ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Tema: Estrategia Ciudades Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles CERSS

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
SUBDIRECCIÓN DE DETERMINANTES EN SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

Objetivo	Fecha: 19 de agosto 2026			
Presentar a la Subdirectora de Determinantes en Salud los avances realizados para identificar la correspondencia entre los hitos desarrollados por el Distrito, la ruta metodológica de la estrategia CERSS y los criterios del Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS), y definir una hoja de ruta para avanzar en su implementación, documentación y articulación territorial e intersectorial.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) Mesa técnica de trabajo		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Oficina Subdirectora de Determinantes			
	Hora Inicio: 12:30 p.m Hora Fin: 1:00 p.m			
	Notas por: Paula Ramírez			
	Próxima Reunión: Por definir			
	Quien cita: Grupo CCNT			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se inició la reunión contextualizando el trabajo adelantado para comprender cómo puede implementarse la estrategia CERSS en Bogotá a partir de los procesos que el Distrito ya viene desarrollando. Se señaló que el propósito no es crear una estrategia paralela al Modelo MAS Bienestar, sino reconocer, ordenar y fortalecer las acciones existentes que guardan correspondencia con las fases de CERSS: alistamiento, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación, y gobernanza.

En este marco, se presentaron los principales hitos distritales desarrollados entre 2024 y 2026 y su relación con los diferentes niveles de gestión —distrital, zonal y local—. Entre estos se destacaron la formulación participativa del PDD y el PTS; el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar; la adhesión al Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de la OPS; los lineamientos operativos y de gestión territorial; la actualización de los ASIS locales; la conformación y funcionamiento de las Mesas Distrital, Zonales y Locales de Bienestar; la formulación e implementación de los Planes Locales de Bienestar; los desarrollos en prescripción social; y las acciones relacionadas con la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar.

A partir de este ejercicio se presentó la propuesta de construir una matriz de homologación, utilizando los hitos distritales como elemento ordenador y relacionándolos con:

- Los criterios del MCCS.
- Los pasos operativos de la ruta metodológica CERSS.
- La fase de CERSS a la cual aporta cada hito.
- El nivel de gestión correspondiente: distrital, zonal o local.
- Las áreas o equipos que contribuyen a su desarrollo.
- Los soportes o evidencias disponibles.

Se indicó que esta matriz permitiría, por una parte, avanzar en el ejercicio de autoevaluación requerido en el marco del MCCS y, por otra, organizar las evidencias que permitan sustentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social la manera como Bogotá viene desarrollando componentes correspondientes a CERSS.

Se reconoció que Salud Pública puede documentar una parte importante de los avances, pero que la implementación de CERSS supera las competencias de un único equipo. Por esta razón, se consideró necesario retomar el ejercicio en la Mesa Distrital Más Bienestar, con una propuesta más estructurada que permita a las diferentes áreas complementar los hitos, identificar sus aportes y relacionar las evidencias correspondientes.

Durante la discusión se precisó que CERSS no debe reducirse al abordaje de las enfermedades crónicas ni ser asumida en su totalidad por el equipo de crónicas. La estrategia tiene un enfoque promocional, territorial e intersectorial que comprende determinantes sociales de la salud, condiciones ambientales, participación comunitaria, gobernanza y articulación con otros sectores. No obstante, considerando que actualmente el liderazgo del proceso se encuentra ubicado en la Subdirección de Determinantes en Salud y que existen localidades con priorización de condiciones crónicas en sus Planes Locales de Bienestar, se identificó la posibilidad de que el equipo de crónicas contribuya mediante un ejercicio territorial más profundo y demostrativo.

En este sentido, se planteó diferenciar dos niveles de trabajo. El primero corresponde a la implementación de CERSS para toda la ciudad, mediante el reconocimiento y documentación de las acciones que ya desarrolla el Distrito, tales como las redes de salud ambiental, vigilancia comunitaria, grupos socioeducativos, acciones de alta externalidad, prescripción social, políticas públicas y demás estrategias relacionadas con los determinantes sociales y el bienestar.

El segundo nivel correspondería a un ejercicio de profundización en un número limitado de localidades que tengan priorizadas las condiciones crónicas, con el fin de identificar qué puede hacerse de manera diferente o adicional desde una perspectiva de determinantes sociales, acción intersectorial y gobernanza. Se enfatizó que esta focalización no significa que CERSS se implemente únicamente en dichas localidades, sino que serviría como ejercicio demostrativo para analizar con mayor profundidad la capacidad de la estrategia para movilizar respuestas territoriales.

Para este ejercicio será necesario revisar inicialmente cuáles localidades tienen priorizadas las condiciones crónicas en sus Planes Locales de Bienestar y comprender las razones de dicha priorización, considerando la información proveniente de los ASIS, los indicadores de salud, las características demográficas, las condiciones ambientales y otros determinantes sociales presentes en cada territorio.

Se destacó que el valor agregado del ejercicio no debe consistir simplemente en aumentar el número de actividades ya existentes —por ejemplo, crear nuevos grupos socioeducativos—, sino en identificar vacíos en la respuesta territorial y oportunidades concretas para fortalecer la acción intersectorial. La prioridad de salud identificada en el Plan Local de Bienestar podría utilizarse como punto de entrada para movilizar actores locales y distritales y posicionar los determinantes asociados ante alcaldías locales y otros sectores.

En este punto se señaló que uno de los principales desafíos identificados continúa siendo la acción intersectorial. Por ello, el ejercicio en las localidades seleccionadas deberá permitir reconocer qué determinantes están relacionados con las prioridades de salud, qué actores tienen capacidad para intervenirlos, qué mecanismos de gobernanza existen y qué articulaciones adicionales pueden promoverse. Se mencionaron como ejemplos posibles aspectos relacionados con ambiente, movilidad, empleo, condiciones del espacio público, participación comunitaria u otros determinantes que resulten relevantes de acuerdo con las particularidades de cada localidad.

Se aclaró que este proceso no debe recaer exclusivamente en los profesionales del equipo de crónicas. Su papel sería aportar la perspectiva técnica sobre condiciones crónicas y contribuir a identificar oportunidades de fortalecimiento, mientras que la gestión territorial deberá desarrollarse conjuntamente con los equipos locales y los referentes de Atención Primaria Social, quienes conocen las dinámicas, actores, alianzas y mecanismos de gestión existentes en cada localidad.

Asimismo, se consideró necesario aprovechar durante 2026 la implementación de los actuales Planes Locales de Bienestar para comprender sus alcances, resultados y limitaciones. Este análisis podrá constituirse en un insumo para la actualización posterior de los planes, permitiendo incorporar acciones más estructurales o intersectoriales cuando se identifiquen vacíos en la respuesta existente.

En relación con la sostenibilidad de CERSS, se indicó que el proceso debe proyectarse más allá del periodo de gobierno actual. En el corto plazo, el equipo de crónicas puede apoyar el desarrollo y documentación de la propuesta; sin embargo, a mediano y largo plazo se considera conveniente que la estrategia sea acogida institucionalmente desde el Modelo MAS Bienestar y sus instancias de gobernanza, evitando que permanezca asociada exclusivamente a un equipo temático.

Finalmente, se señaló que el ejercicio adelantado permite pasar de una socialización general de CERSS a una propuesta con mayor intencionalidad, orientada a demostrar cómo los procesos existentes pueden contribuir a modificar riesgos colectivos y determinantes sociales relacionados con los resultados en salud.

Acuerdos:

1. Revisar y terminar de estructurar la matriz que relacione los hitos distritales con los criterios del MCCS, la ruta metodológica CERSS, los niveles de gestión y los respectivos soportes.
2. Identificar las localidades que tienen priorizadas las condiciones crónicas en los Planes Locales de Bienestar y revisar los criterios y determinantes que sustentaron dicha priorización.
3. Definir la mejor ruta para realizar acercamiento a las localidades priorizadas, ya sea mediante participación en las Mesas Locales de Bienestar o mediante articulación directa con los líderes locales de Atención Primaria Social.
4. En las localidades seleccionadas, recopilar y analizar información sobre acciones existentes, actores, alianzas, determinantes relacionados con la prioridad de crónicas y posibles vacíos de respuesta.
5. A partir del análisis territorial, identificar una acción o mecanismo diferencial que permita fortalecer especialmente la acción intersectorial y la gobernanza frente a las prioridades identificadas.
6. Incorporar dentro del análisis los avances relacionados con prescripción social y otras acciones de bienestar del GSP-PSPIC que puedan contribuir a la implementación de CERSS.
7. Presentar nuevamente la matriz y la propuesta consolidada en la Mesa Distrital Más Bienestar, solicitando a las demás áreas complementar los hitos y aportar los respectivos soportes.
8. Estructurar estos componentes en un plan de acción que incluya como mínimo el desarrollo de la matriz, el acercamiento a las instancias/localidades priorizadas, la recolección y análisis de información y la posterior presentación de resultados a la Mesa Más Bienestar.
9. Programar un espacio de seguimiento una vez se cuente con avances de la matriz y del acercamiento territorial.

Conclusiones:

La reunión permitió precisar que la implementación de CERSS en Bogotá debe construirse sobre los desarrollos existentes del Modelo MAS Bienestar, evitando generar una estructura paralela. El primer paso será organizar y documentar los avances distritales mediante una matriz que permita evidenciar su correspondencia con la ruta CERSS y los criterios del MCCS.

Se estableció igualmente que CERSS tiene un alcance superior al componente de enfermedades crónicas. El equipo de crónicas podrá desempeñar un papel técnico y articulador, especialmente mediante un ejercicio de profundización en localidades que tengan priorizadas estas condiciones, pero la sostenibilidad de la estrategia requerirá progresivamente su apropiación por las instancias de gobernanza del Modelo MAS Bienestar.

El ejercicio territorial deberá trascender la identificación de actividades existentes y orientarse a determinar qué respuesta adicional o diferente puede generarse frente a los determinantes sociales que condicionan las prioridades de salud, fortaleciendo especialmente la acción intersectorial. La experiencia de las localidades seleccionadas podrá servir como ejercicio demostrativo para documentar mecanismos de gestión y gobernanza potencialmente replicables en otros territorios.

Como siguiente paso inmediato se priorizará la consolidación de la matriz de homologación, la identificación y caracterización de las localidades con prioridad en condiciones crónicas y la definición de la ruta de acercamiento a los equipos e instancias locales, para posteriormente presentar una propuesta fortalecida a la Mesa Distrital Más Bienestar.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Elaboración y envío de acta de la sesión.	Equipo técnico CCNT	Agosto/2026
Gestionar los acuerdos mencionados	Equipo técnico CCNT	Por gestionar

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Myriam Gordillo	m1gordillo@saludcapital.gov.co	3103032921	SDS – Subd. Determinantes en Salud	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (x) **No ( )**	