectivos ciclistas y grupos juveniles ambientales	Desarrollan actividades de sensibilización y jornadas de movilidad activa.	Población trabajadora y estudiantil	Beneficio: reducción de emisiones; riesgo: falta de infraestructura y continuidad.	Comité de Movilidad Sostenible y Área Metropolitana.
		Implementar programas de arborización y recuperación de zonas verdes urbanas.	Sectorial / Comunitario	Secretaría de Medio Ambiente – Secretaría de Planeación	El PDT incluye la meta “Ampliar el número de metros cuadrados de espacio verde por habitante”.	Fundaciones ambientales y Juntas de Acción Comunal	Ejecutan siembras y mantenimiento de árboles en barrios.	Comunidades urbanas	Beneficio: mejoramiento de microclimas y salud respiratoria; riesgo: falta de mantenimiento posterior.	Red de Voluntarios Ambientales de Bello.
		Controlar las emisiones industriales y fomentar tecnologías limpias en empresas del municipio.	Intersectorial	Secretaría de Medio Ambiente – Secretaría de Desarrollo Económico	El PDT contempla inspecciones ambientales periódicas y apoyo a reconversión tecnológica.	Cámara de Comercio de Bello – Empresas locales	Participan en programas de eficiencia energética y producción limpia.	Sector industrial y comercial	Beneficio: reducción de contaminación; riesgo: incremento de costos operativos.	Mesa de Producción Limpia y Comité Empresarial Ambiental.
		Desarrollar campañas de prevención de infecciones respiratorias agudas (IRA) y promoción de salud ambiental en comunidades vulnerables.	Sectorial / Intersectorial	Secretaría de Salud – ESE Bello Salud	El PDT incluye actividades de APS con énfasis en enfermedades respiratorias y autocuidado ambiental.	Instituciones educativas y redes juveniles	Implementan talleres de prevención y autocuidado en salud respiratoria.	Niñez y adultos mayores	Beneficio: menor incidencia de IRA; riesgo: limitada cobertura en comunas altas.	Comité de Salud Ambiental y Red de Escuelas Saludables.

Fuente: Elaboración Secretaría de Salud



4.1 Metodología del análisis de respuestas

El análisis de respuestas del ASIS Bello 2025 se desarrolló mediante la herramienta de mapeo de actores, que permitió identificar instituciones, organizaciones y comunidades vinculadas con la atención de los determinantes sociales de la salud. Se combinaron fuentes institucionales —como la Secretaría de Salud, informes de gestión y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)— con insumos comunitarios obtenidos de talleres y cartografía social. Los actores fueron clasificados como beneficiarios, cooperantes, oponentes y perjudicados, según la tipología del Departamento Nacional de Planeación. Esta metodología permitió construir una matriz de respuestas, donde se sistematizaron los roles, intereses y articulaciones de los distintos sectores frente a las problemáticas priorizadas.

4.2 Análisis interpretativo de las respuestas institucionales, intersectoriales y sociales

El análisis interpretativo se centró en los cinco núcleos de inequidad en salud priorizados: salud mental, enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), inseguridad alimentaria, violencia intrafamiliar y contaminación ambiental.

Núcleo 1. Salud mental y conductas suicidas

Las respuestas institucionales se articulan en torno al programa “Sanamente”, la Línea 106 y el Comité Municipal de Salud Mental, con estrategias de acompañamiento psicosocial, atención en crisis y promoción de la salud emocional. Se evidencia coordinación con el sector educativo, mediante programas de convivencia escolar y prevención del acoso, así como con el ICBF, la Secretaría de las Mujeres y las universidades locales, que desarrollan acciones de prevención y atención psicosocial en población joven.

A nivel comunitario, los colectivos juveniles, parroquias, Fundesco y Antioquia Sana impulsan talleres de autocuidado y redes de apoyo vecinal. No obstante, persisten vacíos en la cobertura rural, la atención de emergencias psiquiátricas y la sostenibilidad de los programas comunitarios, lo cual limita la continuidad del acompañamiento a grupos vulnerables.

Núcleo 2. Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer)

El municipio desarrolla respuestas integradas a través de la Secretaría de Salud, la ESE Bello Salud, las EPS y la Secretaría de Deportes y Recreación, con énfasis en la detección temprana y control de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y oncológicas. Se



ejecutan actividades de tamizaje, control de riesgo y educación en estilos de vida saludable, articuladas con la estrategia “Bello Activo y Saludable”.

Los clubes de vida saludable, grupos de caminantes y asociaciones de pacientes fortalecen la participación social en autocuidado y adherencia terapéutica. Sin embargo, se identifican brechas en la coordinación entre el primer nivel de atención y las EPS, así como en la vigilancia de factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, sedentarismo). Se requiere mejorar la adherencia a tratamientos y la continuidad en el seguimiento médico comunitario.

Núcleo 3. Inseguridad alimentaria y nutricional

Las respuestas institucionales se enmarcan en los programas de Seguridad Alimentaria y Nutricional liderados por la Secretaría de Inclusión Social, en articulación con el ICBF, el Programa de Alimentación Escolar (PAE) y el Banco de Alimentos de Medellín. Se implementan estrategias de complementación nutricional, mercados solidarios y atención a la desnutrición infantil. A nivel comunitario, se destacan las huertas urbanas, escolares y rurales, impulsadas por madres líderes y organizaciones barriales, que fomentan la soberanía alimentaria.

