

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****DECRETO NÚMERO****DE 2024****()**

“Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR- como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le confiere el artículo 49, el numeral 11 del artículo 189 y el artículo 208 de la Constitución Política, el artículo 15 de la Ley 2294 de 2023, y en desarrollo de lo previsto en el punto 1.3.2.1. del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera adicionado de manera transitoria a la Constitución Política mediante del Acto Legislativo 02 de 2017 y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 22 de la Constitución Política establece que la paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento.

Que la Constitución Política de la República de Colombia de 1991 en su artículo 49 consagra el derecho a la salud como “[...] *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. [...]*”

Que el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera firmado en noviembre de 2016 entre el Gobierno Nacional y la guerrilla de las Fuerzas Armadas y Revolucionarias de Colombia -Ejército FARC-EP-, establece la responsabilidad del Estado en implementar acciones dirigidas a promover el desarrollo rural en el país, con miras a *“erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de la ciudadanía”*.

Que, en el referido Acuerdo Final de Paz, en el numeral 1 *“Reforma Rural Integral-RRI”*, sienta las bases para la transformación estructural del campo, creando condiciones de bienestar para la población rural -hombres y mujeres- lo cual contribuye a la construcción de una paz estable y duradera.

Que en los anexos de las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Ley 2294 de 2023 *“Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”. Establece dentro del catalizador, “A. Punto 1. Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral”* en relación con el pilar de salud rural del Plan Marco de Implementación del acuerdo de paz; la formulación y puesta en marcha del Plan Nacional Sectorial - PNS en salud

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

y el fortalecimiento de un modelo de salud promocional y preventivo basado en Atención Primaria en Salud con cobertura en todo el territorio nacional.

Que, el Plan Nacional Sectorial – PNS en Salud del pilar de salud rural, de ahora en adelante Plan Nacional de Salud Rural, que se adopta mediante el presente acto administrativo, se sustenta y articula con las directrices generales que desde la Constitución de 1991 se han consagrado en materia de planeación y gestión institucional, el desarrollo normativo del sector y los lineamientos internacionales en materia de salud, con el fin de propender por la integración de las políticas, estrategias y programas que inciden positivamente los determinantes sociales de la salud, y se direccionen al cierre de brechas poblacionales y territoriales.

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Título I Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto: Adoptar el Plan Nacional de Salud Rural – PNSR contenido en el anexo técnico que hace parte integral del presente decreto, en respuesta al Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, en adelante Acuerdo Final de Paz y, establecer condiciones para su implementación en todo el territorio nacional.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación: Las disposiciones del presente decreto son de estricto cumplimiento para las siguientes entidades:

- 2.1. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- 2.2. Los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos.
- 2.3. Las Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces.
- 2.4. Los Regímenes Exceptuados.
- 2.5. Las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.
- 2.6. El Instituto Nacional de Salud - INS.
- 2.7. La Superintendencia Nacional de Salud - SNS.

Artículo 3. Plan Nacional de Salud Rural para la Reforma Rural Integral. El Plan Nacional de Salud Rural - PNSR, define los proyectos, inversiones y medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas para la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales del país, en pro de la equidad, la igualdad, el desarrollo integral y la construcción de paz.

Artículo 4. Cobertura Territorial. El PNSR será de obligatorio cumplimiento en todos los departamentos, distritos y municipios del país con zonas rurales. Su implementación se ejecutará en los municipios con: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET, Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado - ZOMAC, Planes Nacionales Integrales de Sustitución de Cultivos Ilícitos - PNIS y de Reforma Rural Agraria - RRA, hasta llegar progresivamente a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país.

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

Título II

Gobernanza y Gobernabilidad del Plan Nacional de Salud Rural - PNSR

Artículo 5. Gobernanza y Gobernabilidad del PNSR. El Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la rectoría del PNSR. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal incorporarán el PNSR en los Planes Territoriales de Salud.

Para el periodo 2024 – 2025, las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal armonizarán los Planes Territoriales de Salud - PTS con los contenidos del PNSR, con base en la guía que para este fin expedirá el Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir del 2027 y para las siguientes vigencias, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales incorporarán las líneas estratégica del PNSR en el proceso de Planeación Integral para la Salud - PIS, acorde con lo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR se reconocerá y garantizará la participación de las diferentes formas de organización y relacionamiento social propias de la ruralidad y su diversidad, garantizando la interlocución, diálogo y concertación en este proceso como garantía de transparencia, unida a la rendición de cuentas, a la veeduría ciudadana y a la vigilancia especial de los organismos competentes, respetando su participación de acuerdo con los medios que ha establecido la Ley.

Artículo 6. Comité Institucional de Salud Rural. El Ministerio de Salud y Protección Social conformará un Comité Institucional de Salud Rural, dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición del presente Decreto, para la formulación, adopción, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones estratégicas contenidas en el PNSR.

Artículo 7. Coordinación para la Salud Rural. La Comisión Intersectorial de Salud Pública -CISP dentro de sus competencias articulará las acciones intersectoriales que se definan en el Plan Nacional de Salud Rural con las estrategias del plan de acción intersectorial de salud pública establecido en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente.

Artículo 8. Mesas Técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales conformarán en un término de seis meses a partir de la expedición del presente decreto, mesas técnicas permanentes de salud rural como mecanismo de concertación de acciones intersectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la Salud en la ruralidad. Estas mesas sesionarán de manera trimestral y podrán ser desarrolladas a través de instancias constituidas en el territorio. Los insumos resultantes del trabajo en las Mesas Técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural, serán presentados en la Comisión Intersectorial de Salud Pública para que en el marco de sus competencias sean considerados.

Las Mesas Técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural tendrán interlocución con los Consejos Departamentales, Distritales o Municipales de Planeación, los Comités Departamentales de Desarrollo Rural y Reforma Agraria

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

y los Consejos Municipales de Desarrollo Rural donde hubiere, sin perjuicio de la participación de otras organizaciones.

Título III

Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad

Artículo 9. Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad. Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las Entidades Promotoras de Salud – EPS o quienes hagan sus veces y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud, concurrirán en la implementación del modelo especial en salud pública, el cual está fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS y en los enfoques diferencial y de género.

Hacen parte de este modelo los siguientes componentes que responden al Plan Marco de Implementación - PMI definido en el Acuerdo Final de Paz:

Componente 1. Redes Integradas de Servicios de Salud

Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud.

Componente 3. Fortalecimiento del personal de salud

Componente 4. Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.

Componente 5. Adopción del enfoque diferencial y de género.

Componente 6. Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención en salud.

Capítulo I

Redes Integradas de Servicios de Salud

Artículo 10. Redes Integradas de Servicios de Salud. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y demás actores del sector salud en el territorio, garantizarán la disponibilidad de servicios de salud en las zonas rurales en el marco de la conformación y operación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

En cada municipio del país o área no municipalizada al menos habrá una Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel primario o quien haga sus veces con sede principal y sedes satélites, asegurando las sedes rurales que se requieran de acuerdo con las necesidades y configuración socio-cultural y geográfica.

En el ámbito rural se garantizará la coordinación asistencial entre los niveles primario y complementario de las Redes Integradas de Servicios de Salud para la continuidad de la atención, disponiendo del apoyo clínico, administrativo y logístico, y demás mecanismos requeridos para la implementación de los principios de la estrategia de atención primaria en salud - APS.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco de la operación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPPS deberán garantizar el acceso de su población a los servicios de salud en las zonas rurales, hasta la fecha que esté vigente la habilitación de estas redes.

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

Artículo 11. Mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del componente primario de la red para la ruralidad. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario de las redes, independientemente de su naturaleza jurídica, realizarán el proceso de análisis de la provisión, organización y gestión de la prestación de servicios a la fecha de expedición del presente decreto y la proyección de la progresión de la capacidad resolutive en la ruralidad, que permita la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, conforme a las disposiciones que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para las zonas rurales se contará con sedes de institución prestadora de servicios de salud del componente primario que prestarán servicios de salud con equipos básicos de salud - equipos de salud territoriales, integrando las modalidades: i) intramural; ii) extramural y iii) telemedicina, avanzando en la garantía del acceso efectivo de la población rural cerca de la vivienda, el lugar de trabajo, estudio, cuidado de la infancia y de la persona mayor, según territorialización y georreferenciación que se establecerá por parte del MSPS en concertación con las comunidades y las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el marco de la formulación de los planes bienales de inversión en salud o los planes maestros de inversiones en infraestructura y dotación en salud-PMIDS, según corresponda. Para tal efecto se garantizarán los diversos modos de transporte convencional y no convencional.

Artículo 12. Equipos Básicos de Salud – Equipos de Salud Territoriales para la Ruralidad. Los equipos básicos de salud - equipos de salud territorial para la ruralidad desarrollarán acciones universales, sistemáticas, permanentes y resolutive bajo el precepto de la atención extramural, mediante un abordaje principalmente en el hogar con adscripción a una población y territorio. En aquellas zonas rurales donde debido a la disponibilidad del talento humano no se cuente con la oferta de servicios de salud en las sedes rurales de instituciones prestadoras de servicios de salud, se podrá contar de manera temporal con estos equipos, hasta tanto se cuente con el personal de salud necesario.

Las Entidades Promotoras de Salud-EPS o quien haga sus veces deberán incluir en el procedimiento de suministros de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud – PBS o el que haga sus veces, mecanismos para la entrega completa e inmediata de medicamentos a la población rural, teniendo en cuenta las sedes de IPS disponibles en zona rural y las diferentes modalidades de atención. Cuando la entrega de medicamento sea incompleta, esta se deberá materializar dentro de las 48 horas siguientes en los términos establecidos en el artículo 131 del Decreto 019 de 2012.

Los procesos de referencia y contrarreferencia desarrollados al interior de las Redes Integradas de Servicios de Salud deberán fortalecer la capacidad de transporte, para lo cual incorporarán modos de traslado adaptados a las condiciones de las zonas rurales a través de transporte aéreo (helicoptero u otro), fluvial – marítimo (hidroaviones u otros), terrestre y demás medios no convencionales, los cuales serán incluidos en las modalidades de contratación y pago de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o quien haga sus veces.

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

El Ministerio de Salud y Protección Social gestionará con las entidades competentes, las acciones necesarias para mejorar la conectividad y suficiencia de tecnologías de información y comunicaciones en las sedes de IPS rurales con el fin de fortalecer la prestación de servicios y la coordinación asistencial, administrativa, logística y de apoyo.

Capítulo II

Construcción, Mejoramiento de la Infraestructura y la Dotación en Salud.

Artículo 13. Construcción, Recuperación y Mejoramiento de la Infraestructura, Dotación y Transporte Asistencial en Salud para la Ruralidad. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán priorizar en el corto y mediano plazo dentro de los Planes Bienales de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud-PMIDS, según corresponda, los proyectos dirigidos al mejoramiento, la ampliación, el reforzamiento estructural, la construcción de obra nueva, la dotación y modernización de sedes hospitalarias para la ruralidad, garantizando en ellos la inclusión de todos los componentes que permitan su óptimo funcionamiento, empleando para ello las fuentes de financiación que garanticen la gestión integral de proyectos y la disponibilidad de recursos que se requieran.

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán priorizar la presentación de proyectos de Transporte Asistencial Básico - TAB, Transporte Asistencial Medicalizado – TAM y vehículos de transporte extramural (modalidad fluvial y terrestre) para la ruralidad ante el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de soportar la ejecución del Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad.

Parágrafo. El desarrollo de infraestructura en salud en las zonas rurales deberá contar con la participación integral de las comunidades de las zonas rurales incluyendo sus enfoques regionales y socio culturales, para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección realizará los ajustes correspondientes en términos de habilitación.

Capítulo III

Fortalecimiento del Personal de Salud

Artículo 14. Fortalecimiento del Talento Humano en Salud y otros Trabajadores del Sector para la Ruralidad. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales realizará la planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector, dando prioridad a las características y necesidades de las zonas rurales.

El Gobierno Nacional implementará acciones para materializar el aumento gradual y progresivo de plazas de servicio social obligatorio (SSO) en función del cierre de brechas del talento humano en salud en las zonas rurales; así mismo podrá beneficiar a los profesionales que presten el servicio social obligatorio en las zonas rurales disminuyendo el plazo hasta en un término de seis (6) meses.

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

El Ministerio de Salud y Protección Social dará prioridad en la asignación de las plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) disponibles, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o quien haga sus veces, del nivel primario que tengan sedes en las zonas rurales.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud o quien haga sus veces, del nivel primario que tengan sedes en las zonas rurales dentro de su estructura funcional y misional deberán incorporar los procesos de docencia-servicio para ser escenario de práctica formativa y disponer de plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) para el talento humano en salud.

Las comunidades campesinas y demás poblaciones que habitan en la ruralidad realizarán ante las entidades territoriales del orden municipal y las empresas sociales del estado – ESE o quien haga sus veces, la nominación de líderes y lideresas u otros miembros de la comunidad para la formación como auxiliares / promotores de salud de acuerdo a los requisitos establecidos por la normatividad vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará un plan integral de formación en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital, municipal y las instituciones a cargo de la formación de este perfil, acorde con el proceso de planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector.

Las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, o las instituciones que conformen Equipos Básicos de Salud – Equipos de Salud Territoriales para la Ruralidad, vincularán a estos equipos el perfil de auxiliar / promotor.

Capítulo IV

Participación de las Organizaciones Sociales y Comunitarias para la Salud Rural.

Artículo 15. Organización social y comunitaria para la salud rural. En las instancias de articulación interinstitucional para el desarrollo del PNSR, los diferentes niveles de gobierno deberán garantizar la participación activa de las organizaciones campesinas y demás representatividades de liderazgos comunitarios rurales; a fin de permitir la construcción conjunta de acciones de formulación, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.

Capítulo V

Adopción del enfoque diferencial y de género

Artículo 16. Adopción del Enfoque Diferencial. Las Entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las entidades promotoras de salud-EPS o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, integrarán en sus programas las particularidades y requerimientos de las poblaciones rurales, considerando la etapa de curso de vida, el género, la orientación sexual, la pertenencia étnica, la discapacidad y todas aquellas situaciones y condiciones para que sea efectivo el goce del derecho fundamental a la salud.

Artículo 17. Adopción del Enfoque de Género. Las Entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las entidades promotoras de salud-EPS

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos incorporarán en sus programas el enfoque de género de tal manera que se garantice la participación incidente de mujeres, sectores LGBTIQ+, poblaciones por condición y/o situación.

Artículo 18. Salud Plena para las Mujeres. Se garantizará la participación de las mujeres rurales y su atención integral con enfoque de género para condiciones relacionadas con salud sexual y salud reproductiva; salud mental; erradicación, prevención y atención integral de las violencias basadas en género; salud y cuidado, y salud y trabajo.

Capítulo VI

Sistema de Seguimiento y Evaluación Permanente para Garantizar la Calidad y Oportunidad de la Atención en Salud.

Artículo 19. Seguimiento y Monitoreo del Mejoramiento Continuo para Garantizar la Calidad en Salud. Es de obligatorio cumplimiento el seguimiento y monitoreo a la calidad en salud en las zonas rurales, a través de los indicadores definidos en el sistema de información para la calidad conforme a la normatividad vigente.

La Superintendencia Nacional de Salud y las Entidades Territoriales en el marco de sus competencias ejercerán Inspección, Vigilancia y Control ante el incumplimiento de los indicadores establecidos.

Título IV

Financiamiento de la salud rural

Artículo 20. Financiamiento de la salud rural. El Plan Nacional de Salud Rural se financiará con cargo a los recursos del Sistema de Salud y demás recursos destinados para el aseguramiento u otros fines, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES o quien haga sus veces; por los recursos del Sistema General de Participaciones-SGP asignados a las Entidades Territoriales, recursos del Presupuesto General de la Nación-PGN que para el efecto se asignen y por los recursos propios destinados por las Entidades Territoriales para tal fin, atendiendo la normatividad vigente y los usos señalados por la Ley para cada fuente.

Los proyectos de inversión formulados con el fin de fortalecer la infraestructura y dotación en salud de las zonas rurales, el fortalecimiento del transporte asistencial en todas sus modalidades y demás inversiones requeridas para garantizar la operación del Plan Nacional de Salud Rural, podrán financiarse con recursos del Sistema General de Regalías, cooperación internacional, recursos del crédito y demás recursos de capital que puedan ser utilizados para este fin; y a través del mecanismo de obras por impuestos.

Título V

Seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Rural

Artículo 21. Seguimiento y evaluación a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural. El seguimiento a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural se realizará a través de sistema integrado de información para el post-conflicto

Continuación del Decreto “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural -PNSR como política en salud para la población rural y se dictan otras disposiciones para su implementación”

- SIIPO y los Planes de Acción en Salud -PAS a nivel territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará el reporte y seguimiento trimestral y anual de los indicadores derivados del plan marco de implementación - PMI del Acuerdo Final de Paz.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición del presente Decreto, los indicadores de atención en salud para la población rural.

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal integrarán al monitoreo y evaluación del plan de acción en salud, los indicadores de atención en salud para la población rural.

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS o quien haga sus veces, realizarán el reporte respectivo ante la Superintendencia Nacional de Salud-SNS.

La Superintendencia Nacional de Salud creará mecanismos de seguimiento a las Entidades Promotoras de Salud-EPS o quien haga sus veces sobre los indicadores de atención en salud, que permitan identificar la calidad y oportunidad de la atención en salud en zonas rurales y los recursos destinados para este fin.

La evaluación, se realizará en los términos y periodicidades que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Título VI Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 22. Inspección, Vigilancia y Control del PNSR. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento del presente decreto.

Artículo 23. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL