



# Atención Primaria en Salud

## NECESIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA MEDICINA Y/O SALUD FAMILIAR

Guillermo Restrepo Ch.\*\*, Juan Carlos González Q.§§



Hace ya ocho años, que comprometimos esta publicación con la Atención Primaria de Salud, (APS) procurando que, al menos un artículo, fuese referido a motivar su práctica. Se ha dedicado esta sección para cumplir con ello, combinándola con algunos artículos ubicados en la correspondiente a Seguridad Social. El artículo inicial en el que nos comprometimos es el que reproducimos a continuación para compartirlo con nuestros lectores, considerando que la virtualización de esta publicación tan solo abarca desde 2015. A lo mejor, los motiva tanto como a nosotros en su momento.



“Asiste adolescente (15 años) en puerperio y el neonato (2 meses) junto con la abuela (40 años). Es evaluada por la IPS de primer nivel, donde pesan, tallan el niño y la citan en un mes. A la adolescente, en 15 minutos le verifican condición del puerperio y la citan nuevamente en dos meses. Tanto en el caso de la adolescente como el de su hijo se cumplió con lo esperado según la norma para sus respectivas atenciones. La abuela del recién nacido ha asumido al nieto dentro de su esquema de seguridad social. Ella no sabe qué será de su hija; no sabe si estudiará, no sabe si la pareja de la joven asumirá su rol de cabeza de familia y teme mucho que su hija quede pronto en un nuevo embarazo. Pero no ha podido conversarlo con alguien... la joven está algo deprimida y desconcertada. Siente conflictos en torno a su futuro mezclados con la alegría por tener su hijo, pero no ha podido comentar con nadie ese sentir”. En la IPS les reclamaron por qué asistieron una semana después de la cita. Para poder asistir a la consulta la madre de la adolescente tuvo que pedir permiso en el trabajo

y cancelar el transporte de ida y de venida, resintiendo su precaria economía”.

Para empezar: Usted... ¿cree que estos pacientes recibieron lo que necesitaban? ¿Piensa que el servicio de salud a que tienen derecho les está ofreciendo lo que requieren? ¿Cree que el acceso para ellos está a su alcance? ¿Cree que quedaron algunos aspectos por cubrir en la atención? Al contestar estos interrogantes es probable que exista coincidencia en que falta aún algo (o mucho) para concebir ese servicio de salud como ideal. De seguro muy pocos servicios califican como óptimos y, en particular, en nuestro país que no es una excepción. Aún el mundo está lejos de la cobertura universal (que implica que cualquier persona en caso de necesitarlo pueda asistir) o con un acceso sencillo (poder asistir cuando se necesita de manera inmediata) y, en general, las quejas de aquellos que asisten son más frecuentes que las felicitaciones.

\*\* Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. Director Departamento de Planeación, FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co  
§§ MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



**Atención inversa.** Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores – son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen<sup>10</sup>. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres<sup>11</sup> en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos<sup>12,13</sup>.

**Atención empobrecedora.** Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria<sup>14</sup>.

**Atención fragmentada y en proceso de fragmentación.** La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial<sup>15</sup>. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos<sup>16</sup>; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación<sup>17</sup>.

**Atención peligrosa.** Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud<sup>18</sup>.

### Recuadro 1 Cinco fallos comunes en la prestación de atención de salud



**Orientación inadecuada de la atención.** La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad<sup>19,20</sup>. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud<sup>21</sup>.

Tomado de: <http://www.who.int/whr/2008/es/>

Existe una inequidad a nivel de atención muy evidente, donde los más pobres reciben, si acaso, unos servicios fragmentados y que poco responden a sus reales necesidades, según el informe de la exdirectora de la OMS, Margaret Chan (1). Los pobres se ven obligados a financiar buena parte de la atención por la incapacidad de los sistemas sanitarios de atenderlos cuando lo requieren. Los servicios necesitan ser más sensibles en el sentido humano y los políticos se deben comprometer a garantizar servicios de calidad para sus gobernados (2). Tocando estos aspectos comienza el informe de la exdirectora de la OMS. La prestación de la salud a todo nivel (administradores, prestadores y pacientes) debe cambiar en cada país hacia reformas donde se tenga más en cuenta al enfermo (la persona). El cambio debe ocurrir hoy, y de seguro en 20 o 30 años, los beneficios los recibirán nuestros hijos.

¡Sin duda debemos cambiarlos...! Debemos cambiar el hecho de que exista población que no tiene acceso. Es posible que titularmente lo tengan, pero en la práctica no pueden asistir cuando lo necesitan. Es el caso de aquellos que pertenecen a uno u otro régimen y, por una u otra circunstancia (distancia, costos de transporte, retardos en las citas etc.), se atrasa su atención.

Se debe cambiar la atención dirigida a la enfermedad para reenfoclarla a los enfermos (personas). La enfermedad ha sido una construcción del hombre y, como tal, no existe (3); las personas sí y son ellas las que, según sus cambios biológicos expresan sus padecimientos de acuerdo a sus vivencias, trayendo un poderoso componente emocional.

## LO FUNDAMENTAL

### Relación que establezcan



### Equipo primario



### Primer Nivel



Creemos que se debe cambiar la actual manera (en la mayor parte del país) como se atiende, como se administra, como se conciben los servicios de salud y, que la Atención Primaria puede ser la respuesta y, con ella, el enfoque de la Medicina familiar.

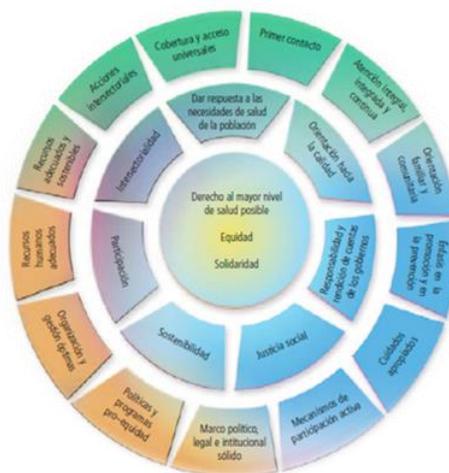
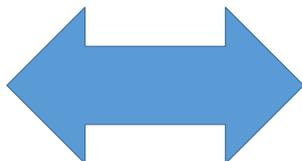


### Atención Primaria... ¿a qué se refiere?



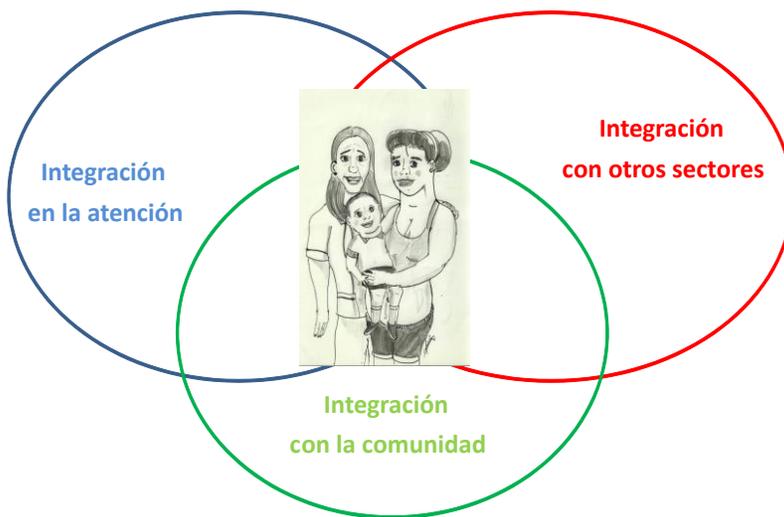
PRIMARY HEALTH CARE  
USSR-ALMA-ATA 1978

<https://goo.gl/jyysc6>



<https://goo.gl/y6dKpS>

Este término ha sido, y es interpretado, de manera distinta lo cual determina una enorme confusión. Su origen puede estar situado hacia 1978 con la reunión de Alma Ata (4) por parte de la OMS (5). Allí se concretó, partiendo como una estrategia sanitaria que venía desarrollándose en numerosos países subdesarrollados y en la cual la **integración** fue uno de los principios claves concebida así:



- Integración entre los prestadores y las realidades del país. Así los prestadores se forman para ayudar a "su" población.
- Integración entre comunidad y prestadores a través de la educación. Así se hace un frente común contra los problemas de salud.
- Integración entre sector político, prestadores y comunidad a través de programas de nutrición (acceso a alimentos), vacunación y acceso a drogas para enfrentar las enfermedades prevalentes. Así surgen políticas que benefician a la población.

(Como se observa, el término de integración busca que al menos dos partes se unan y formen una).

El otro principio que se concretó fue el **acceso** de la población, particularmente aquella que más lo necesitaba dadas sus condiciones de pobreza. La correlación entre pobreza y enfermedad es evidente. Esta determinó un reconocimiento de las duras condiciones de esta población lo que, ulteriormente, daría las bases para identificar determinantes sociales de la salud (6) y planteó críticamente el asunto de la **inequidad** (7) en salud. Generó una serie de compromisos entre prestadores y población que dieron pie a la construcción de diseños o modelos de atención singulares y **humanizados**, queriendo decir con ellos que el contacto de los prestadores y la comunidad es intenso y comprometido.



Temas de actualidad / Current topics

### Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria

Jaime Gofin<sup>1</sup> y Rosa Gofin<sup>1</sup>

En los servicios de atención primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud. Sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y su impacto en la salud de la población varían de un país a otro. El sistema de servicios de salud depende del contexto socioeconómico, cultural y político.



Por ejemplo, en el APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad) (8), el conocimiento de la comunidad y el vínculo entre prestadores y una comunidad bien delimitada, es clave. La **educación** (promoción) se convirtió en piedra angular al ser usada para enseñarle a la comunidad cómo enfrentar sus enfermedades prevalentes, haciendo surgir el autocuidado

como un valor a fomentar dentro de la comunidad. Además, y como un elemento esencial, la Atención Primaria, se comprometió a dar lo mejor con los recursos que se tienen y acepta los saberes comunitarios que sean útiles en los procesos de salud y enfermedad (3).

### Concepciones parcializadas de la Atención Primaria (9)

DE QUE SE PARTE:

### Atención Primaria en Salud



“alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y económicamente productiva”.

Halfdan Mahler,

Los resultados en todos los países fueron tan notorios que dieron pie a cambios o diseños de políticas de salud hacia estos modelos creándose la denominación de **Atención Primaria de Salud (APS)** que fue por completo reconocida en la reunión de la OMS celebrada en la ciudad de Alma Ata en 1978 (4). Como se observa esta concepción es el resultado de éxitos que quedaron finalmente agrupados bajo el término. Sin embargo, y de seguro como resultado de su aplicación en países pobres, un pensamiento que se ha generalizado es el de creer que la Atención Primaria es solo para población deprimida económicamente (9). Esto no es así, aunque ciertamente se debe reconocer que la estrategia protege y contribuye a que los “pobres” y los que cuentan con más

recursos disminuyan sus diferencias en torno a la atención. Es decir, disminuye la **inequidad**.

Otra idea que se generalizó es considerarla como la puerta de entrada de los distintos modelos de prestación (9), es decir, como la consulta externa, para diferenciarla de la atención secundaria entendida como la remisión a la atención hospitalaria. Una vez más, el equívoco es pensar que solo es esto, pues no existe duda de que en la Atención Primaria la consulta externa, por ser la puerta de entrada al sistema sanitario, resulta particularmente importante, siendo, por ende, una de las áreas de mayor énfasis en la concepción de los servicios de salud enfocados con esta estrategia.



De todo esto surge, según Starfield en su texto (8), el concebir a la Atención Primaria como un **conjunto de actividades**, como un **nivel de atención** (complejidad), como una **estrategia organizativa** de atención y como una **filosofía** que impregna la atención en salud, siendo todas parcialmente válidas y solo integradas en un "todo" por completo real (el todo es mayor que la suma de las partes).

De todo lo anterior puede quedar claro que la **Atención Primaria de Salud** es una estrategia basada en unos principios y con una diversidad enorme de presentaciones. Lo importante son y serán los principios y su cumplimiento. ¿Cuáles son? Repitémoslo otra vez:

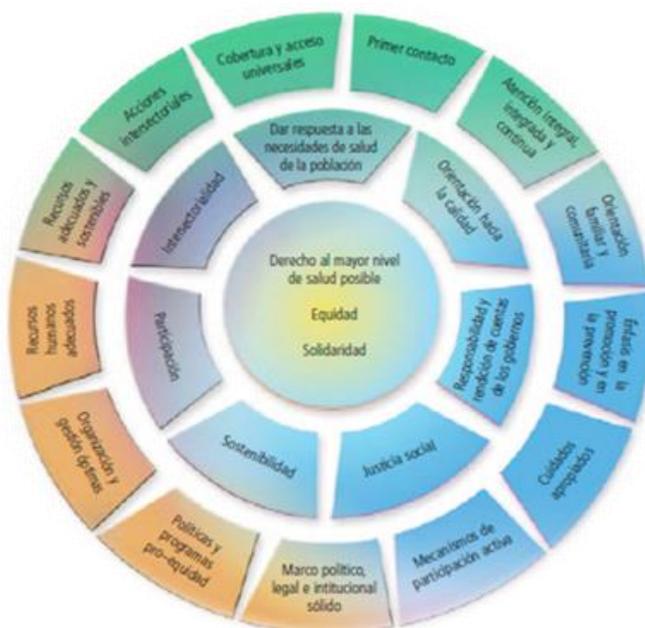


Imagen tomada de: <https://goo.gl/TCyh6w>

- INTEGRALIDAD:** en un amplio y ambicioso sentido, integralidad en la atención del ser humano significa verlo, no solo a través de la óptica biológica, sino también en el contexto social, psicológico y espiritual. Pero, también, concibe la integralidad de la atención, creando redes donde se ofrezca la oportunidad de ser atendido y que exista un mecanismo fácil para la atención que implique lo más específico (integración de los niveles de atención). Además, integra la salud con la educación dándole un inmenso valor a los procesos de promoción. Educa a la comunidad en torno a sus enfermedades prevalentes. Integra a la comunidad con sus prestadores buscando modelos de atención que respondan a las necesidades humanas - modelos de salud familiar o de Medicina familiar- (10, 11).
- UNIVERSALIDAD:** entendida como darle el acceso a toda la población a la promoción, atención y rehabilitación cuando lo necesite. La ubicación geográfica y la afiliación de la población son aspectos particularmente importantes para el desarrollo de este principio (2).
- EQUIDAD:** entendida como la disminución de las desigualdades de oportunidad entre el sector de población de escasos recursos con el de mayores posibilidades. Por tanto, bajo este principio la Atención Primaria, se esmera en lograr el acceso de los que menos tienen, buscando disminuir el inmenso riesgo de enfermarse derivado de la pobreza.
- HUMANIZACIÓN:** entendida como una prestación centrada en el ser humano, sensible y atenta a escuchar sus necesidades. Acá la dimensión ética desborda el panorama técnico.

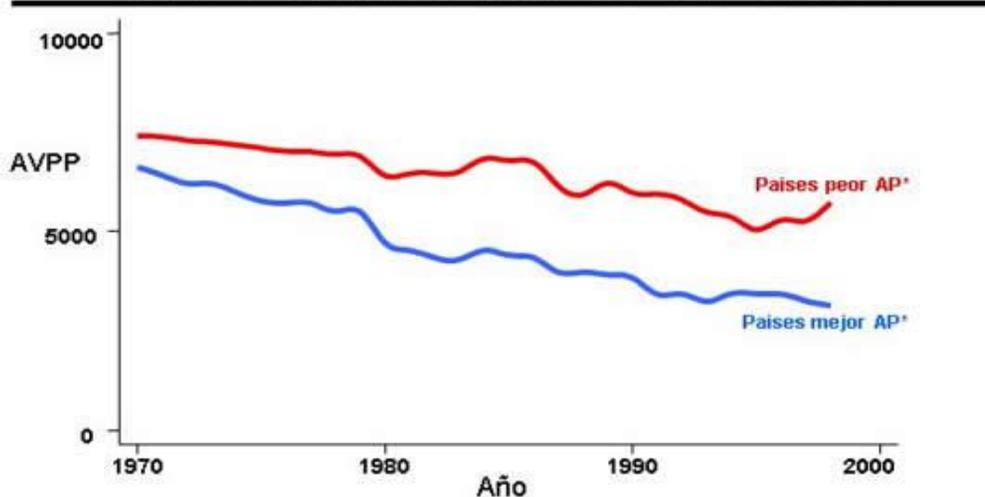


La carta de Ljubljana (12) ratifica, casi 20 años después de Alma Ata, de manera perfecta estos principios y el compromiso de los gobiernos (en este caso europeos) por trabajar basados en ellos. Las mejoras de salud se ven como indicadores de desarrollo humano. Posiciona la dignidad humana, la equidad y la solidaridad como tres principios en la concepción que se refuerzan con la ética de los prestadores.

Hace de la salud un compromiso político donde la participación ha de estar presente y activa.

Hoy la Atención Primaria de Salud se ha reconocido como la estrategia que, a través de los principios mencionados, alcanza el anhelo de un sistema de salud apropiado y de ello ya existen resultados.

### Puntaje en Atención Primaria y Mortalidad Prematura en 18 países de la OCDE



\* Pronóstico de AVPP (ambos sexos) estimado por efectos fijos, empleando el diseño de series de tiempo de corte seccional unidas. Análisis controlado por PIB, porcentaje de personas mayores, médicos per cápita, ingreso promedio, y consumo de alcohol y tabaco. R<sup>2</sup>(por dentro)=0.77.  
 Fuente : Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65. Starfield 10/04 IC 3009

Tomada de la presentación de la doctora Bárbara Starfield en la conferencia de "Equidad en servicios de salud" el 11 de octubre de 2006 en Buenos Aires.

Con la implementación de estos principios, los resultados son evidentes y, aceptando que no existe una "única" manera, cada país hace aplicación de manera muy particular; aunque se reconocen en casi en todos los países que los aplican, los siguientes elementos:

1. **Una política gubernamental de responsabilidad directa con la salud.** Ello quiere decir que son los gobiernos los directos responsables del modelo de atención, a veces, asumiendo la prestación; otras,

permitiendo el ejercicio privado, pero con unas condiciones por completo controladas por el Estado.

2. **Un acceso de la población garantizado por su ubicación geográfica,** donde el centro de salud queda habitualmente ubicado en el seno de la comunidad.
3. **Una preparación de los recursos humanos prestadores,** especialmente dirigida al primer nivel de la atención.

### Las dificultades a que nos enfrentamos para desarrollar APS...

La relación entre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Atención Primaria de Salud (APS) no ha sido fácil en Colombia. El Sistema General de Seguridad Social se ancla poderosamente del empleo y, países como el nuestro plantean en esto un problema crónico que se traduce en la financiación. Los recursos se dispersan entre las distintas EPS (no se integran), lo que promueve altos grados de ineficiencia.

Muestra de esto ha sido el retraso en alcanzar las coberturas en los programas preventivos. La prestación se fragmenta. La humanización no está cercana, aunque a través de la acreditación se está promoviendo. La preparación de los prestadores y su compromiso con las comunidades no son precisamente la norma de la situación actual, todo esto al menos visible claramente en el régimen contributivo.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Ftps7w>

Por ello, surge un intento de renovación de la Atención Primaria (13) donde se hace un llamado a las adaptaciones de acuerdo a las circunstancias. Algunas secretarías municipales han implementado programas de Atención Primaria, en particular para la población subsidiada y vinculada. Salud en su Hogar, en Bogotá, fue un buen ejemplo. Pero, las IPS del régimen contributivo aun no parecen comprender las ventajas que pueden derivar. En ellas la ubicación de la población en IPS cercanas no cumple con los ideales que exige la Atención Primaria de Salud. Y ¿qué decir de los modelos de prestación? Hoy por hoy, en su mayoría están centrados en la enfermedad con evidente malgasto de recursos. La participación de la comunidad dentro del SGSSS es prácticamente nula. La integración ni siquiera es apreciada en la mayoría de las variedades que la Atención Primaria de Salud exige y requiere.

### ¿Y dónde queda la Medicina Familiar o la Salud Familiar?



Fecha actual: Jueves, 8 de noviembre de 2018 | Inicio de sesión

Observatorio de Talento Humano en Salud

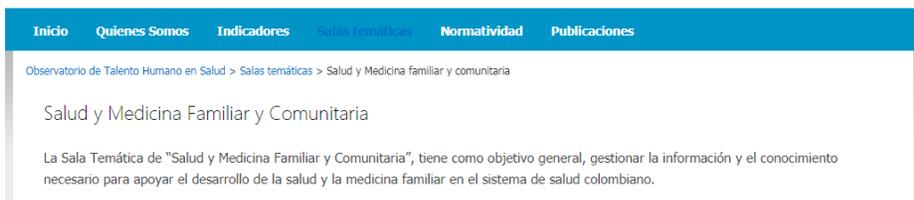


Imagen tomada de: <https://goo.gl/oRTLq8>

Un modelo de prestación basado en la Medicina Familiar, o la Salud Familiar, probablemente sea la mejor estrategia para humanizar los servicios y cumplir con tan importante principio de la Atención Primaria (11). La diferencia entre Medicina Familiar o Salud Familiar (14) radica esencialmente en que, con el término de *salud familiar*, se busca abarcar a más prestadores (específicamente del primer nivel) y no solamente a los médicos. Concebimos a la atención como aquella que:

1. Integre a los enfermos como seres bio-psico-socio-espirituales.

- 2. Haga participe a la familia del enfermo en las intervenciones que se requieran.
- 3. Se haga con un equipo multidisciplinario que permita una mayor resolución.
- 4. Garantice la continuidad (longitudinalidad) entre el enfermo y su equipo de salud.

Por tanto, un programa de Medicina Familiar o Salud Familiar deberá garantizar el cumplimiento de estos cuatro principios.

### De suerte que...

Un caso como el expuesto al iniciar este ensayo implicaría a un equipo de profesionales preparados para ofrecerle a esta madre adolescente un apoyo emocional junto con el de la madre de la misma. Ofrecerle información de cómo vincularse (ella y su bebé) a la Seguridad Social de manera definitiva y darles información de las redes sociales de apoyo a las que pueden acudir. Ofrecerle un esquema de planificación y, al

hijo, todo su cubrimiento en prevención, haciéndoles entender, tanto a la madre como a la abuela, que ellas han sido identificadas dentro del centro de salud, que cuentan con un equipo de salud comprometido que espera que acudan de manera programada o de emergencia, sería en sí, una de las formas de expresar lo que es hoy la Atención Primaria.

### Comentario:

De lo escrito en 2010 a la fecha, ¿qué ha pasado en torno a la APS? Sin duda aún no se ha hecho real pues el sistema de seguridad social persiste en una profunda crisis donde la brecha de la inequidad se ha ampliado, siendo evidente por el hecho de que, solo quienes tienen planes de salud complementarios, pueden aspirar a una atención humanizada.

La viabilidad de muchas EPS está en entredicho, determinando que la APS sea aún un anhelo a realizar. Sin embargo, creemos poder afirmar que se están dando los cambios jurídicos (15, 16), que se está fomentando la preparación de más recursos humanos (17) y vaticinamos que la APS se impondrá, casi de seguro, en el sistema de salud público.



Referencias

- (1) Informe OMS. Regreso a la Atención Primaria de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/VbZrJ4>.
- (2) Informe sobre la salud del mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. OMS 2008.
- (3) Ardila E. Sánchez R. Echeverry J. Estrategias de investigación en medicina clínica. Bogotá Editorial Manuel Moderno 2001.
- (4) Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://goo.gl/RsJfNv>.
- (5) Atención Primaria de Salud. A 25 años de la Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://goo.gl/dBi99g>.
- (6) Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. WHO 2003.
- (7) González JC. El asunto de la "Equidad". Carta Comunitaria. 2006; 14(79). Disponible en Biblioteca FUJNC.
- (8) Gofin J. Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de Salud Pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 2007; 21(2/3): 177-184.
- (9) Starfield B. Atención Primaria. Editorial Masson, SA. 2004.
- (10) Gottlieb L. Learning from Alma Ata: The Medical Home and Comprehensive Primary Health Care JABFM. 2009; 22(3).
- (11) Taylor R. The Promise of Family Medicine: History, Leadership, and the Age of Aquarius. JABFM 2006; 19(2).
- (12) The Ljubljana Charter on Reforming Health Care BMJ 1996; 312:1664-1665
- (13) Acosta N. ¿Renovar la Atención Primaria en Salud? Cendex Documento de Trabajo ASS /DT 014-05.
- (14) Mejía D. Salud familiar para América Latina. Impreso por Ascofame. Bogotá 1991.
- (15) Ley Estatutaria en Salud. Disponible en: <https://goo.gl/tTauYf>
- (16) Política de Atención Integral de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/KbHt1g>
- (17) Programa único nacional de especialización de Medicina Familiar). Disponible en: <https://goo.gl/uWo79H>

Índice de los artículos sobre Atención Primaria de Salud publicados de 2015 a 2018

Título	Autor	Número	Enlace
Resumen: "Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de atención primaria en Colombia".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	<a href="https://goo.gl/upY76H">https://goo.gl/upY76H</a>
Resumen: "Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de inequidades, articulado al sistema de salud colombiano".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	<a href="https://goo.gl/rsAFwZ">https://goo.gl/rsAFwZ</a>
"Política pública nacional de apoyo y fortalecimiento a las familias, 2015-2025".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	<a href="https://goo.gl/1jL9Zu">https://goo.gl/1jL9Zu</a>
Resumen: "Prácticas familiares y comunitaria que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño".	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	<a href="https://goo.gl/gVHLD5">https://goo.gl/gVHLD5</a>
Análisis de la Política Integral en Salud.	Guillermo León Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 137 (2016)	<a href="https://goo.gl/yW9TTF">https://goo.gl/yW9TTF</a>
Redes de apoyo... influencia positiva en el estado de salud de los adultos mayores.	Alejandra Cárdenas C, Yesica Katherin Botia L., Jenny Pinzón	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	<a href="https://goo.gl/TTSRwT">https://goo.gl/TTSRwT</a>
Resumen del artículo "Salud, resiliencia y seguridad humana: Avanzando hacia la salud para todos".	Jenny Pinzón.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	<a href="https://goo.gl/fnxBTb">https://goo.gl/fnxBTb</a>
"Atención primaria de la salud: Una nueva oportunidad".	Oscar Echeverry.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	<a href="https://goo.gl/zFKMcd">https://goo.gl/zFKMcd</a>
Qué deben tener los programas de pregrado en el área de la salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	<a href="https://goo.gl/QRZTKf">https://goo.gl/QRZTKf</a>
Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	<a href="https://goo.gl/soesZT">https://goo.gl/soesZT</a>
Resumen: "Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento".	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	<a href="https://goo.gl/96NWjZ">https://goo.gl/96NWjZ</a>
Resumen: "Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia".	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	<a href="https://goo.gl/oU7JP3">https://goo.gl/oU7JP3</a>
PIPSA: Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente.	Jenny Paola Salamanca P.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	<a href="https://goo.gl/8nsPbw">https://goo.gl/8nsPbw</a>
Requisitos europeos de formación para especialistas en Medicina Familiar.	Juan Carlos González Q., Adriana Alejandra Galindo M., Ángela María Álvarez H., Jaime Camilo Rodríguez C., Mayer Argenis Caguasango F., Jenny Pinzón.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	<a href="https://goo.gl/k4iStf">https://goo.gl/k4iStf</a>
Necesidad de la Atención Primaria y de la Medicina y/o Salud Familiar.	Guillermo Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	Este número