Pese a estos avances, persisten brechas asociadas a la pobreza multidimensional, la falta de acceso a alimentos nutritivos y la insuficiente cobertura en zonas periféricas. Se requiere fortalecer la intersectorialidad con los sectores educación, agricultura y desarrollo económico, para garantizar la sostenibilidad alimentaria y reducir la malnutrición en la infancia y la vejez.

Núcleo 4. Violencia intrafamiliar y de género

El municipio cuenta con una estructura institucional consolidada para la atención y prevención de las violencias, liderada por la Secretaría de las Mujeres, las Comisarías de Familia, el ICBF y el sector salud.

Las estrategias “Familias que se Cuidan” y las Rutas Integrales de Atención a Víctimas fortalecen la detección, orientación psicosocial y acompañamiento jurídico a mujeres, niños y adolescentes.

En el ámbito comunitario, los colectivos de mujeres, parroquias y grupos juveniles desarrollan campañas de sensibilización, círculos de diálogo y promoción de masculinidades positivas. Aunque la articulación intersectorial es sólida, aún se presentan limitaciones en la detección temprana en zonas rurales, revictimización en procesos judiciales y baja cobertura de atención psicosocial, lo que evidencia la necesidad de ampliar los equipos de atención territorial y fortalecer los mecanismos de seguimiento interinstitucional.



Núcleo 5. Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias

La gestión de este núcleo se enmarca en el Plan Integral de Gestión de la Calidad del Aire (AMVA, 2020–2030) y las acciones del programa “Bello Verde”, que buscan reducir los niveles de material particulado y proteger la salud respiratoria de la población.

Desde el sector salud, la ESE Bello Salud realiza vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y campañas de educación ambiental. Las Secretarías de Medio Ambiente y Movilidad, junto con el Área Metropolitana, desarrollan actividades de monitoreo ambiental, control de emisiones y promoción de la movilidad sostenible. A nivel social, los colectivos ciclistas, grupos ecológicos y veedurías ciudadanas contribuyen a la denuncia y mitigación de los impactos ambientales.

Persisten desafíos en la reducción de fuentes móviles, el fortalecimiento de la educación ambiental y la integración de la salud ambiental en los programas de atención primaria, lo que demanda una coordinación más estrecha entre los sectores de salud, ambiente y planeación urbana.

4.3 Síntesis general

El análisis de los cinco núcleos priorizados muestra un escenario de avances significativos en la articulación institucional e intersectorial, especialmente entre los sectores de salud, educación, inclusión social y medio ambiente. Sin embargo, las respuestas siguen siendo fragmentadas, con desigualdades territoriales y deficiencias en sostenibilidad, continuidad y cobertura. Los programas más exitosos son los que integran el componente técnico con la participación comunitaria y educativa, mientras que las mayores brechas se evidencian en salud mental, ruralidad y salud ambiental.

4.4 Conclusión

El Municipio de Bello dispone de una base sólida de programas de salud pública, pero enfrenta el reto de fortalecer la gobernanza territorial, consolidar los comités municipales de salud y mejorar la gestión del conocimiento para asegurar intervenciones sostenibles y equitativas. Los cinco núcleos priorizados reflejan la necesidad de evolucionar hacia un modelo de gestión integral, con enfoque en determinantes sociales y atención primaria, que impulse la prevención, la participación ciudadana y la articulación intersectorial. Este enfoque, alineado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, permitirá avanzar hacia un territorio saludable, resiliente y comprometido con el bienestar de su población.



5. **CAPITULO V: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO**

El presente capítulo constituye el punto de enlace entre el diagnóstico situacional desarrollado en los capítulos II, III y IV y la formulación de propuestas de acción contenidas en el capítulo VI. Su propósito es establecer, con base en la integración de la evidencia cuantitativa y cualitativa, los problemas y necesidades sociales de salud que requieren atención prioritaria en el municipio de Bello, considerando su impacto en el bienestar de la población, su relevancia territorial y la posibilidad real de intervención intersectorial.

Desde la perspectiva del Análisis de Situación de Salud (ASIS), la priorización es un proceso analítico-participativo que transforma la información en decisión, al ordenar las problemáticas de acuerdo con su importancia relativa y con la capacidad institucional y comunitaria para abordarlas. Este proceso permite orientar los recursos, focalizar las estrategias y garantizar la coherencia entre la planeación sanitaria y la respuesta social, fortaleciendo la gestión del riesgo y la equidad territorial en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En el contexto del municipio de Bello, la priorización se concibe como una herramienta para jerarquizar las inequidades sociosanitarias identificadas en los determinantes estructurales, intermedios y proximales de la salud. La construcción de este orden de prioridades se fundamentó en la valoración técnica de los indicadores de morbilidad, mortalidad y condiciones de vida, así como en la percepción de los actores institucionales, sociales y comunitarios que participaron en los espacios de análisis participativo.

De esta manera, el capítulo busca integrar la mirada técnica con la experiencia social del territorio, reconociendo que los problemas de salud no solo responden a factores epidemiológicos, sino también a condiciones culturales, ambientales y económicas que configuran las desigualdades locales.

En consecuencia, la priorización se convierte en un insumo estratégico para la formulación de políticas públicas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS), garantizando que las decisiones en salud pública respondan de forma contextualizada a las necesidades reales de la población bellanita.



5.1 Tabla de núcleos priorizados con calificación total

El proceso participativo de priorización permitió consolidar, mediante consenso técnico y comunitario, los principales núcleos de inequidad socio sanitaria del municipio de Bello para el horizonte 2025.

La integración de la información cuantitativa —proveniente de los capítulos II, III y IV— con los resultados de los talleres de análisis participativo, posibilitó establecer un orden jerárquico de los problemas de salud pública en función de su impacto social, su trascendencia sanitaria y la factibilidad de intervención institucional e intersectorial.

En la Tabla 1 se presentan los cinco núcleos priorizados, acompañados de las calificaciones obtenidas en cada categoría de análisis (magnitud, pertinencia social e intercultural, trascendencia, factibilidad y viabilidad) y del total resultante que define su posición jerárquica dentro de la matriz municipal.

Estos resultados reflejan no solo la situación epidemiológica del territorio, sino también la lectura social de los determinantes de la salud expresada por los actores comunitarios e institucionales convocados en el ejercicio participativo.

Tabla 35. Núcleos de inequidad socio sanitaria priorizados en el municipio de Bello, 2025

Problema o necesidad en salud	Magnitud	Pertinencia social e intercultural	Trascendencia	Factibilidad de intervención	Viabilidad (recursos y gobernanza)	Total (suma)	Prioridad
Salud mental y conductas suicidas	4	5	4	2	3	18	1
Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer)	4	5	4	2	2	17	2
Inseguridad alimentaria y nutricional	4	4	3	3	2	16	3
Violencia intrafamiliar y de género	4	4	3	3	1	15	4
Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias	4	4	3	3	1	15	5

Fuente: Elaboración propia con base en la hoja "V" del Anexo Herramienta ASIS Bello 2025.



En términos interpretativos, la tabla evidencia una coherencia interna entre los resultados técnicos y la percepción social del territorio. Los puntajes más altos se concentran en los problemas que combinan elevada carga de enfermedad, fuerte reconocimiento comunitario y capacidad institucional para generar respuestas inmediatas.

En particular, la salud mental y las conductas suicidas alcanzaron la puntuación máxima (18/20), reflejando la preocupación colectiva frente al deterioro del bienestar emocional y las consecuencias psicosociales del desempleo, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Por su parte, las enfermedades crónicas no transmisibles se mantienen como un desafío estructural del sistema de salud local, dada su alta prevalencia y mortalidad, aunque con menor visibilidad social frente a otras problemáticas. Finalmente, la inseguridad alimentaria, la violencia de género y la contaminación ambiental complementan el conjunto de prioridades al representar inequidades persistentes vinculadas con los determinantes sociales y ambientales de la salud.

5.2 Análisis interpretativo del proceso de priorización

El proceso de priorización de los problemas y necesidades sociales de salud en el municipio de Bello se desarrolló bajo un enfoque participativo y de integración de evidencias, combinando el análisis técnico de los indicadores con la percepción social de los actores institucionales y comunitarios.

La interpretación de los resultados permite comprender las razones estructurales y territoriales que explican los puntajes obtenidos por cada núcleo y las dinámicas que influyeron en la jerarquización final.

En términos generales, los valores más altos se concentraron en las categorías de magnitud, trascendencia y pertinencia social, lo que revela que los participantes otorgaron mayor peso a los problemas con alta carga poblacional, amplio reconocimiento ciudadano y fuerte impacto sobre el bienestar colectivo.

Por el contrario, las categorías de factibilidad y viabilidad presentaron variaciones menores, asociadas a la percepción sobre los límites presupuestales e institucionales para la implementación de acciones sostenibles.

5.2.1 Predominio de la salud mental como núcleo prioritario

El núcleo de salud mental y conductas suicidas obtuvo la mayor calificación total (18/20), con los puntajes más altos en pertinencia social (5) y magnitud (4), y los más bajos en factibilidad (2).



Este resultado evidencia que la comunidad y los actores institucionales reconocen a la salud mental como la principal problemática del territorio, tanto por su alta frecuencia como por su visibilidad cotidiana.

Los participantes resaltaron la expansión de los trastornos de ansiedad y depresión, el incremento de los intentos de suicidio —especialmente en jóvenes y mujeres— y la sobrecarga emocional derivada de factores sociales y económicos, como el desempleo, la violencia intrafamiliar y la precarización laboral. El puntaje máximo en pertinencia indica una alta sensibilidad social frente al sufrimiento emocional y la pérdida de bienestar psicosocial, lo que coincide con las observaciones del programa Salud para el Alma y la Línea 106 (Gobernación de Antioquia, 2024).

Sin embargo, los valores bajos en factibilidad y viabilidad (2 y 3) reflejan limitaciones en cobertura y sostenibilidad financiera de las estrategias existentes, así como la necesidad de fortalecer el talento humano en salud mental comunitaria.

5.2.2 Enfermedades crónicas no transmisibles: alta magnitud, baja gobernanza

Las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes y cáncer) ocuparon el segundo lugar (17/20), compartiendo con la salud mental una pertinencia social de 5 y una magnitud de 4, lo que evidencia la conciencia técnica y comunitaria sobre su elevada carga epidemiológica.

Su alta trascendencia (4) se sustenta en el peso sostenido de estas patologías dentro de la mortalidad general del municipio, confirmando la transición epidemiológica descrita en el Capítulo III.

No obstante, los puntajes bajos en factibilidad (2) y viabilidad (2) muestran las dificultades operativas para implementar acciones de control sostenibles, debido a la fragmentación del sistema de atención, la baja adherencia terapéutica y la insuficiente articulación entre los niveles de atención.

Este comportamiento revela una paradoja: las ECNT son ampliamente reconocidas como problema prioritario, pero la gobernanza institucional para enfrentarlas continúa siendo limitada.

Los participantes enfatizaron la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud (APS) y la educación comunitaria para modificar los estilos de vida y mejorar la gestión del riesgo.



5.2.3 Inseguridad alimentaria y nutricional: inequidad estructural persistente

Con una puntuación total de 16/20, el núcleo de inseguridad alimentaria y nutricional refleja una problemática transversal vinculada con los determinantes sociales de la salud.

El puntaje de magnitud (4) y pertinencia social (4) evidencia que este problema afecta de manera significativa a hogares en condiciones de pobreza, mujeres cabeza de hogar y población migrante.

La comunidad lo asocia con el aumento del costo de vida, la reducción de ingresos y las dificultades para acceder a alimentos saludables.

El valor moderado en trascendencia (3) indica que, aunque la población percibe la gravedad del problema, existen otros núcleos con mayor visibilidad mediática y emocional, como la salud mental o la violencia de género.

En cuanto a la factibilidad (3), los participantes reconocen que existen programas en curso —como el Programa de Alimentación Escolar (PAE), el Banco de Alimentos y las huertas comunitarias—, pero la viabilidad (2) se ve afectada por la dependencia de recursos externos y la limitada articulación entre los sectores salud, inclusión social y educación.

Esto sugiere que la inseguridad alimentaria es una problemática reconocida, pero aún pendiente de institucionalización dentro de la política pública territorial.

5.2.4 Violencia intrafamiliar y de género: alta relevancia social, baja viabilidad institucional

El núcleo de violencia intrafamiliar y de género, con 15 puntos, mantiene calificaciones altas en magnitud (4) y pertinencia social (4), que expresan la creciente conciencia sobre la gravedad del problema y su impacto en la salud física y mental de las víctimas.

Los espacios participativos identificaron que esta problemática afecta principalmente a mujeres jóvenes y niñas, y que su persistencia se relaciona con factores socioculturales, desigualdades económicas y naturalización de la violencia doméstica.

La trascendencia (3) reafirma que se trata de un fenómeno con consecuencias intergeneracionales, mientras que los puntajes bajos en viabilidad (1) y moderados en factibilidad (3) evidencian las limitaciones del territorio para ofrecer una respuesta integral y sostenida.



Aunque existen comisarías de familia, la Secretaría de las Mujeres y la estrategia Familias que se Cuidan, los recursos humanos y técnicos disponibles resultan insuficientes frente a la magnitud de la demanda.

Por ello, el puntaje bajo en viabilidad se interpreta como una alerta sobre la necesidad de reforzar las capacidades locales y asegurar recursos permanentes para la prevención y atención de las violencias basadas en género.

5.2.5 Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias: desafío intersectorial

La contaminación ambiental y las enfermedades respiratorias, también con 15 puntos, presentan una combinación de magnitud (4) y pertinencia (4) altas, que reflejan la conciencia creciente sobre los efectos del deterioro ambiental en la salud de la población.

El puntaje de trascendencia (3) y los valores bajos en factibilidad (3) y viabilidad (1) confirman que, aunque la comunidad identifica el problema como relevante, percibe poca capacidad institucional para controlarlo.

Los participantes destacaron que las causas del deterioro ambiental —movilidad motorizada, industria, deforestación y escasez de zonas verdes— exceden las competencias municipales y dependen de políticas metropolitanas y del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Esto explica por qué la viabilidad es la más baja: la resolución efectiva del problema requiere coordinación interjurisdiccional, inversión en tecnologías limpias y fortalecimiento de la educación ambiental, lo cual trasciende el ámbito local.

5.3 Síntesis interpretativa del proceso

El análisis comparativo de las calificaciones evidencia tres patrones centrales:

Alta pertinencia social e intercultural (valor máximo en los dos primeros núcleos): la comunidad prioriza los problemas que afectan directamente su cotidianidad emocional, económica y familiar, reflejando una lectura vivencial del bienestar.

Desajuste entre magnitud y gobernanza: aunque todos los núcleos muestran alta magnitud (4), las bajas puntuaciones en factibilidad y viabilidad (entre 1 y 3) indican que los actores perciben dificultades reales para traducir el diagnóstico en acción.

Predominio del componente social sobre el técnico: los puntajes revelan que la percepción comunitaria tiene un peso determinante en la definición de prioridades, lo cual fortalece el



carácter participativo del ASIS, pero también visibiliza la necesidad de fortalecer la capacidad operativa y financiera del sistema de salud local.

En conjunto, los resultados reflejan un territorio que reconoce la salud mental como prioridad transversal, las enfermedades crónicas como desafío sostenido, la inseguridad alimentaria como expresión de inequidad estructural y la violencia y la contaminación como manifestaciones complejas de los determinantes sociales. La priorización, por tanto, no solo ordena los problemas en una escala técnica, sino que visibiliza la relación directa entre condiciones de vida, salud y capacidad institucional, configurando la base para la formulación de estrategias integrales en el Capítulo VI.

5.4 Interpretación territorial y social de los resultados

El análisis de los núcleos priorizados permite comprender de manera integral la interacción entre las condiciones de vida, los determinantes sociales y la capacidad institucional del municipio para garantizar la salud de su población. Los resultados evidencian que las problemáticas identificadas no son fenómenos aislados, sino expresiones interdependientes de un mismo sistema de inequidades territoriales, sociales y ambientales.

Desde la perspectiva de los determinantes estructurales, el municipio de Bello presenta una configuración socioeconómica y demográfica compleja, marcada por la urbanización acelerada, la concentración poblacional y la heterogeneidad entre zonas urbanas y rurales. Estas condiciones generan brechas en acceso a empleo formal, seguridad alimentaria, servicios básicos y espacios de bienestar, las cuales influyen directamente en la magnitud y persistencia de los núcleos priorizados.

5.4.1 Salud mental y conductas suicidas: expresión del malestar social urbano

El primer núcleo, salud mental y conductas suicidas, sintetiza la expresión psicosocial de los determinantes estructurales del territorio. La densificación urbana, la presión económica, la fragmentación familiar y la precariedad laboral configuran un escenario de estrés colectivo que se traduce en un incremento de trastornos depresivos, ansiedad y comportamientos autolesivos.

A nivel territorial, los barrios de mayor vulnerabilidad socioeconómica concentran los reportes de crisis emocionales y de intentos de suicidio, lo que evidencia la estrecha relación entre condiciones materiales de vida y bienestar psicológico. Este núcleo refleja el impacto diferido de la desigualdad, donde el malestar emocional se convierte en un síntoma social del agotamiento de redes de apoyo, la inseguridad alimentaria y la violencia intrafamiliar.



La respuesta institucional, si bien cuenta con estructuras consolidadas —como el programa Salud para el Alma, la Línea 106 y los comités de salud mental—, enfrenta el desafío de ampliar su cobertura a contextos rurales y fortalecer la atención comunitaria, articulando los componentes educativos, social y de salud pública bajo un enfoque de curso de vida y territorialización del bienestar.

5.4.2 Enfermedades crónicas no transmisibles: rostro sanitario de la desigualdad estructural

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la manifestación sanitaria de los cambios en el modelo de vida urbana: sedentarismo, alimentación procesada, estrés laboral y contaminación ambiental. Su alta magnitud y trascendencia en el territorio evidencian una transición epidemiológica consolidada, donde las enfermedades no transmisibles reemplazan a las infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad.

Desde la perspectiva territorial, las ECNT se concentran en sectores de población trabajadora con bajos niveles de actividad física y limitado acceso a entornos saludables. Los determinantes intermedios —como la inseguridad alimentaria, el consumo de tabaco y alcohol, la baja cobertura de tamizajes preventivos y la escasa adherencia terapéutica— mantienen un ciclo de vulnerabilidad que afecta especialmente a adultos mayores y mujeres.

El análisis demuestra que la inequidad en salud no radica solo en la presencia de la enfermedad, sino en la capacidad diferencial para prevenirla y tratarla, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) con un enfoque preventivo y resolutivo, en consonancia con los lineamientos del PDSP 2022–2031.

5.4.3 Inseguridad alimentaria y nutricional: determinante transversal de la calidad de vida

El tercer núcleo, inseguridad alimentaria y nutricional, actúa como hilo conductor entre las problemáticas sociales y sanitarias del municipio. Las brechas de ingresos, el empleo informal y el aumento del costo de los alimentos determinan una reducción en la calidad y cantidad de la dieta, lo que repercute en el desarrollo físico y cognitivo, en la salud mental y en la prevalencia de enfermedades crónicas.

En términos territoriales, la inseguridad alimentaria se acentúa en los barrios periféricos y en las veredas del corregimiento, donde la dependencia de redes de ayuda y de los



programas de apoyo alimentario es mayor. Este núcleo refleja el carácter estructural de las desigualdades en Bello: la relación directa entre pobreza, alimentación y salud.

La articulación de este problema con los demás núcleos es evidente. La falta de alimentación adecuada incide en el aumento del estrés y los conflictos intrafamiliares, y a su vez, la precariedad emocional o la violencia doméstica afectan la capacidad de generar ingresos y asegurar la alimentación del hogar, creando un círculo interdependiente de inequidad.

5.4.4 Violencia intrafamiliar y de género: inequidad cultural y relacional

La violencia intrafamiliar y de género expresa la dimensión cultural de los determinantes de la salud. Más allá de los indicadores epidemiológicos, este núcleo refleja las desigualdades históricas en las relaciones de poder, la persistencia de patrones patriarcales y la fragilidad de las redes de protección social.

A nivel territorial, se observa una mayor concentración de casos en zonas con alta densidad poblacional y menores niveles educativos. Las mujeres jóvenes y las jefas de hogar aparecen como los grupos más afectados, lo que se traduce en afectaciones físicas, psicológicas y sociales que impactan también a la niñez y la adolescencia.

Este núcleo se conecta estrechamente con la salud mental y la inseguridad alimentaria: la violencia reproduce el sufrimiento emocional, desestabiliza los ingresos y perpetúa condiciones de dependencia económica. Su abordaje demanda fortalecer la gobernanza local, los mecanismos de denuncia y la articulación entre comisarías, sector salud, educación y justicia, superando la respuesta reactiva hacia un modelo preventivo y comunitario.

5.4.5 Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias: inequidad territorial y ecológica

El núcleo de contaminación ambiental y enfermedades respiratorias simboliza la dimensión ecológica de la inequidad en salud. La exposición a material particulado, la congestión vehicular, la deforestación urbana y la ubicación de industrias en áreas residenciales generan un impacto acumulativo sobre la salud respiratoria, especialmente en niños, adultos mayores y trabajadores del transporte.

El análisis territorial revela que los sectores más cercanos a corredores viales e industriales concentran los mayores niveles de riesgo, configurando una inequidad ambiental urbana, donde las poblaciones con menores recursos residen en zonas con peor calidad del aire y mayor exposición a contaminantes.



Si bien la gobernanza ambiental depende en gran medida del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, el municipio de Bello ha avanzado en estrategias educativas, campañas de movilidad sostenible y participación comunitaria. No obstante, la baja viabilidad percibida evidencia que la solución de este problema requiere un enfoque regional, sustentado en la cooperación técnica y financiera intermunicipal.

5.4.6 Lectura integrada de los núcleos de inequidad

La lectura transversal de los núcleos priorizados permite identificar tres tensiones estructurales que definen el perfil sanitario del municipio:

Tensión social y emocional: expresada en los núcleos de salud mental y violencia intrafamiliar, donde las causas del sufrimiento individual son reflejo de la fragilidad del tejido social y de la falta de entornos protectores.

Tensión económica y alimentaria: evidenciada en la inseguridad alimentaria y en las enfermedades crónicas, que vinculan el ingreso, el empleo y la dieta con la morbilidad y la esperanza de vida.

Tensión ambiental y urbana: manifiesta en la contaminación atmosférica y en las enfermedades respiratorias, resultado de un modelo de desarrollo industrial y vehicular que no ha sido plenamente compatible con la sostenibilidad ambiental ni con la salud pública.

Estas tensiones demuestran que las inequidades en salud de Bello son el producto de una interacción sistémica entre determinantes estructurales (economía, educación, género, ambiente), intermedios (condiciones de vida y trabajo) y proximales (comportamientos y acceso a servicios).

Por tanto, la respuesta a estos problemas no puede limitarse a intervenciones sectoriales, sino que debe basarse en acciones integrales de salud territorial, sustentadas en la articulación entre sectores, la participación social y la gestión del conocimiento local.

5.5 Recomendaciones estratégicas y relación con el PDSP 2022–2031

Los resultados de priorización permiten orientar la acción sectorial e intersectorial hacia las áreas donde la inequidad sanitaria es más marcada y donde el impacto social de la intervención puede ser mayor.

En coherencia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (PDSP) y con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, las recomendaciones



estratégicas del municipio de Bello se estructuran en torno a tres enfoques complementarios: (i) territorial, (ii) intersectorial y (iii) de curso de vida.

5.5.1 Enfoque territorial

El ASIS evidencia que las problemáticas priorizadas se distribuyen de manera heterogénea en el territorio municipal, con concentraciones diferenciadas según las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales de cada zona.

Por tanto, se recomienda fortalecer la territorialización de la Atención Primaria en Salud (APS) mediante microdiagnósticos barriales y veredales que permitan identificar grupos poblacionales en mayor riesgo y orientar las acciones hacia la reducción de brechas.

Este enfoque facilitará que la respuesta institucional sea contextualizada, reconociendo las particularidades de la cabecera urbana —caracterizada por alta densidad y estrés urbano— y de la zona rural —marcada por aislamiento, envejecimiento y limitaciones de acceso a servicios—.

5.5.2 Enfoque intersectorial

La priorización confirma que las causas de los principales problemas de salud trascienden el ámbito sanitario y dependen de la articulación con otros sectores.

En este sentido, se recomienda consolidar mesas intersectoriales permanentes que integren las secretarías de Salud, Educación, Inclusión Social, Mujeres, Medio Ambiente, Planeación y Movilidad, junto con las EPS, IPS, universidades y organizaciones comunitarias.

Estas instancias deberán funcionar como espacios de gobernanza colaborativa, capaces de planificar acciones conjuntas y evaluar su impacto territorial en coherencia con los ejes del PDSP:

Eje 1: Gobernanza para la salud → Fortalecer la autoridad sanitaria local y el liderazgo comunitario en la gestión del riesgo.

Eje 3: Determinantes sociales de la salud (DSS) → Implementar políticas de entornos saludables y acciones frente a inseguridad alimentaria, violencia y contaminación ambiental.

Eje 4: Atención Primaria en Salud (APS) → Consolidar redes integrales de servicios y rutas territoriales de cuidado para salud mental, ECNT y atención psicosocial.



Eje 5: Cambio climático y salud ambiental → Desarrollar estrategias locales de mitigación y adaptación frente a los efectos de la contaminación atmosférica y los desastres ambientales.

5.6 Enfoque de curso de vida

El abordaje de los núcleos priorizados requiere acciones diferenciadas según las etapas del ciclo vital.

Se recomienda aplicar el enfoque de curso de vida en las estrategias de promoción y prevención, priorizando los siguientes grupos:

Niñez y adolescencia: educación emocional, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, nutrición escolar y detección temprana de violencia intrafamiliar.

Juventud: fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial, acceso a servicios de salud mental y promoción de hábitos saludables frente a las ECNT.

Adulthood: programas de control metabólico, manejo del estrés laboral, estilos de vida saludables y seguridad alimentaria.

Personas mayores: acompañamiento psicosocial, prevención de enfermedades crónicas y atención oportuna de infecciones respiratorias asociadas al deterioro ambiental.

5.7 Recomendaciones estratégicas por núcleo priorizado

1. Salud mental y conductas suicidas

Consolidar un ecosistema territorial de salud mental, articulando la Línea 106, los Comités de Salud Mental y el programa Salud para el Alma.

Extender la cobertura a zonas rurales y grupos vulnerables (jóvenes, cuidadores, mujeres y migrantes).

Incorporar estrategias de formación en habilidades psicosociales, manejo del duelo y autocuidado emocional en instituciones educativas y espacios laborales.

2. Enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM, cáncer)

Ampliar la red de tamizajes, control y seguimiento de pacientes con hipertensión, diabetes y cáncer, garantizando continuidad del cuidado.



Implementar programas comunitarios de actividad física y alimentación saludable, integrados con las unidades de APS.

Fortalecer la educación terapéutica y la adherencia a tratamientos mediante redes de pacientes y cuidadores.

3. Inseguridad alimentaria y nutricional

Integrar las estrategias de alimentación escolar, agricultura urbana y mercados solidarios en un Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).

Promover alianzas con el sector privado y el Banco de Alimentos para aumentar la cobertura y sostenibilidad.

Incluir criterios de equidad de género y vulnerabilidad en la focalización de los beneficiarios.

4. Violencia intrafamiliar y de género

Fortalecer el Sistema Municipal de Protección Integral con enfoque de género, infancia y familia.

Garantizar la articulación entre comisarías, sector salud y justicia para activar rutas de atención integrales.

Incorporar estrategias de educación transformadora sobre masculinidades positivas y resolución pacífica de conflictos en entornos escolares y comunitarios.

5. Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias

Articular acciones con el Área Metropolitana del Valle de Aburrá para el control de emisiones, promoción del transporte sostenible y arborización urbana.

Implementar sistemas de vigilancia epidemiológica ambiental para correlacionar la calidad del aire con las tasas de enfermedades respiratorias.

Desarrollar campañas de educación ambiental comunitaria que promuevan comportamientos sostenibles.



5.8 Articulación con el Plan de Desarrollo Municipal 2024–2028

Las prioridades establecidas por el ASIS se alinean directamente con el Eje de Bienestar y Salud Integral del Plan de Desarrollo “Juntos construimos vidas saludables”, particularmente en las líneas estratégicas de:

“Fortalecimiento del modelo de Atención Primaria en Salud (APS)”;

“Consolidación de entornos y comunidades saludables”; y

“Promoción del bienestar emocional, la convivencia y la salud mental”.

Esta convergencia garantiza la coherencia entre los procesos de planeación sanitaria, territorial y social, facilitando que el ASIS se traduzca en decisiones de política pública, inversión y gestión del conocimiento local.

5.9 Proyección estratégica

La lectura integral del proceso de priorización reafirma la necesidad de un modelo de salud territorial centrado en la prevención y la equidad, capaz de anticipar los riesgos, fortalecer la resiliencia comunitaria y reducir las brechas en salud.

En tal sentido, se recomienda establecer un Comité de Seguimiento ASIS–PAS, con reuniones bimestrales, para asegurar la trazabilidad de las acciones propuestas y la rendición pública de los avances, conforme a los lineamientos del MSPS (2024).

5.10 Conclusiones del capítulo

El proceso de priorización de los problemas y necesidades sociales de salud del municipio de Bello constituye un ejercicio de gobernanza participativa que permitió traducir la evidencia técnica y la experiencia comunitaria en decisiones estratégicas para la acción en salud pública.

A partir del análisis mixto (cuantitativo y cualitativo) desarrollado en los capítulos previos, se logró identificar las problemáticas de mayor impacto sanitario y social, jerarquizándolas con criterios de magnitud, pertinencia, trascendencia, factibilidad y viabilidad, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (2024).

En primer lugar, los resultados reflejan una alta coherencia entre la evidencia epidemiológica y la percepción social del territorio. Los núcleos priorizados —salud mental y conductas suicidas, enfermedades crónicas no transmisibles, inseguridad alimentaria y nutricional, violencia intrafamiliar y de género, y contaminación ambiental— expresan la



convergencia entre los principales riesgos para la salud colectiva y las inequidades estructurales que condicionan la calidad de vida de la población bellanita.

En segundo lugar, el análisis interpretativo evidenció una mayor ponderación de la pertinencia social e intercultural frente a la factibilidad y la viabilidad institucional, lo que revela que los actores del territorio valoran con especial énfasis aquellos problemas que afectan de manera directa la convivencia, la estabilidad emocional y las condiciones materiales de vida.

Este hallazgo sugiere que, más allá de la carga de enfermedad, la percepción del riesgo y la sensibilidad social son factores determinantes en la configuración de las prioridades en salud.

En tercer lugar, la priorización permitió reconocer patrones transversales de inequidad: la desigualdad de género, la precariedad económica, la inseguridad alimentaria y el deterioro ambiental como expresiones múltiples de un mismo entramado de determinantes sociales.

Estas dimensiones interactúan entre sí, generando un ciclo de vulnerabilidad que incide sobre la salud mental, las enfermedades crónicas y los entornos familiares y ambientales.

Por tanto, las respuestas institucionales deben orientarse a la transformación estructural de estos determinantes, superando la fragmentación de programas y avanzando hacia políticas integrales de bienestar.

En cuarto lugar, la lectura territorial reafirma la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque diferencial, territorial y de curso de vida, como estrategia operativa para reducir brechas y acercar los servicios a la comunidad.

El ASIS demuestra que la descentralización de la acción sanitaria, la intersectorialidad y la participación ciudadana son condiciones indispensables para avanzar hacia el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente, la priorización se consolida como un instrumento técnico y político de planificación, al permitir que el conocimiento generado desde la vigilancia, la investigación y la participación social se traduzca en decisiones de gestión pública. Los resultados de este capítulo constituyen la base para la formulación de propuestas de respuesta presentadas en el Capítulo VI, garantizando que las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y del Plan de Acción en Salud (PAS) respondan a las verdaderas necesidades del territorio, con criterios de equidad, sostenibilidad y enfoque de derechos.

6. CAPITULO VI: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031 Y EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO FUNDAMENTADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS –

Este capítulo traduce los hallazgos de los capítulos II–V en respuestas priorizadas para la gestión territorial, articuladas con el PDSP 2022–2031 y el Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo (MSPS, 2022). En consecuencia, se adoptan las directrices metodológicas del ASIS participativo y de la Planeación Integral para la Salud para asegurar coherencia normativa, enfoque diferencial y viabilidad operativa (MSPS, 2024a; MSPS, 2024b).

Tabla 36. Propuestas por eje estratégico del PDSP según núcleo de inequidades. Bello. 2025

ID	NÚCLEO DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN CAPITULO V)	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL INTERSECTORIAL /	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
1	Núcleo de Inequidad Socio sanitaria: Salud mental y conductas suicidas	Implementar estrategias de promoción del bienestar mental en jóvenes y adultos.	Sectorial	Eje_4_Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
		Fortalecer la línea de atención y escucha para crisis emocionales (línea 106).	Sectorial	Eje_4_Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
		Promover la educación emocional y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en colegios.	Intersectorial	Eje_3_Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
		Crear redes comunitarias de apoyo a personas con ideación suicida y sus familias.	Intersectorial	Eje_1_Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la co-gestión, coadministración y co-gobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización



ID	NÚCLEO DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN CAPITULO V)	DE DEL	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELOS DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
			Capacitar líderes barriales y docentes en detección temprana de riesgo suicida.	Sectorial / Intersectorial	Eje_7._Personal_de_salud	problemas y las circunstancias sociales del territorio. Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Talento humano en Salud Pública disponible y sostenible con garantía de trabajo digno y decente	iii) Trabajo digno y decente para el talento humano en salud y otros trabajadores del sector
2	Núcleo de Inequidad Socio sanitaria: Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer)		Fortalecer los programas de detección temprana de hipertensión, diabetes y cáncer en la red pública y privada.	Sectorial	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS
			Implementar estrategias de promoción de hábitos saludables (alimentación, actividad física y control del tabaquismo).	Intersectorial	Eje_3._Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Mejorar la atención integral y la adherencia al tratamiento de personas con enfermedades crónicas.	Sectorial	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Desarrollar programas educativos dirigidos a cuidadores familiares de pacientes crónicos.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Incrementar la capacidad diagnóstica y de seguimiento en cáncer y enfermedades cardiovasculares.	Sectorial	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS



ID	NÚCLEO DE INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN CAPITULO V)	DE DEL	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELOS DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
3	Núcleo de Inequidad Socio sanitaria: Inseguridad alimentaria y nutricional		Fortalecer el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) con enfoque en primera infancia y mujeres gestantes.	Sectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Promover la producción y el consumo local de alimentos nutritivos mediante huertas urbanas y rurales.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Fortalecer el componente alimentario del Programa de Alimentación Escolar (PAE), priorizando calidad e inocuidad.	Sectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Implementar campañas de educación nutricional y prevención de sobrepeso y obesidad infantil.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Generar alianzas con el sector privado para el aprovechamiento de excedentes agrícolas y donaciones alimentarias.	Intersectorial	Eje_1._Gobernabilidad_y_gobernanza_de_la_Salud_Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la gestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
4	Núcleo de Inequidad Socio sanitaria: Violencia intrafamiliar y de género		Fortalecer las rutas integrales de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y de género, con enfoque diferencial.	Sectorial / Intersectorial	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS



ID	NÚCLEO INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN CAPITULO V)	DE DEL	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELOS DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
			Implementar programas de prevención de violencias y promoción de entornos protectores en escuelas, barrios y espacios comunitarios.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Promover la autonomía económica de mujeres víctimas mediante formación y empleabilidad.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Fortalecer el acompañamiento psicosocial y atención en crisis para víctimas de violencia intrafamiliar.	Sectorial	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Desarrollar estrategias de comunicación y campañas masivas para prevenir violencias de género y promover masculinidades positivas.	Intersectorial	Eje_1._Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	Desarrollar capacidades y liderazgo para la coestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
5	Núcleo de Inequidad Socio sanitaria: Contaminación ambiental y enfermedades respiratorias		Fortalecer la vigilancia de calidad del aire y los sistemas de alerta temprana ante picos de contaminación.	Sectorial	Eje_5._Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	iv) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento



ID	NÚCLEO INEQUIDAD SOCIO SANITARIA (SEGÚN PRIORIZACIÓN CAPITULO V)	DE DEL	TRANSFORMACIÓN ESPERADA O ACTIVIDAD SECTORIAL	SECTORIAL / INTERSECTORIAL	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PILARES DEL MODELOS DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO
			Promover la movilidad sostenible mediante uso de transporte público limpio, ciclorrutas y educación vial ambiental.	Intersectorial	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Implementar programas de arborización y recuperación de zonas verdes urbanas.	Sectorial / Comunitario	Eje_3._Determinantes_sociales_de_la_salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio sanitarias.	Entorno económico favorable para la salud	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Controlar las emisiones industriales y fomentar tecnologías limpias en empresas del municipio.	Intersectorial	Eje_5._Cambio climatico_e emergencias_d esastres_y_p andemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.	i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización
			Desarrollar campañas de prevención de infecciones respiratorias agudas (IRA) y promoción de salud ambiental en comunidades vulnerables.	Sectorial / Intersectorial	Eje_4._Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS

Fuente: Elaboración propia con base en la hoja “VI” del Anexo Herramienta ASIS Bello 2025.

7. ANEXOS TÉCNICOS

1. Aval institucional.
2. Anexos de los capítulos IV, V y VI.
3. Infografía resumen.
4. Cartografía y evidencias de participación social.
5. Anexos propios.