



---

# COMISIÓN EMPALME SECTOR SALUD

---

Carolina Corcho Mejía- Coordinadora. Comisión de Empalme: Abdiel Mateus Herrera, Aldo Cadena Rojas, Claudia Beatriz Naranjo Gómez, Claudia Vaca González, Félix León Martínez, Francisco Rossi, Jaime Urrego Rodríguez, Jhon Jairo Tapie, Luis Alberto Martínez, Luz Marina Umbrasia, Mario Hernández, Mauricio Bustamante, Néstor Álvarez Lara, Sergio Isaza, Tatiana Andia, Ulahy Dan Beltrán, Yoseth Ariza Araujo. Apoyo técnico: Catalina Duarte Posso, Valentina Vásquez Sánchez, Luis Rodríguez Debía, Clara Mercedes Suárez Rodríguez, Oswaldo de los Ríos Castaño, Alejandra Quiros Vélez, Anderson Arenas Arango, Fredy Gaviria Llanos, Laura Muñoz y Mauricio Estrada



27 DE JULIO DE 2022

## De dónde venimos y para dónde vamos en salud y protección social

Entre los días 28 de junio y 28 de julio de 2022 la comisión de empalme del sector salud, designada por el presidente Gustavo Petro y la vicepresidenta Francia Márquez, recibió, de manera crítica y constructiva, los informes de empalme del sector salud, constituido por el Ministerio de Salud y Protección Social, diez entidades adscritas y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), como entidad mixta.

La comisión de empalme del sector salud presenta la síntesis de este ejercicio en cuatro acápite: la metodología utilizada; el balance de lo encontrado, las alertas y las líneas de continuidad o profundización de esfuerzos previos; las acciones prioritarias para los primeros 100 días; y las líneas sugeridas para el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, pensando en la propuesta de “Colombia, potencia mundial de la vida”, de Gustavo Petro y Francia Márquez.

### 1. La metodología: participación social por primera vez en un empalme

El primer sello del proceso de empalme entre el gobierno de Iván Duque y el del Pacto Histórico fue el de la participación social. Si se trata de democratizar el Estado, la vida política y el ejercicio de gobierno, el empalme se convirtió en un primer intento de avance en la construcción de una democracia popular. Para ello, se realizó una convocatoria a múltiples organizaciones sociales y a partidos políticos de las regiones del país para presentar nombres que combinaran tanto la representatividad de la diversidad, como la capacidad técnica para comprender el sector en sus lógicas institucionales.

En total participamos 280 personas, la mayoría mujeres (67%), con delegaciones de organizaciones de las regiones del país, del movimiento indígena, de comunidades negras, afrodescendientes, palenqueras y raizales, de la comunidad LGBTIQ+ y una interesante combinación de personas mayores y jóvenes. Nos dividimos en grupos de entidades por las afinidades misionales y desarrollamos 156 reuniones en un par de semanas. Nos acercamos a los puestos de trabajo de quienes consideramos colegas, trabajadores y trabajadoras por la salud de todos y todas. Nos tratamos con respeto y total consideración. Llenamos



formatos con preguntas guía y en talleres amplios e intensos identificamos convergencias y prioridades, y llegamos a conclusiones como las que presentamos en esta breve síntesis.

## 2. El balance: sentido, alertas y continuación de esfuerzos

- **El sentido político del gobierno saliente**

El sentido del plan de gobierno de Iván Duque, expresado en el Plan Nacional de Desarrollo, 2018-2022, “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, se sustentó en tres ideas fuerza: la legalidad, entendida como la política de seguridad y la continuidad del marco legal existente; el emprendimiento, considerado como el fortalecimiento de las iniciativas individuales y de pequeñas y medianas empresas, al tiempo que se daban mejores condiciones para la inversión del gran capital nacional e internacional; y la equidad, entendida como la ampliación del subsidio a la demanda individual de los más pobres y vulnerables en todos los sectores. Entre los llamados pactos transversales estaban la implementación del acuerdo de paz y los pactos con las élites regionales.

Para el caso del sector salud, el gobierno se propuso fortalecer el sistema existente que, aunque es de seguridad social, consiste en un complejo modelo de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda, el cual viene implementándose desde la ley 100 de 1993 y siempre ha tenido dificultades financieras y problemas de calidad y equidad. El gobierno saliente se propuso resolver el lastre de las deudas por los servicios no incluidos en el plan de beneficios por medio del Acuerdo de Punto Final (APF), al tiempo que fortalecía el financiamiento y la sostenibilidad del sistema. En este aspecto, desarrolló un mecanismo llamado “presupuestos máximos”, a eliminar los recobros y calcular un pago ex ante basado en los recobros históricos de cada EPS, que se combinaría con el incremento progresivo del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) entregada a las empresas promotoras de salud (EPS) de los dos regímenes principales (Contributivo y Subsidiado), con el fin de incluir cada vez más medicamentos y tecnologías (especialmente las nuevas de precios excesivos) en el plan de beneficios pagados por la UPC y reducir el monto de los recobros al Estado por servicios no financiados por la UPC y prescritos por la plataforma MIPRES.

Como complemento, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) amplió sus capacidades para liquidar EPS, intervenir prestadores, en especial de la red pública, y ampliar el número de afiliados de unas pocas EPS. Entre tanto, se fortaleció la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) en cuanto al recaudo de las diferentes fuentes



y el pago de la UPC y otros recursos, incluso por el mecanismo de giro directo a prestadores. De esta forma, la intención de alinear los incentivos a actores para que cumplieran su papel en el modelo, como proponía la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) del gobierno de Juan Manuel Santos, se ha venido consolidando.

Con base en esta orientación, se manejó la pandemia de Covid-19 por medio de un importante flujo de recursos a través de los intermediarios administradores (provenientes del Fondo de Emergencias que maneja recursos de empréstitos) y se tomaron decisiones como la orientación de conformar las redes de servicios de salud por parte de las EPS, los ejercicios de territorialización con asegurador único en áreas rurales con población dispersa (Guainía y La Guajira).

Con respecto a la salud pública, el gobierno saliente ejecutó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y lideró la formulación del Plan 2022-2031, que se centra en la coordinación entre los actores del aseguramiento individual y la salud pública, dejando de lado el enfoque territorial que valora las diversidades. También se avanzó en la constitución del Observatorio Nacional de Equidad en Salud (ONES), con el objetivo de generar conocimiento sobre las desigualdades sociales en materia de salud en Colombia, mostrando resultados de décadas las inequidades que no han disminuido. Por lo tanto, en el nuevo gobierno esta instancia deberá ser fortalecida y asumir un papel de liderazgo para articular esfuerzos de varios sectores para modificar los determinantes sociales de las inequidades en salud.

En contraste, el sentido de la propuesta de “Colombia, potencia mundial de la vida” para el sector se recoge en el lema “salud para la vida y no para el negocio”. Esto implica transformar la ruta del aseguramiento individual centrado en la atención de la enfermedad, para repensar el sector desde la prevención y la predicción, los derechos de los trabajadores y trabajadoras en salud, el cuidado del ambiente y el agua, el derecho a la alimentación, el reconocimiento de la diversidad sociocultural y regional, y la recuperación de la salud pública como eje de la política pública para el cuidado integral de la salud y la vida. No es extraño, entonces, encontrar alertas asociadas a la inercia institucional que deben abordarse con prioridad para evitar que se conviertan en obstáculos mayores, al tiempo que se incorporen estrategias en la ruta del cambio propuesto.



- **Las alertas clave**

1. En todas las entidades del sector se encontró que predomina la contratación por prestación de servicios de actividades misionales que evidencia la desatención al problema de la precarización laboral en todo el sector, asunto que va en contra de la jurisprudencia en esta materia y debilita la capacidad institucional.
2. Se identificaron, en un anexo detallado, varios contratos que requieren revisión y decisión, así como procesos jurídicos de alto riesgo de pérdida de la Nación.
3. Es necesario hacer un balance minucioso de la asignación de los recursos provenientes de crédito externo y donación por parte del Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto total de US\$349,5 millones, de los cuales están pendientes por desembolsar cerca de US\$133 millones a junio 30 de 2022.
4. El actual gobierno debe asumir con urgencia la normatividad sobre: el etiquetado frontal de alimentos, la ruta de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el suicidio asistido, el trabajo decente en salud y las sentencias relacionadas con las demandas ambientales en el país (ejemplo, proyectos extractivistas) y su relación con la salud de las poblaciones.
5. Sobre el manejo de la pandemia y sus consecuencias, quedó clara la necesidad de revisar con más detalle las cuentas en todos los sectores involucrados, en especial, en lo relacionado con las canastas de servicios Covid, la validación de cuentas sobre pruebas Covid, condiciones de compra, aplicación y riesgo de vencimiento de vacunas, y las implicaciones para el país de las cláusulas de los contratos de compra relacionadas con la responsabilidad estatal del estudio de los efectos adversos a las vacunas.

La atención de los “afiliados por emergencia” está en duda en una alta proporción, debido a que, de 1,8 millones de personas en dicha condición, en julio de 2022 se encontraron en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) 684.195 personas en “estado retirado”, a las que se propone cubrir por movilidad al régimen subsidiado (RS) entre julio y octubre, pero que no está clara su situación posterior. Unas 182 mil



en clasificación D del Sisben IV tendrían que afiliarse al RS por el mecanismo de “contribución solidaria”. Sin embargo, este mecanismo, definido por el Decreto 616 de 2022, abre el camino a la afiliación individual según capacidad de pago y nivel de riesgo en salud, en contravía del principio de solidaridad, propio de la seguridad social, y puede estar en situación de inconstitucionalidad.

Es necesario hacer el balance de necesidad y uso de las unidades de cuidado intensivo creadas durante la pandemia y revisar el mecanismo de recobro para las pruebas Covid-19 por parte de las EPS, que el Viceministerio de Protección Social calcula en 2,7 billones por verificar y cubrir.

6. En el modelo actual de aseguramiento en salud varias alarmas aparecen como prioritarias. En primer lugar, la situación de inviabilidad financiera de 14 EPS de los dos regímenes que representan cerca de 10 millones de afiliados. Las medidas especiales aplicadas por la SNS están por vencerse en los casos de Comfamiliar Huila (26 de agosto) y Comfamiliar Guajira (4 de septiembre). En este contexto, son muy preocupantes los procesos de inspección, vigilancia y control que ejerce la SNS, en especial, las intervenciones a las ESE, la liquidación de EPS, las auditorías de estas liquidaciones y pago de las deudas con los prestadores.

En segundo lugar, está el desfinanciamiento del sector. A la fecha del empalme, sólo 3,2% de los recursos presupuestales no están comprometidos en 2022. Adicionalmente, se calcula un faltante de alrededor de 6,2 billones de pesos (entre presupuestos máximos, activos por emergencia, pruebas Covid-19 y aplicación de vacunas), mientras el proyecto de presupuesto para 2023 presentado al Ministerio de Hacienda está desfinanciado en 4,26 billones. La crisis financiera de las ESE es preocupante, a pesar del incremento del mecanismo de giro directo por parte de la ADRES hasta el 70% en el RS y el 10% en el RC. Por su parte, este mecanismo requiere una profunda revisión de los procesos de auditoría de las facturas presentadas por los prestadores, más aún si se quiere utilizarlo para mejorar el flujo de recursos, en especial de la red pública.

7. La red pública hospitalaria, que atiende a nacionales y migrantes, se encuentra desfinanciada en 36 mil millones para el año 2022. Para su fortalecimiento, es necesario tener en cuenta que 26 departamentos, es decir el 68%, no tienen documento actualizado de la red y es urgente tener claro el mapa de necesidades de



inversión en infraestructura y dotación. Además, la conformación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) está por norma a cargo de las EPS, cuando debería estar bajo la responsabilidad de los entes territoriales.

8. Los recursos de la subcuenta de salud pública de los entes territoriales, que se financia con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), se encuentran sin ejecutar para el segundo semestre de 2022 después de la emergencia sanitaria, y deben ser liberados con urgencia para ponerlos al servicio del modelo preventivo y predictivo de salud que se quiere desarrollar en este gobierno.
9. El gobierno saliente deja al sector con una política de salud pública marginal y dispersa, con recursos muy escasos, carente de un enfoque territorial, de diversidad y sin participación social. En el PDSP 2022-2031 predomina un enfoque de riesgos individuales, a pesar de anunciar que usa el modelo de los determinantes sociales de las inequidades en salud. Adicionalmente, la información de salud pública disponible es desactualizada, fragmentada y dispersa. Los indicadores no muestran las profundas brechas de inequidad de género, de raza-etnia y de clase social, y el papel que juegan las relaciones de poder y el racismo estructural en la configuración de estas inequidades.

El enfoque diferencial de poblaciones ocupa un lugar marginal, aunque se cuenta con una oficina en el despacho del ministerio. De esta forma, quedan invisibilizados los sujetos políticos diversos como mujeres, LGBTQ+, pueblos étnicos y racializados (indígenas, negros, afrodescendientes, palenqueros, raizales, rom), así como también campesinos y víctimas de conflicto armado. Si bien hay avances en la mesa de concertación con el movimiento indígena, el Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural (SISPI) no se ha puesto en marcha.

10. La implementación de los componentes del Acuerdo de paz relacionados con la salud requiere revisión total en los seis puntos del Acuerdo, comenzando por el actual Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), en el cual se insiste en la gestión integral del riesgo en salud y en entender la ruralidad como un territorio con población dispersa que debe contar con asegurador único. Antes es necesario evaluar las experiencias de modelos especiales de aseguramiento como Guainía y La Guajira.



11. La política farmacéutica debe ser revisada con urgencia, dado que el documento CONPES N° 155 de 2012 ya se venció. Su orientación no es pro-salud pública, no incluye elementos de fortalecimiento de la producción local para la soberanía en salud, además de mantener una profunda desarticulación de las instituciones públicas claves. La gestión de la propiedad intelectual para medicamentos y tecnologías en salud fue equívoca especialmente durante la emergencia sanitaria por la pandemia, y en el nivel internacional, distante de los intereses de los países en desarrollo, especialmente en la OMC.

El IETS no es una entidad verdaderamente autónoma, porque tiene restricciones presupuestales y potenciales conflictos de interés al realizar estudios contratados por externos para conseguir su sostenibilidad. El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) adolece de una crisis de confianza por las tensiones con el Ministerio de Salud, no cuenta con la capacidad institucional, tecnológica, de infraestructura, de personal e informática para asumir su labor, por lo que existen retrasos en el registro de medicamentos y tecnologías en salud desde 2018. El manejo del desabastecimiento de medicamentos y tecnologías sanitarias en la pandemia fue errático y descoordinado.

El INS está ausente en esta materia y la SNS, a pesar de identificar el predominio de quejas y reclamos, aún no pone en funcionamiento pleno la delegatura de operadores logísticos y gestores farmacéuticos que permitan superar las barreras de acceso. Se requiere iniciar cuanto antes una verdadera política de soberanía sanitaria que articule los componentes de ciencia, tecnología e innovación con el de impulso a la industria nacional, la sostenibilidad ambiental y la educación superior pública, diversa y regional.

12. Asuntos fundamentales de la protección social, como los riesgos laborales, las pensiones y prestaciones complementarias, son marginales en la agenda del sector salud, y requieren una estrategia de articulación urgente.

- **Aspectos a fortalecer para el cambio**

Si bien el sector ha avanzado en el uso de múltiples instrumentos de las tecnologías de información y comunicación (TIC) por parte de las dependencias del ministerio y de las entidades adscritas, persiste la fragmentación, la falta de coordinación entre los sistemas de



información, la falta de claridad sobre la rectoría de la producción y uso de la información del sector, y sobre todo, la falta de interoperatividad para lograr el control del sistema de salud en su conjunto y garantizar el derecho fundamental a la salud. Esta deberá ser una de las principales líneas de fortalecimiento.

Si bien avanzó el proceso de depuración y pago de deudas por medio del Acuerdo de Punto Final, es necesario culminar este proceso en el segundo semestre de 2022. En el mismo sentido, deberá revisarse y evaluarse la experiencia de los “presupuestos máximos”, y se requiere fortalecer el lugar y las capacidades de inspección, vigilancia y control de la SNS de manera desconcentrada y regional.

Aunque existe desde hace varios años, es necesario ampliar y dinamizar la Comisión Intersectorial de Salud en perspectiva regional y con diversidad territorial, en articulación con los consejos territoriales de salud que existen desde la Ley 100, pero que no están funcionando.

Durante la pandemia se fortaleció la red de laboratorios de salud pública. Es necesario continuar esta tendencia, en clave de un sistema nacional e integrado de vigilancia en salud pública liderado por el Ministerio en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), el INVIMA y los ministerios de Trabajo y Ambiente.

El Gobierno saliente ha impulsado iniciativas de producción de vacunas y biológicos, con la perspectiva de atracción de inversión extranjera para competir en el mercado internacional. Se resaltan los avances de Vecol (empresa mixta), de la Secretaría de Salud de Bogotá (pública) y de Vaxthera (privada). Para el gobierno entrante la capacidad de producción local es estratégica para la solución de las necesidades de salud del país y solo secundariamente es importante por su potencial comercial.

### 3. Sugerencias para los primeros 100 días

La operación del sistema de salud debe continuar, con los instrumentos técnicos y presupuestales disponibles. Sin embargo, con el fin de comenzar a orientar la política de salud hacia los objetivos del plan de gobierno, se proponen las siguientes líneas de acción que podrán representar el comienzo de la solución de problemas prioritarios y pueden significar victorias tempranas de gobierno.



### 3.1 Decisión sobre EPS que incumplen indicadores financieros y recuperación financiera de hospitales y clínicas

Es necesario tomar decisiones inmediatas respecto de las 14 EPS que incumplen las normas de patrimonio y solvencia y se encuentran en alto riesgo financiero. Al respecto, el primer paso debe ser la intervención por parte de la SNS, pero reemplazando el modelo de intervención y auditoría de las EPS, IPS y entes territoriales que realiza la SNS por un modelo autónomo e independiente. En particular, por medio de la reestructuración de procesos de selección de interventores, liquidadores y contralores. Al mismo tiempo, es posible reorientar la atención de las personas y familias por territorios, con el uso del mecanismo de pago directo, pero fuertemente auditado desde la ADRES. Esto permitirá fortalecer el flujo de recursos hacia los prestadores, en especial de la red pública..

Con el fin de dar liquidez inmediata a los prestadores, se propone poner en marcha los siguientes mecanismos que se apoyan en la reglamentación vigente:

- ✓ Giros directos de cuentas conciliadas.
- ✓ Terminación de giros del Acuerdo de Punto Final.
- ✓ Revisión y agilización del giro directo en el Régimen Subsidiado.
- ✓ Alivio de las deudas a red pública, en especial por cuentas por cobrar conciliadas.
- ✓ Hacer cumplir el artículo 13 (literal d) de la ley 1122 de 2007 sobre el pago de cuentas de EPS a IPS en un máximo de 30 días.

### 3.2 Implementación del modelo preventivo y predictivo.

Es posible iniciar la implementación del modelo preventivo y predictivo en el corto plazo, soportado en la estrategia de Atención Primaria en Salud y en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con un plan de compras centralizadas de medicamentos de alto impacto y de avance en la implementación del SISPI según los acuerdos de la Mesa de Concertación. Para iniciar, se proponen las siguientes medidas:

- ✓ Conformación de equipos de salud preventiva en el territorio, con base en articulación de recursos liberados de los entes territoriales y de la red pública.
- ✓ Igualación de la UPC del régimen subsidiado para destinación exclusiva a equipos de salud preventiva.



- ✓ Desarrollo de diez experiencias territoriales de concurrencia de recursos para atención individual (UPC) y colectiva (PIC) para la ejecución del modelo preventivo territorial.
- ✓ Expedición de la norma reglamentaria del modelo de salud preventiva y predictiva.
- ✓ Conformación y puesta en marcha de equipos médicos interdisciplinarios de emergencia en zonas abandonadas.
- ✓ Lanzamiento del plan de choque contra mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad por desnutrición en territorios priorizados.
- ✓ Ajustes a la Política Nacional de salud mental de 2018 para su pronta implementación.
- ✓ Replanteamiento de las redes integradas de servicios de salud por territorios.

### 3.3 Laboralización de los(as) trabajadores(as) del sector

La laboralización debe avanzar con la eliminación progresiva de la intermediación laboral, con base en la jurisprudencia y los postulados de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para lo cual se proponen las siguientes medidas:

- ✓ Contratación directa de trabajadores de la salud.
- ✓ Apoyo a la creación de plantas provisionales en la red pública.
- ✓ Fortalecimiento de la inspección laboral en el sector salud.

### 3.4 Otras victorias tempranas

Con el fin de avanzar en la resolución de problemas prioritarios y, al mismo tiempo, dar inicio a las líneas fundamentales del plan de gobierno, se sugieren las siguientes acciones adicionales que podrían significar victorias tempranas:

- ✓ Instalación del diálogo nacional por la reforma al sistema de salud en el marco de la Ley Estatutaria en Salud.
- ✓ Revisión detallada de presupuesto del sector para 2022 y del proyecto de presupuesto para 2023 con Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- ✓ Revisión de desembolso y destinación de recursos de crédito externo y donaciones del BM y el BID por cerca de US\$133 millones.



- ✓ Revisión y ajuste del PDSP 2022-2031, incluyendo el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).
- ✓ Declaración de interés público de medicamentos para hepatitis C para fines de regulación de precios.
- ✓ Aplicación de la regulación de precios de medicamentos antes de la entrada al mercado basada en valor.
- ✓ Acuerdo nacional contra el desabastecimiento de medicamentos esenciales, incluidos los de manejo institucional y los de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Revisión y ajuste de la norma sobre el etiquetado de alimentos (productos comestibles).
- ✓ Sanción eficaz por el incumplimiento de las actividades de promoción y prevención por parte de las EPS.
- ✓ Rediseño y puesta en marcha de la estrategia nacional de salud digital.
- ✓ Puesta al día en trámites de cannabis.
- ✓ Mapeo de iniciativas de producción nacional de vacunas y biológicos desde una perspectiva de producción para la salud y no para competir en el mercado internacional.

#### 4. Sugerencias de líneas de acción en corto, mediano y largo plazo

En los primeros seis meses de gobierno es necesario realizar la revisión y reformulación de normas prioritarias para el desarrollo del plan de gobierno, algunas de ellas mencionadas en el acápite anterior. En el mismo sentido, debe revisarse el conjunto de proyectos de ley en curso en el Congreso de la República, en especial el de la reestructuración del Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el del PNSR presentado por la bancada del Partido Comunes.

Para la formulación del Plan Nacional de Desarrollo (PND), el equipo de empalme sugiere incluir, en coherencia con lo planteado previamente, las siguientes grandes líneas para el sector salud de mediano y largo plazo:

- 4.1 Impulso y puesta en marcha de la reforma estructural del sistema de salud en Colombia a la luz de la Ley Estatutaria en Salud. Este sistema será público, único, desconcentrado, intercultural, intersectorial, equitativo, sin intermediación financiera y articulado al sistema de protección social (riesgos laborales, pensiones, renta básica y soberanía alimentaria).



- 4.2 Reformulación del PDSP 2022-2031 como gran articulador de la política de salud del sector en el marco de la ley estatutaria, incluido el PNSR.
- 4.3 Ajustes reglamentarios para desarrollar el modelo preventivo y predictivo en salud: el giro directo a prestadores, la laboralización del personal con criterios de trabajo decente, recuperación de la red pública, fortalecimiento de las capacidades territoriales en salud pública, superación de desigualdades entre regímenes de afiliación, eliminación de barreras de acceso, sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre prestadores de la red de servicios, entre otros.
- 4.4 Diseño y puesta en marcha del Sistema Único e Interoperable de Información en Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 4.5 Establecimiento de mecanismos de articulación entre las entidades del sector en el tema de medicamentos y tecnologías (especialmente INVIMA, INS, IETS, FNE, Minsalud) alrededor de un sistema de vigilancia integral y sistema de información compartido.
- 4.6 Formulación y puesta en marcha de una política farmacéutica y de soberanía sanitaria soportada en la triada de ciencia y tecnología, sostenibilidad ambiental y política industrial (articulación INVIMA, FNE, INS, IETS, Minsalud).
- 4.7 Desarrollo del lugar estratégico de la participación social en todos los procesos de la garantía del derecho fundamental a la salud.
- 4.8 Recuperación, ampliación y modernización de la red pública hospitalaria.
- 4.9 Conversión del IETS en instituto público como parte de la agencia sanitaria nacional.
- 4.10 Puesta en marcha de la política de trabajo decente en salud.

El cambio es una transformación consciente y reflexiva de un estado de cosas que las sociedades consideran intolerable. El cambio constituye una ruta de acción colectiva con base en un acuerdo social y político sólido y legítimo. Consideramos que esta es la coherencia de la Colombia, potencia mundial de la vida.



## ANEXOS

Sitio web empalme Sector Salud- Gustavo Petro Presidente electo:  
<http://empalmeminsalud.com/>

### Galería fotográfica:

Instalación comisión empalme: <https://bit.ly/3S846Wf>

Jornadas con directivos MINSALUD 2018- 2022: <https://bit.ly/3PK1Cvt>

Instalación mesas temáticas voluntariado empalme sector Salud: <https://bit.ly/3PPja9c>

Clausura Mesas temáticas empalme: <https://bit.ly/3cLQnUA>

Video documental: <https://www.youtube.com/watch?v=fyBikuhhLaQ>

Archivo documental de mesas temáticas:  <https://bit.ly/3OB1NrA>

Archivo documental recibido MINSALUD 2018-2022:  <https://bit.ly/3uoQxat>

