

Diplomado de Profundización en Fundamentos de Salud Pública

Unidad 4 Tarea 6

Presentado Por:

Luz Elvira Castrillón

Jorge Armando Gutiérrez López

Ángela Viviana López

Alix Yoleida Córdoba

Martha Hurtado

Tutora:


Magda Gioanna Cruz

Universidad Nacional Abierta Y A Distancia (UNAD)

Escuela De Ciencias De La Salud (ECISALUD)

Tecnología En Regencia De Farmacia

23 mayo 2019



Contenido

Objetivos	4
General	4
Específico.....	4
Introducción	5
Evolución Histórica de la Salud Pública	6
Contexto normativo en Colombia.....	8
Ley estatutaria 1751 16 febrero 2015	11
Política de atención integral en salud (PAIS)	13
Modelo integral de atención en salud MIAS	13
Plan decenal salud pública.....	14
Ley 1122 de 2007	15
Ley 1438 de 2007	18
Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.....	25
Sexualidad y Derechos	26
Violencia de Género	26
Salud Materna.....	26
• Anticoncepción:.....	26
Canceres relacionados con la sexualidad y reproducción.....	26
Infecciones de transmisión sexual VIH sida.....	27
Prevención del aborto inseguro e interrupción voluntaria del embarazo	27
Adolescentes y Jóvenes	27
Componente enfermedades transmisibles	28
Aedes Aegypti (Sica, Dengue, Chicungulla)	28
Ira	28
Chagas.....	28
Tuberculosis.....	28

Malaria	29	Lepra
.....	29	
Ébola	29	
Geohelmintiasis.....	29	
Hepatitis	29	
Sarampión	29	
Conclusiones	30	
Referencias	31	




Objetivos

General

Profundizar sobre el contexto normativo en Colombia y los componentes de la salud pública.

Específico

- Contextualizar detalladamente la evolución de la salud pública.
 - Dar a conocer cuál es el objetivo principal de la política de atención integral en salud (PAIS), modelo integral de atención en salud MIAS y el plan decenal de salud pública.
 - Contextualizar y profundizar sobre la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos y enfermedades no transmisibles.
- 

Introducción

Este importante programa de formación a través del diplomado profundización en fundamentos de salud pública, permite reconocer a esta como la disciplina encargada de la protección de una comunidad, como una ciencia o un arte de hacer que la vida de una población sea digna; su objetivo principal es la de brindar las herramientas de control a las infecciones en una comunidad, mediante la educación de sus habitantes en cuanto a sus hábitos de higiene personal, la prestación de un buen servicio médico y de enfermería donde se identifique y se realice un diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de las enfermedades.


El presente trabajo se fundamentó en la investigación sobre la evolución de la salud pública, el contexto normativo en Colombia y en describir ampliamente dos componentes de la salud pública y por tal se realizó una investigación de las enfermedades y problemáticas más comunes que afecta en las diferentes departamentos, en el cual se hizo énfasis en el departamento de Boyacá y logramos evidenciar que la problemática que más a queja es el problema relacionado con la salud sexual y las enfermedades que más afecta son malaria, lepra, ébola, hepatitis, sarampión, etc.

Evolución Histórica de la Salud Pública

En los tiempos antiguos se le dio un enfoque religioso, la limpieza tenía un sentido espiritual y se creía que la enfermedad era un castigo. Para el siglo XVIII establecen controles dirigidos por la policía sobre el agua, el estilo de vida de la población, los alimentos y la enfermedad profesional. Ya en el siglo XIX se realizan grandes avances con equipos médicos y se hacen estudios de bacteriología entre 1860-1880 en Rusia y Alemania, para el siglo XX se define la salud pública y se integra a los ministerios de la salud pública de la época se trabaja en la atención preventiva, medio ambiente, el entorno social y la atención curativa

Posteriormente se da importancia a la escritura de la medicina científica en la época de Hipócrates, su principal objetivo eran los aspectos curativos aunque también le daban importancia a la relación médico paciente, ya en el siglo XIII surge en Italia la primera escuela de medicina con el transcurrir del tiempo y viendo las necesidades se da la medicina social donde esta se centra en los problemas sociales de la salud y la enfermedad, tenían como principio la salud de la población y eran conscientes de que su obligación era proteger la salud del pueblo, luego con el tiempo surge la medicina preventiva y comunitaria que se dedicó a la prevención de las enfermedades en los estados Unidos, utilizando la misma orientación medica desde el siglo,

Pues en su momento se llegó a nombrar como higiene pública, ya en su auge y desarrollo durante el siglo XIX. Con la evolución de la salud pública, se ha logrado impedir enfermedades y prolongar la vida de las personas o de comunidades, ya que esta se dedicaba a los aspectos preventivos relacionados con el ambiente físico, en especial agua y acueductos. Tomando así mayor control del agua y la limpieza, y también teniendo en cuenta algunos aspectos como el modo de vida, enfermedades y control de alimentos el cual conocemos hoy en día como estilos de vida saludables y con los grandes descubrimientos y avances en la medicina ejemplo (Equipos modernos, mejores especialistas) se ha logrado el control de enfermedades transmisibles; educación en higiene personal y organización de los servicios médicos para un diagnóstico temprano y tratamientos



preventivos de enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud de las personas de toda una población.

La nueva salud pública se enfoca en brindar a la población información sobre cómo llevar estilos y condiciones de vida saludable, agilizar recursos y contar con el apoyo de las políticas de gobierno el cual realizan inversiones, programas y servicios para proteger la salud de la comunidad en general.

Según Moncayo, los economistas de la salud a lo largo de los años 1990 pusieron el énfasis de sus análisis en la noción de eficiencia al equiparar la salud con una mercancía, lo que ha producido una gran inequidad en la salud. Desde los primeros años de la década de 1990, el Banco de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) impuso en los países subdesarrollados las reformas de los sistemas de salud inspiradas en la economía de mercado. Dentro de este marco, en Colombia se aprobó la Ley 100 de 1993 que rigió el sector salud durante más de 20 años hasta la aprobación de la Ley Estatutaria en Junio de 2013, que fue sancionada en febrero de 2015. Los programas estatales de salud pública sufrieron un deterioro muy marcado entre 1995 y 2012 tal como muestran varios estudios publicados en revistas nacionales e internacionales, donde se aprecia que aumentó un 62 % la Carga de Enfermedad (medida por AVISAS), la cobertura de vacunación infantil se mantiene por debajo de las coberturas recomendadas, aumentaron la incidencia de Malaria y de Dengue, de Tuberculosis Pulmonar y de sífilis gestacional y congénita, al igual que la mortalidad materna. Se observa que el impacto ha sido adverso.

Al comparar los datos sobre crecimiento económico de los países, crecimiento del ingreso per cápita y concentración del ingreso per cápita en el período 1960-1980, período en el que existía la economía tradicional, los países aumentaron más su ingreso y hubo menos concentración del ingreso per cápita que entre 1980 y 2005 cuando se implementó la economía neoliberal.

(Moncayo, 2016).



Para Guerrero es claro que desde la gestión de la salud pública se evidencia una baja capacidad técnica y de gestión por parte de las entidades territoriales para orientar la construcción participativa de los planes de salud territorial, motivar acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y orienten la gestión integral del riesgo en salud, ejecutar intervenciones colectivas efectivas y coordinar la articulación de las acciones de salud pública con las actividades individuales realizadas por todos los agentes del Sistema. Aunado a las falencias del modelo de salud y del ordenamiento institucional de sector salud a nivel nacional que se ve reflejado en lo territorial, como se refleja en los efectos de una doble descentralización que entregó hospitales y funciones de salud pública a entidades territoriales sin generar las capacidades para su gestión (Guerrero et al, 2013). De ahí que la inversión en salud pública muestra condiciones de ineficiencia; una evaluación rápida sobre ejecución presupuestal encontró que para octubre de 2015 cerca del 40% de los presupuestos de salud pública de los municipios no habían sido ejecutados. También es clave reconocer explícitamente los problemas de calidad y cobertura de algunas de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que se registra una ausencia de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad para estas acciones, así como de adecuada información que sirva para los procesos de gestión y de IVC. Los municipios de menor tamaño evidencian limitaciones en su capacidad técnica de gestión de la salud pública (coordinación, liderazgo, competencias y suficiencia del recurso humano) y hay restricciones en la escala de operación para ejecutar intervenciones en salud colectiva de manera costo efectiva. De otra parte, la heterogeneidad territorial y poblacional del país contrasta con un aseguramiento que interviene los riesgos de la población de manera homogénea, sin considerar los condicionantes de la dispersión poblacional y territorial sobre los desenlaces en la prestación de los servicios.

Contexto normativo en Colombia

Desde los años 60 del siglo XX, las autoridades gubernamentales en Colombia comenzaron a instalar una estructura institucional para el desarrollo científico y tecnológico, con la creación del

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNCT) y del Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Especiales "Francisco José de Caldas", en 1968. El CNCT se constituyó en el órgano asesor del Gobierno Nacional para todo lo relacionado con la política científica y tecnológica. El Fondo estaba adscrito al Ministerio de Educación Nacional (MEN) y tenía como funciones, entre otras, el apoyo financiero de proyectos, planes y programas relacionados con el sector (Decreto 2869, 1968).

Los problemas que afectaban el desarrollo científico y tecnológico del país afectaban, por tanto, al sistema de salud nacional. Es de resaltar la escasa articulación entre las entidades públicas que tenían alguna responsabilidad con la IS, ya fuera en la gestión, financiación, generación y uso del conocimiento como Colciencias, el Instituto nacional de Salud (INS), el ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). También resaltaron la ausencia de la carrera de investigador en el país y la dificultad en el acceso a los escasos recursos asignados por el Estado colombiano para financiar las investigaciones (Patiño JF, Pinzón A, 1989, Pag.41). Los avances más importantes se daban en la investigación básica biomédica, pero era escaso el beneficio de esos conocimientos sobre la atención en salud. Por tanto, se recomendó la generación de un proceso de desarrollo científico y tecnológico en función de las necesidades del sector y del país (Programa de Desarrollo Científico y tecnológico para Colombia, 1990, tomo 1.).

Con la Ley 29 de 1990 se dieron importantes cambios institucionales en la gestión de la investigación por parte de las autoridades gubernamentales. Mediante el Decreto 585 de 1991, Colciencias pasó de ser un fondo adscrito al MEN, a ser el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y Tecnología Francisco José de Caldas, adscrito al DNP y formalmente responsable de las políticas de CyT en el país (Decreto 585, 1991). También, se reconfiguró el CNCT como órgano de dirección y coordinación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (SNCT), conformado desde ese momento por todos los programas, estrategias y actividades de CyT. También fueron creados, los programas de CyT que comprenden todos los ámbitos de interés científico y tecnológico, estructurados por objetivos, metas y tareas fundamentales, que se

materializan en proyectos y otras actividades realizadas por entidades públicas, privadas, comunitarias y personas naturales (Decreto 585, 1991).

Un cambio muy trascendental en la gestión de la investigación en salud por parte del Programa fue la incorporación de la convocatoria como mecanismo de selección y financiación de los proyectos. Anteriormente, predominaba el esquema clásico de asignación de recursos por medio de la demanda de los grupos de investigación. Desde ese momento, con la convocatoria se establecían los términos para otorgar los mismos de acuerdo con los lineamientos y prioridades que fueran pertinentes para el CNCT (Colciencias, 1993. Salud para la calidad de vida. Recuperado de https://legadoweb.colciencias.gov.co/programa_estrategia/salud). El Consejo del PNCTS en 1993, obedeciendo a estos criterios, estableció por primera vez cinco temas prioritarios para la producción científica que serían financiados por medio de las convocatorias: trauma y violencia, enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, cáncer gástrico y crisis de las profesiones de la salud (Conpes 2739, 1994).

Sin existir aun estudios específicos sobre las capacidades de investigación en salud, algunos informes como los publicados por el Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología (OCyT) han revelado información de interés para este campo del conocimiento en la última década. Por ejemplo, se han incrementado sustancialmente el número de egresados y de programas tanto a nivel de maestría como de doctorado entre 2004 y 2013 en el país. Así mismo, el número de grupos de investigación en salud activos ha aumentado de 466 a 676 durante el mismo período, aunque vienen descendiendo desde el año 2011 cuando alcanzó 812 grupos activos. En cuanto a las revistas pertenecientes al área de las ciencias médicas y de la salud, su crecimiento ha sido considerable pasando de 22 en 2004 a 82 en 2015 (Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario; 2014).

Sin embargo, como sucede con la distribución de todos los grupos de investigación en general, en salud estos se encuentran concentrados en las principales regiones como Bogotá, Antioquia y Valle

(Colciencias, 2009. Recuperado a partir de: http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/plan_estrategico_salud.pdf).

Esto, por supuesto, también se refleja en las publicaciones científicas ya que los centros que producen la mayor parte de los artículos provienen de universidades o instituciones localizadas en estas mismas zonas del país (Alvis N, De la Hoz F. 2006. Pág. 25-37).

El propósito fundamental de las leyes promulgadas en salud es garantizar el derecho fundamental a esta, establecer mecanismos para proteger a la población, y brindar un eficaz servicio de salud, de calidad y cumplir con las normas dispuestas por la ley.

A continuación, se hace la relación de las siguientes leyes:


Ley estatutaria 1751 16 febrero 2015

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el estado y la sociedad con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano. La Ley Estatutaria hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Adopta así mismo, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas (art. 2°), como en las obligaciones del Estado (art. 5°). Destaca en cabeza de este, la formulación y adopción de “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” (art. 5°, lit. c). Los principios (art. 6°) resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los “determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la

calidad de vida” (art. 9°, art. 20). Se entiende entonces que además de los derechos que se reconocen a las personas (art. 10°), se incluyan una serie de deberes que relievan el carácter colectivo del derecho en la medida en que, de diversas maneras, resaltan que el acto individual repercute en la comunidad y que, por ende, es preciso que su subordine a un interés general, en correspondencia con lo previsto en el artículo 1° de la Constitución Política. Solo de esta manera es posible comprender la dimensión integral del derecho y el carácter de sistema que se le ha dado (art. 4°). Tratándose de un derecho social es necesario contextualizar ese carácter bajo un criterio de permanente interrelación entre las personas y el entorno y es el reto que plantea la Ley 1751 de 2015. No sobra tener en cuenta que la Observación General 14 de 2000 que inspiró la adopción de varias de las disposiciones de la ley estatutaria, en el que el (art 12) habla del derecho fundamental a la salud y que las personas pueden participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que le afectan o le interesen

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

La ley estatutaria es la más importante en el país, tiene un alto grado de superioridad sobre las demás leyes, su tratado es de carácter prioritario por lo que los temas que se tratan son trascendentales para la constitución política de Colombia, Es por ello que en el (art 4°) se define como el Sistema de Salud. Conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y



deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga. para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Política de atención integral en salud (PAIS)


El objetivo de la política integral en salud PAIS que se adoptó mediante la resolución 429 de 2016 junto a su anexo técnico va dirigido a generar mejores condiciones de la salud de la población, este interviene en los distintos escenarios, sectoriales e intersectoriales responsables de la atención de la promoción, Prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación el tratamiento de las enfermedades

Otro de sus objetivos principales es expandir protección financiera a las familias cuando estas tienen gastos catastróficos generados por los costos de salud asociados al servicio de salud.

Los índices de gasto catastrófico, que miden la participación relativa del gasto en salud sobre el ingreso de las familias, indican que el esquema de aseguramiento social adoptado en la reforma logró reducir muy rápidamente la fracción de gasto en salud del gasto global de los hogares, posibilitando así un efecto de conservación del ingreso a las familias, derivando del menor gasto catastrófico (Amaya & Ruiz, 2011).

Modelo integral de atención en salud MIAS

El plan primordial de modelo de atención integral en salud (MIAS) es un sistema de salud al servicio de la gente, y su función es ofrecer cobertura universal en el aseguramiento, ampliación y unificación del plan de beneficios, tener mayor acceso al plan de beneficios en salud, mejorar la seguridad de los pacientes incluyendo la política farmacéutica, al igual que promover el gasto monetario por parte de los usuarios, trabajar de acuerdo a la normatividad vigente, este también va unido al plan decenal de salud y a su vez unir esfuerzos disminuir las desigualdades en la población, su enfoque integral se basa en la participación de los individuos, las comunidades, las instituciones y estamentos sociales.



Sus características se basan en las estrategias para el mejoramiento de la calidad en la atención y la prestación humanizada de los servicios en salud, relacionado con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El modelo integral de atención en salud MIAS, cuenta con 10 componentes para lograr implementarse y mantenerse

1. la caracterización de la población de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012;
2. Regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) definidas previamente.
3. Implementación de los programas de gestión clínica individual y colectiva del riesgo: Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS).
4. Delimitación territorial del MIAS.
5. Redes integrales de prestadores de servicios de salud.
6. Redefinición del rol del asegurador en el sistema de salud.
7. Redefinición del sistema del sistema incentivo.
8. Requerimientos y procesos del sistema de información.
9. Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS).
10. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

Plan decenal salud pública

El plan decenal de salud pública es una expresión concreta de una política pública de estado que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros busca la reducción de la inequidad en la salud

Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud su misión principal es brindar efectividad en el derecho a la salud, mejorar la condición de vida y disminuir la carga de enfermedad existente frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable su desafío es afianzar la salud y de ese modo mejorar las condiciones de vida biológicas, mentales, sociales y culturales del ser humano

teniendo en cuenta su entorno en la sociedad y su rol que desempeña dentro de él y a si tener un mejor nivel de vida dentro de los parámetros establecidos. (social, 2017)

Este plan se desarrolla dentro de 8 dimensiones prioritarias PDSP, como primero tenemos; Salud ambiental, acciones que buscan materializar el derecho a la ambiente sano para favorecer y promover calidad de vida. Convivencia social y salud mental, relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos. Nutricional y alimentaria, permite garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad. Sexualidad y derechos sexuales reproductivos, permite promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades. Vida saludable y enfermedades no trasmisibles, buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes tapas de la vida. Salud publica en emergencias y desastres, protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres. Vida saludable y enfermedades transmisibles, permite promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades. Salud y ámbito laboral, busca el bienestar y la protección de la salud con intervenciones que modifican positivamente las situaciones para la salud de los trabajadores.

Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

Además, está articulada con los sectores públicos privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

Ley 1122 de 2007

El objetivo de esta ley es realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad, la prestación de los servicios en salud de los usuarios, las reformas se hacen en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema y racionalización y mejorar la prestación del servicio de salud, fortalecer los programas de salud

Pública, y la función de inspección, vigilancia, control, funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (social M. S., 2011).

Esta ley es resultado de la discusión dada desde el año 2003 como celebración de los primeros diez años de la reforma a la salud en Colombia dada en el año 1993.

Estos debates tuvieron eco en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, donde se expresaron dos perspectivas opuestas, una socialdemócrata y otra neoliberal, que bajo la fórmula del consenso dieron lugar a los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, así como a la consagración de la seguridad social como un derecho irrenunciable y del servicio público de salud bajo la dirección del Estado, con la promesa de adoptar un paquete de servicios de acceso gratuito (Jaramillo, 1999. Pág. 82-89). Para asegurar que a partir de la Constitución surgiera una reforma a la seguridad social, los constituyentes ordenaron la conformación de una comisión transitoria que entregaría una serie de recomendaciones al gobierno, pero estas tuvieron poca trascendencia y fue más bien en el seno del gobierno del presidente Gaviria donde se generaron tres propuestas diferentes, desde una que buscaba consolidar el monopolio estatal en manos del Instituto de Seguros Sociales (ISS) hasta otra que proponía un esquema más aproximado a la medicina pre pagada (Molina y Trujillo, 1992).

El texto de la Ley 1122 enseña el predominio de acuerdos políticos y la búsqueda de beneficios para varios de los actores del sistema, en desmedro de una política de largo plazo que busque consolidar o cambiar aspectos estructurales para mejorar las condiciones de salud en el país. En cambio, el rigor técnico y jurídico resulta supeditado a lo anterior, y por esto no es muy claro lo que busca la Ley. En efecto, si bien en el encabezado se dice que "se hacen algunas modificaciones" al sistema, en el artículo primero se expresa que el objeto de la Ley es el de "realizar ajustes al sistema" y, con este fin, "se hacen reformas" en una serie de aspectos. Modificación, ajuste o reforma, no es claro entonces qué se produciría al final sobre el sistema vigente.

Se destacan los siguientes aspectos críticos que resultan de la lectura de la Ley:

-En sus 45 artículos solamente se hace explícita la modificación de dos artículos de la Ley 100, el 204 y el 214, referidos al financiamiento. Con esto se revela cómo la discusión no se centra en los aspectos formales o de diseño del sistema, de modo que se introduzcan cambios específicos que guarden armonía con la legislación vigente en el sentido de hacer explícitos los cambios sobre ella. Más bien, predomina un afán por afectar la implementación por la vía de cambios o adiciones de poco fondo, dejando un amplio espacio para la interpretación de lo que puede cambiar de la Ley 100.

-Se disponen materias con poca fuerza, algunas incluidas en otras normas incluso de menor jerarquía. Así que, además de formalizar aspectos que podrían tratarse de manera coyuntural por vías administrativas, como lo relativo al flujo de recursos, se reiteran principios ya consagrados en la propia Ley 100 o en decretos presidenciales y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como la intención de dar continuidad en la afiliación entre regímenes, subsidiar la afiliación al régimen contributivo o garantizar el acceso en sitios de atención cercanos a la población afiliada

-Proliferan las atribuciones o delegaciones en el ejecutivo para que reglamente, y no siempre se establece límite de tiempo. Hay 24 referencias concretas sobre el particular. Con esto se avecinaría una avalancha de decretos y normas reglamentarias que, al fin de cuentas, podrían constituir en su conjunto un cambio legislativo de importancia y posiblemente se presenten dificultades en cuanto a la observancia del orden constitucional y jurídico.

A pesar de estos juicios críticos, ciertamente la Ley introduce cambios sobre algunos aspectos del sistema que tal vez a partir de su reglamentación provoquen mejoras en él (10).

Lo más importante de la nueva Ley, en cuanto a modificaciones sobre la estructura y el funcionamiento del sistema, se refiere al intento por reformar aspectos de la gobernabilidad o institucionalidad, tema que fue propuesto como proyecto de ley con el propósito exclusivo de crear

la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y que resultó incorporado en la negociación política que dio lugar al texto de la Ley 1122.

En cuanto a la integración vertical y la posición de mercado, en la Ley se encuentran declaraciones que vale la pena analizar a fondo para determinar en realidad qué hay de nuevo y qué tanto podrá reglamentar el gobierno. Dice la Ley 1122 que las entidades promotoras de salud (EPS) no podrán contratar más del 30% del gasto en salud con sus propias instituciones prestadoras de servicios (IPS). Sorprende que, pese a las discusiones acerca de la integración vertical, esta se haya concentrado en el porcentaje del gasto en salud que pueden contratar las EPS, pero quedan dos puntos por precisar: uno, ¿qué se entiende por IPS propias?, y dos, ¿qué pasa si la prestación de servicios se hace a través de IPS propias, pero sin mediar un contrato? La evidencia muestra que existen diferentes modalidades de IPS frente a las cuales las EPS tienen diversos intereses o participaciones, predominando modalidades de control por la vía de la contratación (Castaño, 2005; Restrepo, Lopera y Rodríguez, 2006. Pág. 82-89).

El capítulo relativo a financiamiento está cargado de normas relativas a procedimientos, recogiendo seguramente las preocupaciones de varios sectores acerca del flujo de recursos en el régimen subsidiado. Como hechos destacados, que implican algunos efectos económicos, se tienen los siguientes: primero, se incrementa la cotización en medio punto porcentual al pasar del 12 al 12,5% del ingreso base de cotización, 8,5% a cargo del empleador y 4,0% a cargo del trabajador, y se dispone que la totalidad de los recursos nuevos, los cuales ascienden a cerca de \$ 500.000 millones anuales, se destinen a la financiación del régimen subsidiado, así que se incrementan en 50% los recursos de solidaridad del régimen contributivo.

Ley 1438 de 2007

Su objetivo principal es el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad

para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Esta ley describe, ampliamente los componentes de la salud pública del Ministerio de salud y Protección Social, y relacionarlos con los contextos reales en cada uno de sus lugares de residencia, por ejemplo, entidades responsables, programas y proyectos para impactar en esa categoría etc.


Puede concluirse entonces que, esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la <salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

El ministerio de protección social, reglamentara el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados y cofinanciara la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable.

Esta ley tiene por objetivo, el fortalecimiento del sistema general en salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable. brindando servicios de calidad equitativo donde lo más importante son los residentes del país por eso a continuación nombramos algunos de los principios más importantes de la ley:



Algunos principios de la ley son:

1. universalidad
 2. solidaridad
 3. igualdad
 4. prevalencia de derechos
 5. enfoque diferencial
 6. equidad
 7. calidad
 9. eficiencia
 10. participación social
 11. progresividad
 12. libre escogencia
 13. sostenibilidad
 14. transparencia
 15. descentralización administrativa
 16. complementariedad y concurrencia
 17. corresponsabilidad
 18. irrenunciabilidad
 19. intersectorial dad
 20. prevención
- 

21. continuidad

Y en cuanto a la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia; el plan de beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección, y tratamiento de enfermedades de los niños y niñas adolescentes, se estructurará de acuerdo a los ciclos vitales de nacimiento prenatal a menores de seis años, de catorce y dieciocho. La comisión de la regulación actualizará esta parte diferenciada cada dos años. También se garantizarán los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del plan de beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sea certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas del sisbén uno y dos.

Las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud deberán notificar al instituto colombiano de bienestar familiar, a las comisarías de familia o en su defecto a los inspectores de policía o las personerías distritales o municipales en caso que se evidencie alguna negligencia de los adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, además denunciar ante la fiscalía general de la nación cuando se detecten indicios de maltrato físico.

El gobierno nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de entidades promotoras de salud con base en criterios de eficiencia y estudios actuariales, financieros y criterios técnicos. Dicho factor no podrá superar el 10%, la entidad que no cumpla con esto entrará en intervención.

Artículo 25: el plan de beneficios, deberá actualizarse cada dos años, atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del plan de beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, que integran el sistema general de seguridad social en salud, organizaciones de profesionales de salud, de los afiliados y de las sociedades científicas o de las organizaciones de las entidades que consideren pertinentes.

El plan de beneficios solo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.

Artículo 26: comité técnico científico de la entidad promotora de salud.

Los comités técnicos científicos deberán estar conformados por médicos científicos y tratantes, bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las entidades promotoras de salud integrara estos comités, así sean médicos. Estos comités deben garantizar la interdisciplinariedad entre los pares del personal de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. El pago de los servicios de salud prestados serán cancelados por la entidad promotora de salud si definitivamente se afilio a ella; sino se afilio se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de la salud.

Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación no alcance a un salario mínimo legal vigente, no desee ser desvinculado del régimen subsidiado en relación de su relación laboral. El patrono deberá aportar el valor equivalente que proporciona el pago por el trabajador.

Y los recursos de regalías serán transferidas directamente por la nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley, y otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

Del fondo de solidaridad y garantía (fosyga)

Uno 1.5 puntos de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta 1.5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la ley 100/1993.

En esta ley también se manejan unas medidas cautelares en función jurisdiccional de la superintendencia nacional de salud.

-ordenar dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del sistema.

-la superintendencia nacional aplicara multas o revocatorias de la licencia de funcionamiento realizando un proceso administrativo sancionatorio consiste en la solicitud de explicaciones en un plazo de 5 días.

-el ministerio de la protección social también definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

- ✓ Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud, diseño, ejecución, evaluación y ajuste
- ✓ Promover la cultura de salud y el autocuidado
- ✓ Incentivar la veeduría de recursos del sector salud
- ✓ Participar activamente en los ejercicios de definición de política
- ✓ Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa
- ✓ Defender el derecho de salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar la atención a los usuarios



Deberes y obligaciones de los usuarios

- Actuar frente y sus actores de buena fe
- Suministrar oportunamente y cabalmente la información que se le requiera para efectos del servicio.
- Informar a los responsables y autoridades de todo acto y hecho que afecte el sistema
- Procurar en forma permanente el cuidado de la salud.
- Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y en general concurrir a la financiación del sistema.

Prueba de accidente de SOAT

Para la prueba de accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca por el ministerio de la protección social sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad que la aseguradora del SOAT realice auditorias posteriores.

Aspectos negativos de ley

- desaparecen los planes parciales de beneficio sisbén 3 y se cambia por planes voluntarios de salud.
- Creación de una junta medica
- consignación a EPS o IPS para evitar la intermediación financiera
- afiliados del régimen subsidiado pueden permanecer en este régimen cuando estén laborando, pero pagan como contributivo a la EPS.
- La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los párrafos de los artículos 171, 172,175,215, y 216, numeral 1 de la ley 100 de 1993,

Aspectos positivos de la ley

- Actualización cada dos años del pos
- Hacer gratuita la rehabilitación de niños, adolescentes, y mujeres víctimas de la violencia física y sexual
- Dos días para resolver peticiones de medicamentos y servicios por fuera del pos/acudir en una segunda instancia que tendrá 7 días si hay una negativa no justificada.
- Actualización en el talento en salud
- Acceso a seguro de salud en situación de desempleo atravez de cajas de compensación
- Prohibición de multas por inasistencia a las citas medicas

- Atención desde el primer día de afiliación a la nueva EPS
- Trabajadores con menos de un salario mínimo legal vigente no serán afiliados al régimen contributivo.
- Los médicos son autónomos en diagnosticar y recetar
- Enfoque diferencial nuevo principio
- Prevención con enfoque precaución

Componentes básicos del sistema de salud pública en Colombia

La siguiente información hace parte de los derechos básicos en salud pública contemplados en las leyes y decretos expuestos anteriormente, se constituyen, por tanto, en el referente fundamental que protege, promueve y estimula la ley y el marco regulatorio nacional, para el pleno disfrute de la salud.

Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

En departamento de Boyacá encontramos las secretarías de salud municipal, secretaria de la mujer el ICBF las empresas sociales de primer nivel en cada municipio

Este componente es integral y relaciona nuestra salud sexual y reproductiva como una dimensión prioritaria en la vida de una persona.

En Colombia aún hay problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva pero nuestras entidades están reflejando la importancia que les están dando en capacitaciones o promoviendo la utilización de métodos de planificación en nuestros municipios

Dentro de nuestro componente de salud sexual y reproductiva se desgranar varios subcomponentes:

Sexualidad y Derechos

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son aceptados hoy en el mundo y en Colombia, son derechos fundamentales para la vida de una persona respondiendo a la reivindicación y reconocimiento de que todas las personas somos dueñas de nuestro cuerpo y de nuestra sexualidad y que cada individuo puede decidir sobre su vida sexual y reproductiva sin presiones en su cuerpo

Violencia de Género

Las violencias de género corresponden a cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género, que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino.


Salud Materna

Cabe resalta que los indicadores de mortalidad materna y morbilidad materna externa son ejes fundamentales en cualquier empresa social del estado de nuestros municipios vigilado esto por la secretaria de salud departamental siguiendo las guías y protocolos que se establecen para fines pertinentes

- **Anticoncepción:** los métodos anticonceptivos son mecanismos autónomos y de autoprotección como base en la reproducción de los seres humanos con el fin de evitar embarazos a temprana edad o enfermedades de transmisión sexual en Boyacá desde la secretaria de la mujer se realizan campañas educativas con la población más expuesta y vulnerable de nuestra región

Cánceres relacionados con la sexualidad y reproducción

En el departamento se identifican programas y entidades sin ánimo de lucro que caracterizan población expuesta y vulnerable con la toma de citologías para así lograr una detección temprana de algún tipo de cáncer que afecte la salud sexual y reproductiva y en la cual se pueda intervenir y



rehabilitar a tiempo en Tunja existe la liga nacional del cáncer entidad encargada para fines pertinentes

Infecciones de transmisión sexual VIH sida


En la capital del departamento de Boyacá existen y se promueven campañas de sexo seguro con el fin de no incrementar embarazos no deseados y no elevar índices de enfermedades de transmisión sexual como en el caso del VIH sida y las ITS a lo cual el programa se enfoca desde la madre, el adolescente, el adulto y toda aquella persona que inicien su vida sexual activa prestando ayuda y orientación a través de las IPS y con la orientación de entidades como profamilia.

Prevención del aborto inseguro e interrupción voluntaria del embarazo

Como base de los derechos sexual y reproductivos de la mujer en Colombia se reconoce en ciertos casos el aborto legal y seguro dependiendo los criterios establecidos por la corte en la sentencia C-355 en nuestra región existen oficinas de atención al usuario y dependencias de trabajadoras sociales que identifican y dan manejo a casos que se presenten en las IPS de la red de los servicios de salud sin discriminar régimen ya sea subsidiado o contributivo esto con el fin de identificar y puntualizar los pasos a seguir con las directrices de la corte para un aborto seguro y legal.

Adolescentes y Jóvenes

En los colegios de la ciudad de Tunja con ayuda de los entes gubernamentales se focalizó el programa para los colegios públicos y privados con el desarrollo de vivencias y ayudas didácticas ser padre e iniciar una vida sexual activa no se unifica ser mayor y adulto sino simplemente una responsabilidad tuya y de quien la compartes lleva tu maleta y no tu hijo al colegio campañas realizadas con el fin de interiorizar empoderar y familiarizar a adolescente y la juventud del departamento con la responsabilidad al inicio y la toma de sus relaciones sexuales a muy temprana edad y las consecuencias que implica la toma de decisiones de acuerdo a su vida actual



Componente enfermedades transmisibles

Aedes Aegypti (Sica, Dengue, Chicungulla)

En Tunja se realizan campañas desde la secretaria de salud y ambiente promoviendo y mitigando que desde cada hogar se reproduzca los vectores que son los focos trasmisores de los virus o enfermedades que estos transmiten en la población boyacense controlando la higiene en cada hogar con el simple lavado de tanque y en no exponer y dejar agua estancada en lugares o ambientes como reservorios para la reproducción de los vectores

Ira

Con los contantes cambios de clima en nuestra región se incrementan los casos en la población infantil relacionados con la ira se enfatiza por medio de campañas, recomendaciones médicas y de auto cuidado el uso del tapabocas y en lavado de manos para así evitar la proliferación del virus en la población más expuesta

Chagas

Para los municipios en Boyacá el pito en regiones con las condiciones climatológicas se realiza a través de medios de comunicación se realizan y se dan informaciones de auto cuidado e higiene del hogar y personal para mantener los domicilios lejos de los reservorios para la proliferación ración de chagas

Tuberculosis

En las empresas sociales del estado identificamos la tevé según sintomatología aislando al paciente como foco de infección y de intervención a rehabilitar para la no exposición para la comunidad en general detectándolo así rápidamente con los protocolos médicos para dicha sintomatología.

Enfermedades Infecciosas Desatendidas

En Boyacá no se reporta o no se ha idénticas programas o entidades o compañías relacionadas con las enfermedades infecciosas desatendidas.

Malaria

En temas de salud pública en casos de la epidemiología o climatología no se encuentra enfocado o localizado programas para fines permanentes.

Lepra

A través de alianza los gobiernos departamentales interrelacionan y comparten información estadística en la mitigación y exposición de la lepra como metodología para aumentar y fomentar la inclusión de aquellos pacientes que la padecen y con el fin de mitigar la exposición dando proliferación entre los territorios a nivel nacional

Ébola

La enfermedad del ébola no presenta riesgos significativos para Colombia

Geohelmintiasis

En Tunja identificamos a la primera infancia como gran foco en la desparasitación enfocada en los jardines infantiles como el bienestar social orientado por el icfes

Hepatitis

Se incentiva a través del gobierno departamental la inmunización en los municipios en Boyacá con el fin de mitigar el impacto de esta patología de la población más expuesta.

Sarampión

En los centros médicos por seguridad de usuario personal médico y paciente se hace indispensable el uso de evitos de higiene y lavado de manos al ingreso y salida de cualquier centro médico con el fin de proliferar virus y enfermedades como el sarampión en el territorio departamental

Conclusiones

Los organismos de orden internacional como la OMS y otras de orden nacional y local como los ministerios de salud y las respectivas secretarías de este ramo promueven, desarrollan y ofrecen programas de prevención cuyo propósito es mitigar y/o eliminar las diferentes enfermedades, y con esto enaltecer el bienestar de los ciudadanos, y que la población tome conciencia del autocuidado para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Las políticas de salud pública promueven la protección de la sociedad, mediante la dignificación de la vida y la educación, en aspectos como el modo de vida, enfermedades y estilos de vida saludables.

En el departamento de Boyacá, se hacen campañas de educación sexual por medio de los distintos organismos salud y así crear conciencia para evitar el incremento de embarazos no deseados y así mismo mitigar los altos índices de enfermedades de transmisión sexual como en el caso del VIH sida.

Referencias

- Alvis N, De la Hoz F. (2006). Producción científica en ciencias de la salud 1993 - 2003. Rev. Salud Pública. 8(1):25-37.
- Colciencias, (1993). Salud para la calidad de vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Bogotá D.C: recuperado Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, Colciencias.
- Colciencias, (1994). Políticas, prioridades y convocatorias de los programas nacionales de ciencia y tecnología. Bogotá D.C: Colciencias, Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Colciencias, (noviembre de 2008). Plan Estratégico 2009-2015. Conocimiento orientado a transformar la salud, el desarrollo social y la calidad de vida. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Recuperado de:
http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/plan_estrategico_salud.pdf.
- Ley Estatutaria de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/ley-estatutaria-de-salud.aspx>
- Lucio Arias D, Rivera SC, Tique J, Villarreal NF, Lucio J, Mora H. (2014). Indicadores de ciencia y tecnología, Colombia 2014. Bogotá D.C: Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012-2021). ABC del Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsALUD.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Capítulo VI. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Título II. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ministerio de Educación Nacional. (20 de noviembre de 1968); Decreto 2869 de 1968 Por el cual se crean el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Proyectos Especiales "Francisco José de Caldas". Colombia: 1968.

Ministerio de Gobierno. (Febrero 26 de 1991); Decreto 585 de 1991 "Por el cual se crea el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, se reorganiza el Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología - Colciencias y se dictan otras disposiciones". Colombia: 1991

Ministerio de Educación Nacional, (1990). Departamento Nacional de Planeación. Programa de Desarrollo Científico y tecnológico para Colombia. Tomo 1. Bogotá D.C: Departamento Nacional de Planeación, Misión de Ciencia y Tecnología.

Patiño JF, (1989). Pinzón A. Informe del estado de desarrollo e inserción social de las ciencias clínicas en Colombia. Presentado a la Misión de Ciencia y Tecnología de Fonador. Bogotá D.C.

Restrepo, Jairo Humberto. (2007)¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 25(1), 82-89. Retrieved June 12, 2019, from

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011&lng=en&tlng=es)

Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2007, 9 enero). LEY NÚMERO 1122 DE 2007.
Recuperado 18 noviembre, 2019, de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2011, 19 enero). LEY NÚMERO 1438 DE 2011.
Recuperado 18 noviembre, 2019, de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf