



# CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria



Caso  
Clínico

Pedagogía

Salud Mental  
Comunitaria

Nuestro  
Invitado

Seguridad Social

Carta de  
lectores

sobre  
Medicamentos



La Lección  
de Medicina

**POLÍTICA DE ATENCIÓN  
INTEGRAL EN SALUD**

*"Un sistema de salud al servicio de la gente"*

Medicina  
Familiar



Investigación

Revisión  
de  
artículo

**Política Integral de Atención en Salud  
Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El peregrino  
que toca



Medicinas  
Alternativas

Salud  
Pública

Noti Comunitaria

Bioética y  
Ecología





## TABLA DE CONTENIDO

### EDITORIAL

#### **El médico y un modelo de salud.**

Guillermo Restrepo Ch.

### INVESTIGACIÓN

#### **Percepción del proceso de quejas y reclamos en una facultad de Medicina.**

Juan Carlos González Quiñones, María Montaña, Juan Morales, Erika Moreno, Ada Luz Olmos, Laura Ortiz, Juanita Ovalle, Diana Ramírez.

#### **Descripción de la participación estudiantil en una facultad de Medicina de 2010 a 2013.**

Juan Carlos González Quiñones, Laura Katherine Masmela, Daniel Enrique Mesa, Jessica Paola Mora, Laura Manuela Murillo, Mitndbaim Parra, Natalia Pérez, Ximena Pinedo, Maurent Prieto, Angélica María Quintero.

### ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

#### **Análisis de la Política de Atención Integral en Salud.**

Guillermo Restrepo Ch, Juan Carlos González Q.

### SALUD MENTAL COMUNITARIA

#### **Tendencias de investigación en las ciencias de la salud sobre la salud mental y su orientación comunitaria.**

José Camargo, John Pedraza, Amanda Ortiz, Luciana Restrepo, Carlos Cortés.

### LA LECCIÓN DE MEDICINA

#### **Cáncer de piel. Una realidad cotidianamente olvidada.**

María Lucía Iregui Piñeros, Jaime Ronderos Osorio.

### SOBRE MEDICAMENTOS

#### **Comentario sobre el artículo “Reino Unido: un 7 % de los ingresos hospitalarios se debería a reacciones adversas a medicamentos”.**

Juan Carlos González Quiñones

#### **Comentario sobre el artículo “Hipotiroidismo en adultos: Tratar pacientes sintomáticos”.**

Juan Carlos González Quiñones

### EL PEREGRINO QUE TOCA

#### **El año de la misericordia.**

Gabriel Sáenz

### NOTICOMUNITARIA

#### **Apertura del curso de Estimulación Temprana.**

Ángela María Hernández P.

#### **Inicio de la segunda intervención del programa PIPSA.**

Ángela María Hernández P.

#### **Sesión lúdica sobre la importancia de la salud oral**

Jenny Paola Salamanca P.



EDITORIAL

## EL MÉDICO Y UN MODELO DE SALUD

Guillermo Restrepo Ch.<sup>‡</sup>

### A propósito de la Política de Atención Integral en Salud

El papel del profesional médico en un modelo de prestación de servicios de salud debe entenderse como nuclear, queriendo decir con ello que a su alrededor han de girar los numerosos actores y aspectos relevantes de la atención en salud. El modelo de Atención Primaria en Salud se centra en la persona, su familia y la comunidad en la que habita. En dicho modelo, el autocuidado y las relaciones entre todos los actores son claves, siendo la familia (*que es la que es*<sup>§</sup>) un componente fundamental.

Para que el médico pueda cumplir con su función nuclear se le debe garantizar los siguientes aspectos sin los cuales el modelo no puede funcionar:

1. Estabilidad y dignidad en el trabajo con el fin de que se comprometa con la persona y su familia (continuidad). Con tales condiciones, la interacción entre los niveles de prestación de servicios o con otros sectores de la comunidad, se hace factible.
2. Como consecuencia de lo anterior, la autonomía y el desarrollo personal han de crear las condiciones para la satisfacción laboral.
3. Capacitación constante dentro de su propia red y posibilidad de progreso dentro del sistema, es decir, tener futuro en su trabajo.
4. Normas genéricas y flexibles que rijan su ejercicio y que le permitan pensar y no únicamente proceder mecánicamente. Las normas se hicieron para servir al hombre y no el hombre a las normas. Necesitamos líderes pensantes y no simplemente personas diseñadas para ejecutar una tarea.
5. Coherencia en los procesos académicos de la formación del médico, para esto, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación deben tener un trabajo coordinado y coherente en pos de la formación del médico (y la de todos los demás profesionales del área de la salud).
6. Las remisiones que surjan de su ejercicio deben cumplir con su objetivo, a saber, satisfacer las necesidades del paciente y ofrecer la información que el médico requiere.

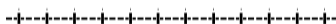
<sup>‡</sup> MD MPS. Director Postgrado Gerencia en Salud. FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co

<sup>§</sup> Desafortunadamente en nuestro sistema de salud coinciden dos sistemas que directamente participan en la familia. Por un lado, el sistema de salud, en donde la familia *es la que es*, debido a una sociedad profundamente cambiante que viene incorporando conceptos y valores desprendidos de la globalización, adicionado al cambio de estatus y roles de sus integrantes que la sociedad moderna está provocando. Y por otro, el sistema de seguridad social en donde la definición de familia está basada en el concepto economicista de unidad de producción; es decir, el afiliado y sus beneficiarios. Es por lo tanto necesario definir claramente cómo se va a enfrentar esta dualidad. No olvidemos que los seguros lo que buscan es protegernos económicamente cuando se nos presenta un riesgo mediante un monto que, mediante la solidaridad y por cálculos actuariales hemos cotizado previamente, para que nos cubra en el momento en que se presente una tragedia económica.



7. El ejercicio de la Medicina general debe concebir una coordinación entre las unidades primarias y complementarias con el médico familiar y las demás especialidades, interrelaciones que en últimas deben garantizar el cubrimiento de las necesidades del paciente.
8. Durante su ejercicio, el médico debe tener una poderosa formación en los procesos de promoción y prevención pues solo a través de estos podrá modificar la salud de la población a su cargo. Quiere ello decir que no solo debe dominar la atención y la rehabilitación.
9. El médico debe fortalecer el modelo de la Medicina social e imponerlo al actual enfoque de la Medicina administrada que tanto daño nos ha hecho (los procesos por encima de la salud). Por supuesto, ha de tener el cuidado y la sabiduría para combinar esa visión social con la visión científica pertinente.
10. El médico debe aprender a escuchar a la persona, a su familia y a la comunidad, fortaleciendo de esa manera los procesos de comunicación y teniendo en cuenta el papel actual de la globalización.
11. La relación que establezca el médico con la persona y su familia debe ser tan sólida como para olvidar el ejercicio de la Medicina defensiva que tanto impera en la situación actual.

Todo lo anterior viene muy a propósito bajo el contexto de lo que el país está hablando, la Política de Atención Integral de Salud (PAIS). Este número está dedicado en buena parte a ello.





## PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE QUEJAS Y RECLAMOS EN UNA FACULTAD DE MEDICINA

Montaña María, Morales Juan, Moreno Erika, Olmos Ada Luz, Ortiz Laura, Ovalle Juanita, Ramírez Diana.\*\*  
Tutor de la investigación: Juan Carlos González††

### RESUMEN

**Objetivo:** Medir la percepción que tienen los estudiantes del sistema de quejas y reclamos en una facultad de Medicina y plantear una propuesta para mejorarlo.

**Metodología:** Se aplicó una encuesta autodilucidada en una comunidad estudiantil.

**Resultados:** Los estudiantes del ciclo de fundamentación (primero a cuarto semestre) tuvieron la mayor participación (60 %). 39 % se encuentra parcialmente satisfecho con la facultad. 36 % de los encuestados tiene quejas o reclamos que no han expresado por diferentes razones (desconocimiento del conducto regular, falta de tiempo o miedo a represalias). 69,3 % de las quejas están relacionadas con el personal de la facultad y el área con mayor número de quejas interpuestas es la oficina del área de gestión académica.

**Conclusiones:** De acuerdo con la percepción de los estudiantes, el sistema de quejas y reclamos de la facultad es deficiente.

**Palabras claves:** Satisfacción de los consumidores, facultad de Medicina, estudiantes de Medicina.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the students' perception about the complaints and grievances system in a medical faculty.

**Methods:** A self-administered survey was carried out on a students' community.

**Results:** Students in basic cycle (from first to fourth semester) had the highest participation (60 %). 39 % is partially satisfied with the faculty. 36 % of respondents has complaints or claims which have not expressed for different reasons (due to unknowing of regular channels, for lack of time or fear of reprisals); 69,3 % of complaints is about the staff. The highest number of complaints is related to the academic management.

**Conclusions:** According to the students' perception, the complaints and claims system of the faculty is no efficient.

**Key words:** Consumer satisfaction, Medical schools, Medical students.

### INTRODUCCIÓN

Queja es una expresión que manifiesta desazón, disconformidad, enojo o resentimiento frente a una circunstancia que no está relacionada con el producto o servicio que ofrece la persona o empresa o, sin que este hecho esté afectando directamente a quien la interpone. Por otro lado, un reclamo se

\*\* Estudiantes VII semestre 2013 (Investigación Social 2). Facultad de Medicina, FUJNC.

†† MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria - [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



refiere al mismo desazón, disconformidad, enojo o descontento, pero en este caso sí es sobre el producto o servicio que ofrece la persona o empresa y afecta a quien lo interpone; es decir, manifiesta algunas exigencias sobre un derecho adquirido que no se están cumpliendo (1). Relacionado con lo anterior, este trabajo pretende indagar respecto a la situación del proceso de quejas y reclamos por parte de los estudiantes dentro de una facultad de Medicina.

Hechas las diferencias previas, y reconociendo que el tema en sí es controversial, se pretendió hacer una estimación de cuántas quejas y reclamos se presentaron dentro de la facultad en un momento dado y determinar cuál es la percepción de los estudiantes con relación a la forma en que fueron atendidas sus reclamaciones.

Varias entidades educativas han desarrollado un sistema de enfrentamiento a las quejas y reclamos, conocido como "Sistema QRS". Por ejemplo, los informes semestrales de evaluación QRS de la Universidad del Cauca realizados por la oficina de control interno (2) muestran el manejo y la recepción de las quejas y reclamos radicadas, consignando el tiempo de respuesta, si está archivado el caso y el trámite está pendiente o si se ha efectuado, garantizando así la calidad del sistema. Por otro lado, la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca realiza estadísticas QRS bimestrales (3) con las que controla la cantidad recibida, tipo de solicitud, medios utilizados, dependencia a la que se dirigió el estudiante, tiempos de respuesta y seguimiento, lo que definitivamente prueba las fortalezas y debilidades del sistema en búsqueda de la excelencia de la institución.

La pregunta que se pretende contestar es qué aspectos son los más frecuentes en torno a las quejas y reclamos interpuestos y qué tan satisfechos están los estudiantes de la facultad ante el manejo de estos. Se espera con lo indagado contribuir a la mejora del proceso que se realiza actualmente frente a las quejas y reclamos de los estudiantes.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Descriptivo.

**Población:** Estudiantes de pregrado de una facultad de Medicina.

**Criterios de inclusión:** Estudiantes que se encontraran cursando cualquier semestre de la carrera durante el período comprendido entre enero y junio de 2013 y que quisieran participar voluntariamente en la encuesta.

**Instrumento:** Se utilizó una encuesta aplicada de manera virtual a través del software *Survey Monkey*, la cual fue diseñada en el mes de mayo de 2013, y enviada a los correos institucionales de todos los estudiantes de pregrado de primero a duodécimo semestre.

**Variables:** Se incluyeron variables sociales (edad, género y semestre que cursaban al momento de realizar la encuesta). Se indagó el **nivel de satisfacción** con la universidad. Se interrogó si se había presentado una queja y, en caso afirmativo, contra qué persona y/o área. Se indagó además la apreciación sobre la forma de respuesta del sistema de quejas y reclamos.

**Prueba piloto:** En el mes de mayo de 2013 se realizó una prueba piloto con los estudiantes de pregrado de la facultad de Medicina de los semestres V y VI, considerando que por su trayectoria en la universidad, en la que pasan hasta un 80 % de su tiempo, y por no haber ingresado al ciclo médico-quirúrgico, han tenido mayor contacto con docentes, administrativos y mayor conocimiento del reglamento estudiantil. En esta prueba se preguntó: *¿Ha realizado alguna queja o reclamo a la universidad?, ¿Cuál?* y *¿Se siente satisfecho con la respuesta que obtuvo?* Con base en la misma se hicieron las correcciones pertinentes al formulario.



**Recolección de la información:** Se presentó el proyecto de investigación ante el jefe de cátedra y previa aprobación se realizó la ejecución de la encuesta en mayo de 2013 de manera virtual. Se aclaró, al momento de enviar la encuesta, su carácter voluntario y confidencial. Se tomaron dos semanas como tiempo límite, enviando tres recordatorios. Posteriormente se recolectaron los datos almacenados en *Survey Monkey* y se procedió a la organización de los datos.

**Manejo estadístico:** La información obtenida se exportó al programa *Excel*, con el cual se clasificaron los datos y se obtuvieron las frecuencias de cada variable.

**RESULTADOS**

Esta encuesta fue contestada por 644 estudiantes. Dado que la población total se estima en alrededor de 1500 estudiantes, esta muestra es cerca de un 40 % del universo. La encuesta fue contestada por estudiantes de todos los niveles, siendo el 83 % de los seis primeros semestres.

**Tabla 1.** Características de la población encuestada en una facultad de Medicina en el 2012

VARIABLES	No.	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	470	68,2
Masculino	219	31,8
<b>Edades de los encuestados (años cumplidos)</b>		
18	133	33,6
19	136	34,4
20	127	32
<b>Semestres al que pertenece</b>		
Primero	138	19,9
Segundo	79	11,4
Tercero	127	18,3
Cuarto	73	10,5
Quinto	88	12,7
Sexto	73	10,5
Séptimo	43	6,2
Octavo	34	4,9
Noveno	18	2,6
Décimo	8	1,2
Undécimo	6	0,9
Duodécimo	5	0,7

La encuesta fue mayormente acogida por los estudiantes que cursan el ciclo de fundamentación (de primero a cuarto semestre) con el 60 % de representación, seguido por el ciclo de enlace (quinto y sexto semestre) con el 23 % y en menor porcentaje, el ciclo médico-quirúrgico (de séptimo a duodécimo semestre) con 17 %.



**Tabla 2.** Nivel de satisfacción con la facultad, quejas presentadas, direccionamiento y percepción de la forma cómo fueron atendidas, en una facultad de Medicina en el 2012

VARIABLES	Nº	%
<b>Nivel de satisfacción con la facultad</b>		
1 (muy poco o nada satisfecho)	6	0,1
2	6	0,1
3	11	1,8
4	13	2,1
5	34	5,4
6	38	6,1
7	108	17,3
8	197	31,6
9	131	21
10 (completamente satisfecho)	80	12,8
<b>Ha presentado quejas ante la facultad</b>		
No	202	32,4
No, pero le gustaría	225	36,1
Sí, una vez	106	17
Sí, más de una vez	91	14,6
<b>A quién fue dirigida la queja</b>		
Alguna materia	271	30,7
Docente	256	28,9
Auxiliar de cátedra	236	26,7
Personal administrativo	121	13,7
<b>Área donde cree que pertenece la reclamación</b>		
Aspecto académico	134	18,6
Aspecto de trato	107	14,9
Aspecto de bienestar	49	6,8
Aspecto financiero	11	1,5
No ha puesto queja	418	58,1
<b>De qué forma fue respondida la queja</b>		
Fue respondida, pero no quedó satisfecho	69	11,4
No le fue respondida	61	10,1
Le fue respondida de forma satisfactoria	27	4,5
No ha puesto queja	448	74,1

El promedio de calificación de satisfacción con la facultad está en 7,7 (39 %, del universo, parcialmente satisfecho).

Las quejas de los estudiantes son dirigidas en un 84,5 % al área académica (refiriéndose al temario, a la materia en sí o al docente), seguido en un alto porcentaje a quejas sobre los auxiliares de cátedra (26,7 %) y en menos proporción al personal administrativo (13,7 %), biblioteca y a la oficina de Educación Médica. Se concluye, a través de las preguntas sobre a quién se dirigió la queja y a qué área pertenece, que estos reclamos son en su mayoría por aspectos académicos aunque con un porcentaje importante relacionado con aspectos de trato hacia el estudiante por parte de docentes y de los auxiliares de cátedra. Se encontró también inconformidad de los estudiantes con el bienestar universitario y el área de financiación.

Se observa que 157 personas (de 197 que presentaron una queja) respondieron en torno a la forma como fue resuelta su queja y, de ellos, tan solo el (4,5 %) dice que quedó satisfecho con la respuesta. El 44 % no quedó satisfecho y al 39 % no le fue respondida.

Entre los comentarios que se recogieron, vale la pena mencionar que un número de estudiantes consideró que poner quejas da pie a conductas represivas por parte de los docentes. No se cuantificó este dato.





## DISCUSIÓN

Se considera que el mecanismo empleado en este trabajo disminuye la posibilidad del sesgo de información, pues el sistema de encuesta garantiza la confidencialidad y el tiempo para llenar la encuesta es bastante corto. Puede suceder que la encuesta sea contestada solo por aquellos que han tenido algún reclamo pero el hecho de que el 74 % de los encuestados no haya puesto quejas disminuye esa posibilidad.

Se observó que un porcentaje de la población estudiantil sí tiene quejas y por desconocer el conducto regular no las ha planteado oficialmente; de igual forma, la muestra indica que la mayoría de las quejas y reclamos presentados no han tenido una respuesta válida y/o apropiada, resaltando la inconformidad ante el proceso. Está claro que la oficina de gestión académica para los estudiantes del ciclo de fundamentación es el primer lugar para expresar, presentar y empezar el proceso referente al aplicativo de queja y reclamo, pero este proceso se está viendo obstaculizado cuando se busca al docente, auxiliar o áreas administrativas causales de la queja con el fin de buscar solución directa, tanto así que algunos estudiantes refieren que existen reclamos de la persona contra la que se interpuso la queja, lo que da pie al temor de represalias, aunque en la prueba piloto que se hizo, quienes afirmaron que existían represalias, no pudieron exponer alguna con absoluta certeza.

Con base en los resultados de esta investigación podemos afirmar que el sistema de quejas y reclamos de la facultad es deficiente, no cuenta con estándares o con un organismo de control que esclarezcan cómo se ha desarrollado la respuesta a la queja o el porqué de la respuesta a esta, resaltando que el tiempo para solucionar el problema ni siquiera está determinado en el reglamento estudiantil.

Lo anterior justifica un replanteamiento del sistema de quejas y reclamos, proponiendo tres aspectos clave: facilidad, agilidad y unificación, con esto sugerimos un formato oficial y una herramienta virtual que les permita a los estudiantes diligenciar y entregar formalmente la queja o el reclamo para que la oficina encargada unifique el sistema, dé orden y control para que estas sean dirigidas a la persona responsable, también para que la respectiva respuesta se dé en un plazo máximo de 15 días calendario, con lo que se podrá disminuir la inconformidad que se tiene de las respuestas o el manejo dado a las quejas y reclamos.

## ANEXO 1

### FORMATO DE ENCUESTA EN SURVEY MONKEY

- ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
- Indique su sexo: Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_
- Actualmente, ¿a qué semestre pertenece? \_\_\_\_\_
- Califique su nivel de satisfacción respecto a la universidad (siendo 1 *Muy poco o nada satisfecho* y 10 *Completamente satisfecho*): 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_ 7\_\_ 8\_\_ 9\_\_ 10\_\_
- ¿Se ha quejado alguna vez de algún aspecto de la universidad?  
\_\_\_ Sí lo ha hecho (una vez).  
\_\_\_ Sí lo ha hecho (más de una vez).  
\_\_\_ No, no lo ha hecho pero le gustaría hacerlo.  
\_\_\_ No, no ha tenido motivo.
- Seleccione a quién fue dirigida su queja. Elija más de una opción si lo considera necesario:  
\_\_\_ Alguna materia.  
\_\_\_ Docente.  
\_\_\_ Auxiliar de cátedra.  
\_\_\_ Personal administrativo.  
\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_



- La última vez que puso una queja, ¿cuál fue el área a la que usted cree que pertenece la reclamación? Seleccione una o más respuestas según corresponda:
  - \_\_\_ No ha puesto queja.
  - \_\_\_ Aspecto académico.
  - \_\_\_ Aspecto de trato.
  - \_\_\_ Aspecto administrativo-financiero.

## ANEXO 2

### UNIVERSIDADES REVISADAS EN TORNO A SISTEMA DE QUEJAS Y RECLAMOS

Al revisar el sistema de quejas y reclamos de otras universidades, analizarlo y compararlo con el de la universidad estudiada, se encontró:

- **Universidad del Valle**  
Se establece una oficina de quejas y reclamos y a través de la Resolución de Rectoría 3023 de diciembre 5 de 2007 se establece un sistema con protocolos y términos (4).
- **Universidad Distrital Francisco José de Caldas**  
Creó la oficina de quejas, reclamos y atención al ciudadano en cumplimiento de la política de calidad en el marco del acuerdo de transparencia, dirigida por Nancy Mayor Gutiérrez. Ofrece un espacio físico y virtual para solución de problemas (5).
- **Universidad Pedagógica Nacional**  
A través de la secretaria general física, virtual o por una línea telefónica gratuita se puede interponer una queja o reclamo por las actuaciones u omisiones de los servidores de la universidad. El sistema de quejas y reclamos está dirigido por una normatividad establecida y cuenta con un formato de recepción (6).
- **Universidad del Tolima**  
Teniendo en cuenta la Resolución de Rectoría No. 939/2006 (30 de agosto), por la cual se adopta la Ventanilla Única, se desarrolla el ejercicio del Derecho de Petición y el sistema de atención de Quejas, Reclamos y Sugerencias en la Universidad del Tolima. En su artículo décimo cuarto dice: "Rechazo de peticiones". Habrá lugar a rechazar la petición que sea presentada en forma irrespetuosa o desobligante, utilizando amenazas, improprios, insultos, ofensas, afrentas, provocaciones o cualquier otra conducta semejante.  
Establece un formato virtual para dar trámite a la "P.Q.R.", donde sus casillas deben ser diligenciadas en su totalidad, con datos verídicos en forma clara y concisa, de lo contrario no se tendrá en cuenta. Todo dirigido por la oficina de archivo general. Tomado del sitio web (7).
- **Universidad Militar Nueva Granada**  
El procedimiento de quejas, reclamos y sugerencias como retroalimentación para mejorar es manejado por la oficina de control interno (8).
- **Universidad de Nariño**  
A través del Sistema Integrado de Gestión de Calidad se controlan las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones por el procedimiento SGC-PR-05 donde se establecen tiempos y medios de respuesta (9).
- **Universidad de Pamplona**  
"La oficina de sistema integrado de gestión de la Universidad de Pamplona, quiere brindar a la comunidad universitaria y al público en general un espacio para realizar las quejas, reclamos y sugerencias sobre nuestra Casa de Estudios. Para ellos hemos diseñado un aplicativo en línea a través del cual podrá dar su opinión acerca de alguno de los aspectos de nuestra institución" (10).
- **Universidad Tecnológica de Pereira**  
Ofrece un aplicativo virtual para interponer quejas, reclamos o peticiones, también, un correo electrónico, un teléfono fijo y una línea gratuita (11).

#### **Algunas otras universidades con sistemas de quejas, reclamos, peticiones, sugerencias y/o felicitaciones claramente establecidos:**

- Pontificia Universidad Javeriana.
- Universidad de los Andes.
- Universidad Nacional.
- Universidad Jorge Tadeo Lozano.
- Colegio Mayor de Cundinamarca.



- Universidad del Cauca.
- Universidad Popular del Cesar.
- Universidad de Sucre.
- Universidad del Quindío.
- Universidad de Cartagena.
- Universidad Surcolombiana.
- Universidad Simón Bolívar.
- Universidad Industrial de Santander.
- Universidad Valle Caicedonia.
- Universidad Antonio Nariño.
- Universidad Manuela Beltrán.
- Corporación Universitaria Republicana.
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Universidad Tecnológica del Chocó.
- Universidad de los Llanos.
- Universidad de Cundinamarca.
- Universidad La Gran Colombia.
- Universidad Sergio Arboleda.
- Universidad de Antioquia.
- Universidad Autónoma.
- Universidad Católica de Colombia.
- Universidad de Caldas.
- Universidad del Magdalena.
- Escuela Colombiana de Carrera Industriales (ECCI).
- Universidad del Rosario.
- Universidad de la Sabana.
- Universidad Externado de Colombia.

## REFERENCIAS

- (1) Definición quejas y reclamos [Internet]. ¿Cuál es la diferencia entre queja y reclamo? [actualizado 2012 Ab 28; citado 2013 May 27] Disponible en: <http://www.diferencia-entre.com/diferencia-entre-queja-y-reclamo/>
- (2) Universidad del Cauca [Internet] Informes de evaluación PQR [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://www.unicauca.edu.co/versionP/Informaci%C3%B3n%20y%20ayudas/Peticiones%2C%20quejas%20y%20reclam os/informes-evaluacion-PQR>
- (3) Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca (UNICOLMAYOR) [Internet]. Estadísticas PQRSF, [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://www.unicolmayor.edu.co/?idcategoria=2388>
- (4) Universidad del Valle. [Internet]. Oficina de Quejas y Reclamos [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://quejasyreclamos.univalle.edu.co/>
- (5) Universidad Distrital Francisco José de Caldas. [Internet]. Oficina de Quejas, Reclamos y Atención al Ciudadano [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://www.udistrital.edu.co/dependencias/tipica.php?id=110>
- (6) Universidad Pedagógica Nacional. [Internet]. Quejas y Reclamos Ciudadano [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://www.pedagogica.edu.co/quejasreclamos/>
- (7) Universidad del Tolima. [Internet]. Sistema de Gestión de Calidad. Formulario de peticiones, quejas y reclamos [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: [http://www.ut.edu.co/reclamos\\_archivo.html](http://www.ut.edu.co/reclamos_archivo.html)
- (8) Universidad Militar Nueva Granada. [Internet]. Peticiones, quejas y reclamos [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/pqr>
- (9) Universidad de Nariño. [Internet]. Sistema Integrado de Control de Calidad. Control de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. Disponible en: [http://www.udenar.edu.co/?page\\_id=10558](http://www.udenar.edu.co/?page_id=10558)
- (10) Universidad de Pamplona. [Internet]. Quejas, reclamos y sugerencias [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: [http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home\\_1/recursos/documentos\\_generales/institucional/04062010/qrs\\_quejas\\_reclamos\\_sugerencia.jsp](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home_1/recursos/documentos_generales/institucional/04062010/qrs_quejas_reclamos_sugerencia.jsp)
- (11) Universidad Tecnológica de Pereira. [Internet]. Peticiones, quejas y reclamos [citado 2013 Ago 25]. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/quejasyreclamos/>



## DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL EN UNA FACULTAD DE MEDICINA DE 2010 A 2013

Laura Katherine Masmela, Daniel Enrique Mesa, Jessica Paola Mora, Laura Manuela Murillo, Mitndbaim Parra, Natalia Pérez, Ximena Pinedo, Maurent Prieto, Angélica María Quintero.<sup>++</sup>  
Tutor de la investigación: Juan Carlos González Q<sup>§§</sup>.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la percepción de la participación estudiantil en una facultad de Medicina.

**Metodología:** Se combinaron dos métodos (entrevistas semiestructuradas a representantes estudiantiles y una encuesta autodiligenciada a alumnos de segundo a décimo semestre que participaron voluntariamente).

**Resultados:** Se identificaron debilidades sentidas por los representantes en torno a la participación, asimismo de forma coincidente, una escasa participación estudiantil en los alumnos encuestados.

**Conclusiones:** Si bien la facultad estudiada cuenta con una normatividad para la participación de los estudiantes, resulta evidente que se deben buscar mecanismos para promoverla.

**Palabras clave:** Satisfacción de los consumidores, facultad de Medicina, estudiantes de Medicina, participación de la comunidad, Estudiantes del área de la salud.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the perception of student participation in a medical school.

**Methodology:** Two methods were combined (semi-structured interviews with student's representatives and a self-questionnaire carried out on students from second to tenth semester, who willingly participated).

**Results:** The student's representatives perceived weaknesses in the participation processes. Likewise, the survey showed a low student participation.

**Conclusions:** Even though the faculty has a policy for students' participation, it is clear that mechanisms must be found to promote it.

**Keywords:** Consumer satisfaction, medical schools, medical students, community participation, students, health occupations.

### INTRODUCCIÓN

La **participación ciudadana** se define como un proceso social que proviene de la ejecución individual y colectiva de operaciones en busca del cumplimiento de metas específicas con el propósito de defender intereses diversos en un contexto dado para encontrar el bienestar común (1, 2). Dentro de los componentes de la participación ciudadana, la **participación estudiantil** busca incorporar a estudiantes (de universidades y colegios según corresponda) en el establecimiento de decisiones referentes a la calidad, estatutos, formas de educación y formas de gobierno entre otras.

El objetivo de la participación estudiantil es mejorar cada día la educación en Colombia y brindar a los estudiantes espacios en los cuales expongan sus puntos de vista y comuniquen sus ideas o inquietudes acerca de la misma, para tomar medidas correctivas o interventoras al respecto; también busca integrar al estudiantado en aspectos nacionales políticos, gubernamentales y estatales en pro de formar generaciones proactivas y con una actitud crítica hacia la situación de su país (1).

La Resolución 4491 del 20 de noviembre del 2008 (3) y el Decreto 293 del 2008 (4) son las principales normas que, junto con el Sistema Nacional de Acreditación de Colombia (5), regulan la participación estudiantil en nuestro país; lo hacen mediante la promoción y conformación de mesas de trabajo institucionales que, de acuerdo a unos lineamientos específicos, forman consejos en fechas específicas para debatir sus ideas.

<sup>++</sup> Estudiantes VII semestre 2013 (Investigación Social 2). Facultad de Medicina, FUJNC.

<sup>§§</sup> MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – [juan.gongalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gongalez@juanncorpas.edu.co)



La facultad de Medicina estudiada en este trabajo en conformidad con las reglamentaciones gubernamentales, ha diseñado mecanismos de participación estudiantil tales como la elección de un representante administrativo y uno académico (6), de manera democrática y transparente, con el fin de dar cumplimiento a las reglas nacionales. Esta investigación busca evaluar el estado actual de la participación estudiantil en dicha institución y proponer estrategias de intervención para que la comunidad estudiantil se informe y sienta que su opinión repercute en la toma de decisiones de la institución tales como la definición del pensum académico, de los estatutos estudiantiles y administrativos entre otros.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Se trata de un estudio de corte transversal que en una primera parte se hizo con entrevistas personales a estudiantes que representan a los alumnos ante el Consejo Máximo de la institución durante los años 2010 a 2013 y, en la segunda parte, se realizó una encuesta en los estudiantes de primero a décimo semestre de la facultad de Medicina estudiada.

**Población:** Se seleccionaron los estudiantes de primero a sexto semestre que actuaron como representantes estudiantiles en los años 2010 a 2013 para realizar la primera parte de la investigación y luego se aplicó una encuesta autodiligiada a estudiantes de primero a décimo semestre de la facultad.

**Criterios de inclusión:** El criterio de inclusión fue el pertenecer a la facultad de Medicina y estar cursando algún semestre de primero a décimo. Para el desarrollo de la primera parte del trabajo, el criterio fue ser representante de su semestre y, para la segunda parte, simplemente estar entre los semestres ya mencionados y querer participar voluntariamente en el estudio.

**Pasos de la investigación:** En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica e investigación documental sobre modelos y canales de participación y la experiencia de otras universidades de Bogotá (recopilación y análisis de los reglamentos y de los canales de participación de los estudiantes de las diferentes universidades a través de sus páginas web). Posteriormente se construyó el instrumento (entrevista), que luego se aplicó a los representantes seleccionados; se analizaron los datos y finalmente se procedió a realizar el documento de informe final.

El segundo paso de la investigación fue el diseño de una encuesta sobre participación estudiantil que se aplicó a los estudiantes que estaban entre primero y décimo semestre.

**Variables de estudio:** Los criterios de búsqueda en la revisión bibliográfica consistieron en artículos presentes en bases de datos que cumplieran con la presencia de tres o más términos del Medical Subject Heading (MESH).

Para las variables intervinientes se aplicó una entrevista de 12 preguntas a los representantes estudiantiles de cada semestre. Se indagó y evaluó la experiencia como representante estudiantil: Período, proceso de elección (cómo fue escogido, qué propuestas tuvo para ser escogido). Experiencia con la institución (si se ha sentido apoyado por la universidad, si recibió algún tipo de inducción en su período). Función (para qué fue elegido, qué ha hecho para cumplir su objetivo). Se preguntó: "Durante el año como representante, con qué frecuencia usted...": *Conversó con los profesores acerca de los planes de los estudiantes; denunció problemas específicos de estudiantes que acudieron a usted en busca de ayuda; promovió el apoyo a los estudiantes demostrando su disposición a ayudarles.*

Se evaluó el nivel de participación de los estudiantes en las instancias de representación estudiantil de la universidad (*Cómo califica la participación de los estudiantes durante la elección de los representantes*); cómo ha sido la interacción del representante con los estudiantes y si realmente han acudido en búsqueda de ayuda para que fuese intermediario y vocero de ellos; se indagó por la



promoción de la participación estudiantil (*¿En su período como representante ha promovido la participación estudiantil?*).

Luego se aplicó una encuesta de nueve preguntas a los estudiantes desde primero a décimo semestre, de tipo analítica con respuesta cerrada, enviada por correo electrónico, en la que se indagó sobre: **la participación estudiantil en la universidad** (*¿Sabe qué es la participación estudiantil?, ¿Conoce los mecanismos de participación estudiantil en la universidad?*); **la relación del estudiante con los procesos participativos universitarios** (*¿Qué tan participativo se siente en la universidad?, ¿Participa en el proceso de votación para elegir representantes?, ¿Conoce la labor de los representantes estudiantiles, del Consejo Máximo y del Consejo Estudiantil? y Califique el desempeño de su representante*); **los mecanismos para mejorar la participación en la universidad** (*¿Desearía que hubiese un foro virtual estudiantil de debate en el cual se presenten necesidades, reclamos, peticiones y sugerencias?, ¿Le gustaría un espacio presencial para discutir con los estudiantes necesidades, reclamos, peticiones y sugerencias? ¿Le gustaría una reunión mensual del semestre y el representante para comentar necesidades, reclamos, peticiones y sugerencias?*).

**Prueba piloto:** Se realizó una prueba piloto del instrumento (encuesta) con 10 estudiantes de sexto semestre. Se aplicó la encuesta, se identificaron las preguntas donde existía alguna confusión, se corrigieron y se obtuvo el formulario definitivo. Para la realización de la entrevista no hubo prueba piloto, simplemente se realizó a los representantes estudiantiles.

**Recolección de la información:** Las entrevistas se realizaron de forma individual en mayo de 2013 en las instalaciones de la facultad, explicando a cada representante lo que se iba a realizar, aclarando que era voluntario y mencionando el interés por mejorar la participación estudiantil en la facultad. En promedio cada entrevista tomó 15 minutos.

Las encuestas se efectuaron en agosto de 2013 y se diseñaron en el programa *Survey Monkey*, luego fueron enviadas a través de un link diferente para cada semestre para facilitar la recolección de datos, explicando el interés en mejorar la participación estudiantil, su carácter voluntario y que no tomaría más de un minuto con treinta segundos responderla.

**Manejo de la información:** Una vez se recolectó la información con *Survey Monkey*, se exportó a una tabla de Excel y se procedió a realizar el análisis de cada una de las preguntas.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra una breve revisión de la reglamentación para la participación estudiantil en algunas universidades:

**Tabla 1.** Reglamentación para la participación estudiantil en algunas universidades de Bogotá

INSTITUCIÓN	DOCUMENTO
Universidad Sanitas	Resolución 077 de 2013 (7)
Universidad Militar Nueva Granada	Organigramas de representación estudiantil (8)
Universidad La Gran Colombia	Resolución 434 del 23 de 2013 (9)
Universidad Central	Reglamento Estudiantil Acuerdo 06 de 2005 (10)
Universidad Javeriana	Acuerdo 567 (11)
Universidad del Rosario	Decreto Rectoral 824 del 23 de septiembre del 2004 (12)
Universidad Nacional	Acuerdo 028 del 2008 (13)
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	Reglamento Estudiantil de noviembre del 2013 (14)
Fundación Universitaria Juan N Corpas	Estatutos Generales de la FUJNC (15)



La tabla 2 presenta las conclusiones obtenidas de las entrevistas realizadas a estudiantes que actuaron como representantes ante el Consejo Máximo durante los años 2010 a 2013 y a representantes estudiantiles de 2º a 6º semestre del período académico 2012 (estos últimos son los voceros ante los representantes estudiantiles del Consejo Máximo):

**Tabla 2.** Conclusiones de las entrevistas a estudiantes que actuaron como representantes ante el Consejo Máximo durante los años 2010 a 2013 y a representantes estudiantiles de 2º a 6º semestre del período académico 2012 de una facultad de Medicina

PREGUNTA	RESPUESTA
<b>Entrevistas a representantes estudiantiles ante el Consejo Máximo durante los años 2010 a 2013:</b>	
¿Cómo fueron escogidos?	Por votación.
¿Cómo califican la participación de los estudiantes?	La tendencia frente a las opciones fue regular a mala.
¿Recibieron algún tipo de inducción?	No la recibieron.
¿Para qué fueron elegidos?	Toma de decisiones a corto y largo plazo como representante estudiantil.
¿Qué propuestas tuvieron para ser elegidos?	Mostrarse como voceros de la comunidad estudiantil con el ánimo de hacer valer sus derechos frente a la toma de decisiones académicas.
¿Qué han hecho para cumplir los objetivos para los que fueron elegidos?	Vincularse con otras universidades, pertenecer a la Federación Nacional de Representantes Estudiantiles para dar a conocer a la universidad.
En su período como representante, ¿ha promovido la participación?	Afirman que sí, pero que nadie le pone la atención necesaria ya que hay falta de conocimiento sobre lo que hace el representante, no hay importancia ni apoyo por parte de los directivos.
¿Cómo ha sido la interacción con los estudiantes? ¿Han acudido a ustedes para servir de voceros ante los directivos?	Sí han acudido a ellos, pero manifiestan que el apoyo por parte de los directivos ha estado muy ausente o disminuido.
¿Han conversado con profesores acerca de los planes de los estudiantes?	A veces.
¿Denunciaron problemas específicos de estudiantes que acudieron a ustedes en busca de ayuda?	Frecuentemente.
¿Han promovido el apoyo a los estudiantes?	Frecuentemente.
¿Qué experiencia tuvieron como representantes? ¿Han sentido apoyo para realizar su labor?	El apoyo ha sido mínimo, se ve desinterés por parte de la institución; no facilitan permisos para dar información a los estudiantes o incluso ir a representarlos en otras universidades.
¿Qué consideran que se debe hacer para mejorar y qué recomendaciones darían?	Dos tipos de recomendaciones: <i>Para el estudiante</i> , en las cuales se destaca la necesidad de que se confíe en el papel que tiene el representante quien está para ayudar y no para dar quejas y que es necesaria la unión por parte de todos para quitarse el miedo de hablar o quejarse frente a algo. <i>Para la institución</i> , abrir más espacios para que los estudiantes se expresen, que se incremente el apoyo y se promocióne la participación.



PREGUNTA	RESPUESTA
<b>Entrevistas a representantes de los semestres 2º a 6º en el período académico 2012:</b>	
¿Cómo fueron escogidos?	Se postulan diferentes personas o los estudiantes del semestre las postulan y las eligen.
¿Cómo califican la participación de los estudiantes?	La tendencia frente a las opciones fue regular a mala.
¿Recibieron algún tipo de inducción?	Solo el representante de 5º semestre afirma haber recibido inducción por un docente, los demás no recibieron.
¿Para qué fueron elegidos?	Para ser el apoyo a los estudiantes de su semestre en cuanto a las inconformidades y para presentar a cualquier docente o miembro de la universidad las dudas que surjan a lo largo del semestre.
¿Qué propuestas tuvieron para ser elegidos?	Ninguno de los representantes presentó propuestas, fueron postulados porque sus compañeros de semestre consideran que son líderes y están en la capacidad de ayudarlos a ser ese intermediario entre la institución y los estudiantes.
¿Qué han hecho para cumplir los objetivos para los que fueron elegidos?	Comunican las dudas e inconvenientes que se presenten a los docentes o directivos y luego comunican la solución o respuesta a los estudiantes de su semestre.
En su período como representante, ¿han promovido la participación?	Afirman que en algunos semestres se ve que los estudiantes expresan sus dudas y promueven la participación, pero en algunos no se lleva a cabo la función correcta del representante ya que los estudiantes demuestran poco interés a participar o a expresar sus dudas o inconformidades.
¿Cómo ha sido la interacción con los estudiantes? ¿Han acudido a ustedes para servir de voceros ante los directivos?	Ha sido buena ya que quienes tienen dudas acuden a ellos para encontrar una respuesta o darle solución a las diferentes situaciones que se presenten.
¿Han conversado con profesores acerca de los planes de los estudiantes?	A veces.
¿Denunciaron problemas específicos de estudiantes que acudieron a ustedes en busca de ayuda?	Frecuentemente.
¿Han promovido el apoyo a los estudiantes?	Frecuentemente.
¿Qué experiencia tuvieron como representantes? ¿Han sentido apoyo para realizar su labor?	Los representantes no perciben apoyo de la institución, por lo cual expresan que es poca la participación y que hasta ahora con la acreditación sienten que están desempeñando una parte de su labor.
¿Qué consideran que se debe hacer para mejorar y qué recomendaciones darían?	Consideran que se debe elegir un representante diferente al ir avanzando de semestre; tener una participación con la institución que no se base tan solo en encuestas virtuales sino que se realicen reuniones ya que estas pueden ayudar a resolver las dudas o inconformidades de los estudiantes y que se vea la participación desde los semestres inferiores para poder ver los resultados con el pasar del tiempo.

En la tabla 3 se presentan los resultados de las encuestas aplicadas a los estudiantes de 1º a 10º semestre:





**Tabla 3.** Resultados de las encuestas aplicadas a estudiantes de 1º a 10º semestre de una facultad de Medicina en 2012

VARIABLE	Nº	%
Sabe qué es la participación estudiantil	214	56
Conoce los mecanismos de participación estudiantil de la universidad	91	24
Qué tan participativo se siente		
Nada	112	29
Poco	252	66
Mucho	19	5
Participa en el proceso de elegir representantes	154	40
Conoce la labor de los representantes en los distintos consejos	113	33
El trabajo de los representantes lo califica como:		
Pésimo	18	5
Malo	25	7
Regular	55	14
Bueno	87	23
Excelente	9	2
No sabe	188	49
Desearía que existiese un foro abierto y permanente donde se presentasen las necesidades, reclamos, peticiones y sugerencias	331	87
Le gustaría una reunión mensual de los estudiantes de su semestre con su representante para escuchar necesidades, peticiones y sugerencias	328	86
Le gustaría un espacio presencial para discutir con los estudiantes reclamos, peticiones y sugerencias	330	86

## DISCUSIÓN

Se percibió, por parte de los investigadores, que el ambiente fue propicio para las entrevistas y que los encuestados hablaron con libertad, sin presión, lo que les garantizó la confidencialidad del estudio.

La participación estudiantil tiene dos contextos bien definidos; el primero es ser una fuente para mejorar los procesos educativos. El segundo es ser una plataforma de compromiso con la situación del país.

En la facultad estudiada se observa el primer aspecto, destacando que la participación del estudiantado en la universidad implica asumir una postura activa que le permita integrarse en la organización de la misma. Respecto al segundo contexto, y teniendo presente que una de las funciones más relevantes de la universidad es la proyección social mediante la cual el alumnado recibe una formación en valores para el análisis, reflexión y participación democrática (16), se observa que es un tema que siempre ha estado latente en lo referido a la participación en el desarrollo democrático del país, dejando incompleto lo que la participación estudiantil implica en su totalidad. Por esta razón se ha indagado y profundizado en la información referente a participación en diversas universidades encontrando que los mecanismos para efectuar la participación estudiantil se hacen a través de la elección democrática de líderes o representantes que transmiten las peticiones, sugerencias, reclamos y aportes, entre otros, de los estudiantes siendo la "voz" que comunica a los estudiantes con los entes administrativos, docentes y directivos según corresponda el caso.



De igual modo, y de acuerdo a lo establecido en los reglamentos estudiantiles, la elección de este representante o líder estudiantil debe hacerse con el fin de asegurar que los mecanismos sí existen y que no queden olvidados, dándoles un papel primordial en la institución; sin embargo, de acuerdo con lo observado en este estudio, el estudiante no ha mostrado interés por la importancia de ser representante, participar en el proceso de elección y, por ende, elegir uno, por lo que la participación estudiantil fue muy débil en los años indagados.

En cuanto a la facultad estudiada se encontró que los mecanismos de participación son pobres, que el proceso de elección aunque es democrático y requiere de toda la comunidad, no tiene acogida suficiente y que los representantes no sienten apoyo ni por parte del estudiantado ni de los entes administrativos, docentes ni directivos. Los estudiantes manifiestan no tener conocimiento sobre participación y, asimismo, sentirse poco activos en este proceso; razón por la cual es de vital importancia fortalecer esta área con el fin de mejorar la comunicación y los mecanismos de participación. Según Gallegos (17), "la experiencia indica que los estudiantes son los más predispuestos y comprometidos en realizar cambios en su propia formación... Hay razones propias de la edad que pueden explicar el momento de revolución por el que transita un estudiante universitario", por lo que estimular la participación estudiantil es una meta viable haciendo que los estudiantes se vuelvan más activos frente a decisiones, quejas, peticiones, oportunidades, bienestar universitario, recursos, inversión y cultura generando una estrategia que permita cerrar el círculo de comunicación, creando un ciclo de retroalimentación en el cual toda la comunidad universitaria esté conectada, pues se hace indispensable que los jóvenes estudiantes proporcionen nuevas ideas fundamentadas en el liderazgo, el compromiso y el trabajo en equipo, diseñadas con el ánimo de proponer una nueva forma de participación para llevar diversas ideas a la consolidación, forjando así una visión diferente de la hasta ahora existente.

## CONCLUSIONES

1. La participación, como derecho inalienable de todo ciudadano y para los estudiantes pertenecientes a la educación superior, es considerada una herramienta clave e indispensable para promover la democracia y, aunque el 90 % de las universidades tienen estipulados mecanismos, decretos y leyes e incluso formalizadas en documentación que manifiesta la importancia de ejercer este derecho, en general no hay respaldo o evidencia tangible de las acciones que se emprenden para materializarse y las estrategias que utilizan para emplear tales mecanismos.
2. Si bien existen dentro de esta facultad mecanismos para participar en torno a la vida académica, este trabajo no evidenció la existencia de estos en torno a la vida democrática del país y, de igual forma, de aspectos científicos a los del pensum académico.
3. Una buena parte de la población estudiada manifiesta, según los resultados, no conocer los mecanismos de participación estudiantil dispuestos en la universidad, teniendo como explicación el pensamiento de ser sujetos con poca probabilidad de ejercer el derecho a la participación, siendo esto un planteamiento clave a la hora de estudiar la manera de intervenir en el fortalecimiento de los mecanismos de participación y darlos a conocer a los estudiantes.
4. Según los resultados arrojados por la investigación, no existe identificación de los estudiantes con sus representantes ni de estos con las instancias académicas y administrativas de la facultad.
5. Los representantes tampoco tienen muy claro su papel y no saben cómo deben ejercer la participación y expresar las dudas o inconvenientes de sus compañeros ya que no han tenido una inducción específica, además no se sienten apoyados por la institución y concuerdan en que se deben establecer herramientas y espacios para que los estudiantes expresen sus reclamos, peticiones y sugerencias.



6. La participación y la democracia son fundamentales en el logro de beneficios para estudiantes, docentes y otros entes institucionales, por esto es indispensable hacerlas realidad a través del compromiso de todos de hacerse activos frente a la toma de decisiones, la responsabilidad en el planteamiento de cambios, la oportunidad frente a quejas/reclamos y el ser totalmente eficientes a la hora de resolver inquietudes, generando un modelo de retroalimentación, mediante el cual la comunidad universitaria tenga conocimiento de lo que pasa en los diferentes niveles en la institución y forjar la participación no solo como derecho sino como deber de todos.

Por último, y con referencia a los resultados de las encuestas, se observa que, aproximadamente, el 85 % de la muestra estudiantil está de acuerdo con la creación de foros virtuales, reuniones mensuales con su representante y espacios presenciales que les permitan expresar sus inquietudes y sugerencias.

## PROPUESTA

Los investigadores de este artículo proponen el siguiente "reglamento" para la participación estudiantil:

### CAPÍTULO I DE LA PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL

**ARTÍCULO 1: ESPACIO PRESENCIAL PARA DISCUTIR CON LOS ESTUDIANTES SUGERENCIAS, PETICIONES Y RECLAMOS:** Generar un espacio que no afecte las actividades académicas y que pueda realizarse en horarios extracurriculares donde se encuentre el representante de cada semestre con al menos dos voceros más, quienes se encargarán de llevar las peticiones, sugerencias y reclamos previamente expuestas por sus compañeros, las cuales deberán estar diligenciadas como una solicitud por escrito, que incluya nombre, semestre y motivo; con esta información se proporcionará un espacio por parte del bienestar universitario donde se pueda realizar una reunión en la cual se discutirán las temáticas que sean correspondientes.

**PARÁGRAFO 1:** La discusión deberá hacerse según se requiera, por semestre o como mejor medida, por ciclos de formación.

**PARÁGRAFO 2:** La reunión podrá hacerse cuantas veces sea necesario en un tiempo determinado. Quien tendrá la potestad de elegir será el representante y sus voceros, según la situación que se esté presentando en el semestre.

**PARÁGRAFO 3:** Al finalizar la reunión debe generarse un acta que incluya la fecha, el semestre, las temáticas discutidas, las conclusiones y posibles soluciones las cuales deberán ser entregadas al ente regulador correspondiente con el ánimo de obtener una respuesta, la cual, una vez resuelta, deberá ser comunicada a los estudiantes del semestre correspondiente en la reunión mensual que se realice de forma general con ellos.

**ARTÍCULO 2: FORO VIRTUAL ESTUDIANTIL:** Durante el período de actividades académicas que incluyen los ciclos de fundamentación, de enlace y de entrenamiento médico quirúrgico, los estudiantes tendrán derecho a participar por medio del correo electrónico asignado o en un foro virtual, espacio que se convertirá en un medio para expresar necesidades, reclamos, peticiones y sugerencias, las veces que sea necesario; dicho foro será controlado por los docentes o por los directivos de la institución, de manera individual y la respuesta solo llegará a quien corresponda. La finalidad es que los estudiantes, independientemente del semestre al cual pertenezcan, puedan tener acceso a un espacio más amplio de participación estudiantil contribuyendo al desarrollo tanto académico como administrativo de la universidad, logrando la satisfacción con las diferentes decisiones que se tomen, tanto para el bienestar como para el progreso de la facultad.

**PARÁGRAFO 1:** No se tomarán represalias por parte de la institución hacia los estudiantes que participen en el foro, quienes no deben violar las políticas de respeto ni usar palabras desobligantes o que atenten contra la integridad de alguna persona. Se debe ingresar el nombre, y de hacerlo de forma anónima, solo podrán hacerse preguntas referentes a alguna inquietud específica.

**PARÁGRAFO 2:** La participación en el foro virtual estudiantil no será de carácter obligatorio; los estudiantes participaran en éste a medida que se generen dudas o quejas y deseen expresarlas.

**PARÁGRAFO 3:** No se tomará el foro virtual estudiantil como una asignatura, por lo cual no se requerirá ningún valor académico para acceder a este.



**PARÁGRAFO 4:** El foro virtual estudiantil establecerá un tiempo máximo en el cual las inquietudes deben ser resueltas.

**ARTÍCULO 3: REUNIONES MENSUALES ESTUDIANTILES:** Considerar la necesidad de garantizar los mecanismos de participación y representación democrática de los estudiantes, docentes, y administrativos de la facultad. Se crearán espacios de reuniones mensuales a las cuales asistirán los representantes de cada semestre; los representantes de los estudiantes, profesores y directivos de la facultad con el fin de evaluar las inquietudes de los estudiantes con políticas claras y de juzgamiento crítico, con un enfoque académico y constructivo, promoviendo y fortaleciendo el diálogo e impulsando y organizando debates de generación de propuestas de reforma y actualización de diversos estatutos de la facultad de Medicina.

**PARÁGRAFO 1:** Las reuniones, que se llevarán a cabo mensualmente, serán de asistencia obligatoria para quienes desempeñen los cargos como representantes.

**PARÁGRAFO 2:** Será de obligación para los representantes dar a conocer a los estudiantes lo discutido en las reuniones y, asimismo, escuchar inconformidades o propuestas de mejoramiento las cuales serán transmitidas y discutidas en las reuniones.

**PARÁGRAFO 3:** En caso de presentarse ausencia temporal del representante, los estudiantes podrán designar por votación y justa autorización a un suplente, quien asumirá las funciones en calidad del titular por el tiempo de ausencia.

### REFERENCIAS

- (1) Ministerio de educación Nacional Republica de Colombia [internet]. Participación ciudadana. Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-177283\\_recurso\\_1.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-177283_recurso_1.pdf)
- (2) Pontificia Universidad Javeriana [Internet]. La participación de los estudiantes en la vida universitaria Javeriana. Políticas del Consejo Directivo Universitario [2002 Abril 3]. Disponible en: [http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/PORTAL\\_VERSION\\_2009\\_2010/resources\\_v4/participacion.pdf](http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/PORTAL_VERSION_2009_2010/resources_v4/participacion.pdf)
- (3) Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Educación [Internet]. Resolución 4491 del 20 de noviembre del 2008. Disponible en: [http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR\\_EDUCATIVO/Planeacion\\_Participativa/Resolucion%20SED%204491%202008%20-%20Composicion%20Consejos%20Consultivos.pdf](http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/Planeacion_Participativa/Resolucion%20SED%204491%202008%20-%20Composicion%20Consejos%20Consultivos.pdf)
- (4) Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Educación [Internet]. Decreto 293 del 2008. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32511>
- (5) Ministerio de Educación Nacional [Internet]. Sistema Nacional de Acreditación en Colombia. URL: <http://www.cna.gov.co/1741/article-186365.html>.
- (6) Reglamento General Estudiantil. Disponible en: [http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/media/REGLAMENTO\\_GENERAL\\_ESTUDIANTIL.pdf](http://www.juanncorpas.edu.co/uploads/media/REGLAMENTO_GENERAL_ESTUDIANTIL.pdf)
- (7) Universidad Sanitas [Internet]. Resolución N° 077 de 2013. Disponible en: [http://e-sanitas.edu.co/unisanitas-docs/resoluciones/Reso\\_No\\_077%20de%202013.pdf](http://e-sanitas.edu.co/unisanitas-docs/resoluciones/Reso_No_077%20de%202013.pdf)
- (8) Universidad Militar Nueva Granada [Internet]. Representantes estudiantiles. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/web/estudiantes/procesos-academicos/representacion-estudiantil>
- (9) Ministerio de Educación Nacional. Universidad La Gran Colombia [Internet]. Reforma estatutaria. Disponible en: <http://www.ugc.edu.co/webmaster/documentosinst/estatutos.pdf>
- (10) Universidad Central [Internet]. Reglamento Estudiantil [actualizado 2012, Ago 10; citado 2013 sept 3]. Disponible en: [http://www.ucentral.edu.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2192%3Areglamento-estudiantil&catid=50%3Adocumentos&Itemid=4651](http://www.ucentral.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2192%3Areglamento-estudiantil&catid=50%3Adocumentos&Itemid=4651)
- (11) Pontificia Universidad Javeriana [Internet]. Acuerdo 567 [2012 Oct 29]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documents/10179/51130/acuerdo567.pdf/9c7a12e2-e98b-4b8c-a2f5-0b354195bd3c>
- (12) Universidad del Rosario [Internet]. Decreto Rectoral N° 824. 23 de septiembre de 2004. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/21/2111ecdc-3491-4f43-ad76-fb2629fb78ee.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/21/2111ecdc-3491-4f43-ad76-fb2629fb78ee.pdf)
- (13) Universidad Nacional de Colombia [Internet]. Acuerdo 028 de 2008. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=34250>
- (14) Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [Internet]. Reglamento Estudiantil. Disponible en: [http://www.uptc.edu.co/secretaria\\_general/reglamento\\_estudiantil/](http://www.uptc.edu.co/secretaria_general/reglamento_estudiantil/)
- (15) Consejo Máximo. Capítulo VI. De los Estatutos Generales de la FUJNC. [Internet]. Disponible en: <http://www.juanncorpas.edu.co/la-institucion/organismos-institucionales.html>
- (16) Merhi R. Las claves de la participación estudiantil en la universidad española Universidad Jaume I <http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/3812/155.pdf?sequence=1>
- (17) Gallegos M. Movimiento y participación estudiantil en la psicología latinoamericana: consideraciones históricas y futuras perspectivas. Avances en Psicología Latinoamericana. 2009; 27(1): 33-60.

-----





# Atención Primaria en Salud...

## ANÁLISIS DE LA POLÍTICA INTEGRAL EN SALUD

Guillermo Restrepo Ch\*\*\*.  
Juan Carlos González Q.†††

# POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD



### OBJETIVO: Máxima salud, acceso, intersectorialidad, circunstancias

Por considerarlo un deber para con nuestros lectores y un deber de divulgación con el país, a continuación vamos a exponer un resumen del documento "Política de Atención Integral en Salud" (incluyendo algunos comentarios personales entre paréntesis y al final un breve análisis). Como siempre, las opiniones que acá se exponen, en ningún momento reflejan la postura de la Fundación Universitaria Juan N Corpas. Son tan solo expresiones de las posturas de los que firman el artículo.

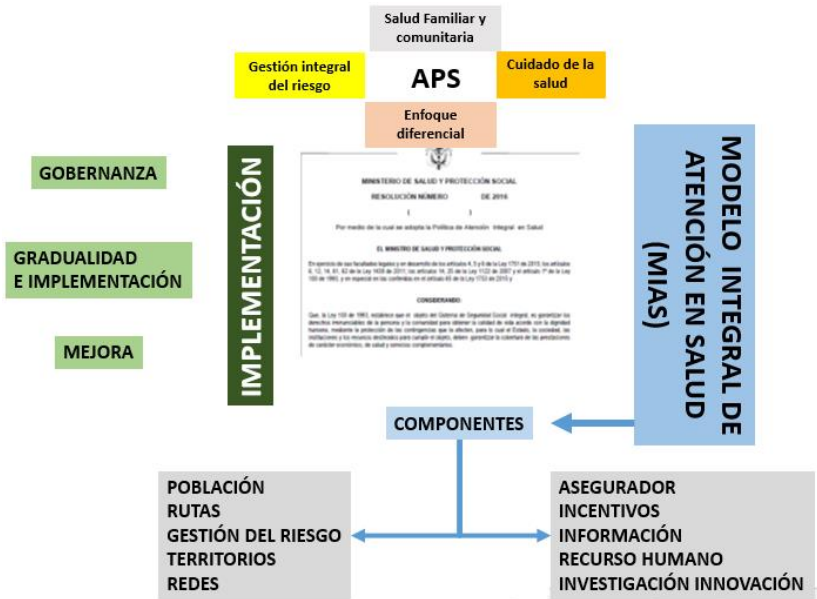
En la página del Ministerio de Salud <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx> puede encontrar los tres documentos bases de este resumen. Le recomendamos leerlos. En tanto lo hace, esperamos que este resumen lo motive.

### El objetivo

Esta política busca responder a los problemas de salud actuales y cumplir con el mandato de desarrollar un modelo de salud enfocado bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS).

\*\*\* MD MPS. Director Postgrado Gerencia en Salud. FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co

††† MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC - juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Propone la resolución impulsar la implementación de un modelo de atención integral, basado en la APS, donde se haga énfasis en la salud familiar y comunitaria, el cuidado de la salud, la gestión del riesgo y el enfoque diferencial en la población. La resolución expone los componentes que deberá tener el modelo y propone que la implementación sea paulatina y que se vaya corrigiendo.

### La política

El documento está organizado en tres partes. Una primera en donde plantean los logros y los problemas existentes del actual sistema de seguridad social.

Una segunda parte donde plantean los cambios que implica la ley estatutaria en torno a la salud.

La tercera, y última parte, está destinada a explicar la política de atención integral y allí mismo se exponen las bases del modelo integral de atención en salud.

### Logros

#### EVALUACIÓN

OBJETIVOS CENTRALES: EXPANDIR PROTECCIÓN FINANCIERA

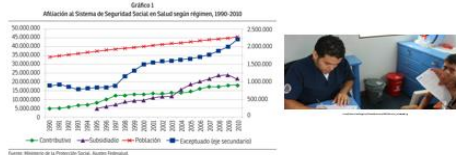


GASTO DE BOLSILLO



Figura 4. Número absoluto de defunciones ocurridas cada año en Colombia en niñas menores de cinco años de edad, 1993-2013.

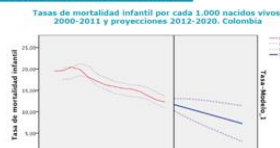
OBJETIVOS CENTRALES: MEJORAR EL ACCESO



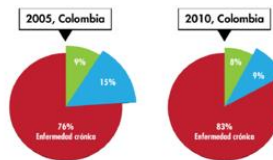
COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL

#### Mortalidad en descenso

Tasas de mortalidad infantil



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Salud de Bogotá. 2011 y años posteriores en el caso de ESEI - estimaciones de ESEI. Elaborado a partir de los datos de ESEI del 2011.

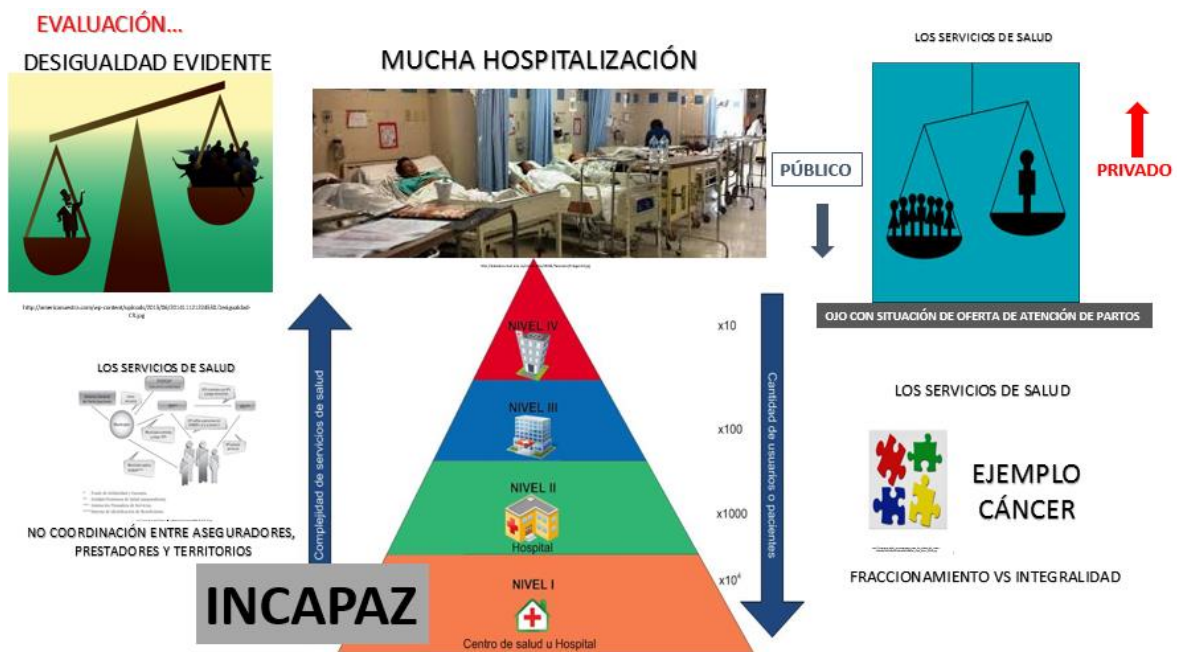


Siendo la seguridad social un sistema de aseguramiento y de protección, el documento considera que ciertamente ha brindado protección en las catástrofes derivadas de la pérdida de la salud, que resulta particularmente evidente en la franca disminución del gasto de bolsillo de los colombianos.

Un segundo elemento de logro ha sido la cobertura de la población dentro del sistema. Si bien aún el acceso real es cuestionable, no existe duda de que el hecho de estar afiliado le permite a la población hacer cumplir, e incluso exigir, el acceso real.

El descenso de la mortalidad general (aumento de la esperanza de vida), la disminución de la mortalidad infantil y ese patrón de dominio en la morbilidad de las enfermedades crónicas, son interpretados por los autores del documento como logros.

### Las debilidades



Plantea que las debilidades son muchas... Expone cómo la desigualdad entre unos muy pocos (ricos) y la mayoría, que son pobres, es muchísima.

Expone cómo el modelo actual promueve la hospitalización. Cómo lo público está desapareciendo mientras lo privado va creciendo (en concreto en torno a las IPS).

Afirma cómo la coordinación se ha vuelto muy compleja pues se ha desarrollado muchísima intermediación.

Expone cómo con el ejemplo de la atención del cáncer, se demuestra una fragmentación lamentable de la atención. En un sitio lo diagnostican, en otro dan la quimioterapia, en otro lo operan, en otro hacen la radioterapia, etc...

Y lo más lamentable... la incapacidad del nivel primario para resolver, para atender, en fin, para cumplir con ese deber de ser el mejor sitio de contacto entre los servicios y las personas.

## Lamentable... las relaciones humanas

### EVALUACIÓN...

**FORMAS DE CONTRATACIÓN**



**INDUCCIÓN A LA DEMANDA**



**RESTRICIÓN AL ACCESO**

**SELECCIÓN ADVERSA**

**LOS PROBLEMAS**



**ASIMETRÍA EN CONTRATACIÓN**

**INEFICIENCIA DE LA TECNOLOGÍA**

**PERVERSIÓN EN LOS INCENTIVOS**



**MUCHO... MAL PREPARADO PARA EL SISTEMA**



**POBRE CAPACIDAD RESOLUTIVA**



**Mucho profesional poco técnico**

El documento critica particularmente el desarrollo humano derivado. Existen contratos laborales perversos, se promueven relaciones no éticas entre las partes ("el que tiene plata marranea"), un desprecio por el trabajo comunitario y el ejercicio de profesionales poco comprometidos.

### EVALUACIÓN...

**LOS SERVICIOS DE SALUD**



**URGENCIAS Y SU COLAPSO: REFLEJO DE UN PROBLEMA**



**LO COLECTIVO: PURO PAPEL POCO LOGRO**



**LA SALUD PÚBLICA**

**FRACASO DE LO COLECTIVO**

*Mucho hospital poca comunidad*

*Atención fragmentada, deshumanizada*

**Presión tecnológica. No se evalúa por bienestar**

- ▷ RACIONAMIENTO DE SERVICIOS
- ▷ REDES INCOMPLETAS
- ▷ RETENCIÓN DE PAGOS
- ▷ FINANCIAMIENTO DESDE PROVEEDORES
- ▷ BLOQUEO AL ACCESO
- ▷ CONTRATACIÓN "APROVECHADA"
- ▷ DIFERENCIACIÓN DE CONTRATOS EN NIVELES (NO VE IMPORTANCIA DE INTEGRALOS)

**SITUACIÓN FINANCIERA**



**COSTO DEL ASEGURAMIENTO**



**Buscar nuevas fuentes**



Pone de manifiesto el colapso de los servicios de urgencias, el fracaso de las políticas públicas, la disminución de las actividades colectivas (mucho papel firmado y poca promoción ofrecida), así como también censura a las EPS por aquello en lo que se han convertido: obstructoras de la prestación a través de la congestión de las autorizaciones, retenedoras perversas de pagos (cuando saben que pueden ganar intereses manteniendo los recursos por un tiempo), se apalancan en los proveedores (qué tal: los pobres financiando a los ricos) y generando contratos asimétricos con las IPS (aplicando la ley del embudo: lo ancho para ellas y lo angosto para la IPS).

Plantea también el debate existente de, si con los recursos financieros, se puede dar el plan de beneficios.



## La posición del Ministerio

### SGSSS: Dificultades



El viceministro Fernando Ruiz en una presentación expone con la gráfica anterior las debilidades del sistema actual.

## La ley estatutaria



Gráfico 5 Relaciones e interdependencias en el Sistema de Salud Colombiano



Fuente: Adaptación de los actores al marco conceptual del WHO World Health Report 2000

Expone la política de cómo la ley estatutaria, que busca hacer real el derecho a la salud de la persona, está basada en la APS, promoviendo el acceso y la integralidad en el manejo y considera la necesidad de construir modelos reales donde esto se ve realmente aplicado. En tal sentido, enfatiza la rectoría que debe existir en torno a la forma como la población recibe los servicios de salud, dejando al Estado como directo responsable. Además, pone los recursos financieros y la rectoría al servicio de la gestión

de los recursos, planteando que los territorios velen por la gestión pública, las redes de servicios por la gestión clínica y el aseguramiento por la gestión del riesgo. Proponiendo que de esta manera se intervenga sobre los factores determinantes y los riesgos y se proteja lo financiero, con lo cual el resultado será la salud de la persona, de su familia y de la población.

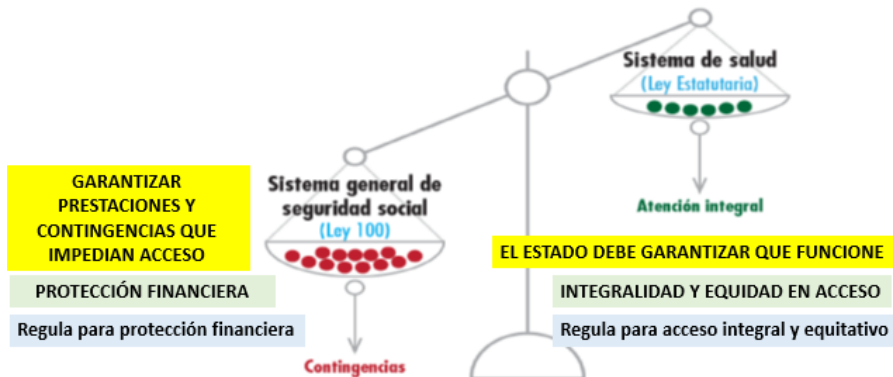


Afirma que la ley estatutaria ordena la búsqueda de la integralidad para darle el máximo de salud a la población, y para ello promueve la integralidad a través de la coordinación armónica que ha de existir entre los diversos componentes del sistema, el trato igualitario, el acceso integral y el abordaje completo. Por ende, a ello ha de responder esta política y el modelo.

### La política propiamente dicha

## POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

### Sistema de salud vs Seguridad social



### DIFERENCIAS ENTRE SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

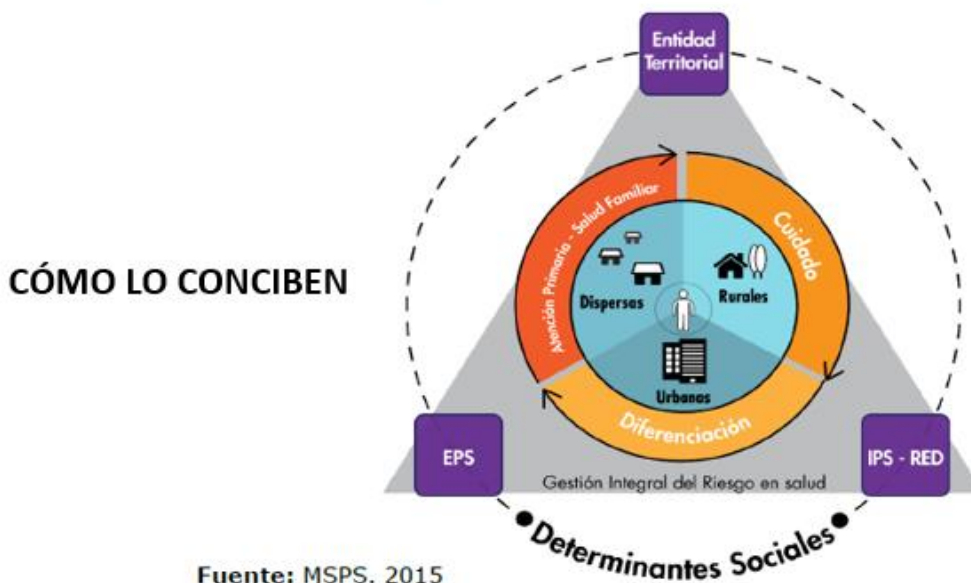


Se plantea la diferencia entre lo que ha sido el sistema de seguridad social y el nuevo sistema que promueve la ley estatutaria de esta forma:

1. En la seguridad social lo fundamental es garantizar las prestaciones cuando se necesitan, en el sistema de salud la integralidad, el acceso a los servicios y la equidad.
2. La protección financiera de los afiliados era clave en la seguridad social. El bienestar y la preservación del bienestar en la persona es la clave del nuevo sistema de salud.
3. En el sistema de seguridad social, el Estado actúa como regulador entre los distintos componentes. En el nuevo sistema el Estado es el responsable.

### Cómo se concibe el Sistema de salud

Gráfico 6 Política Integral de Atención en Salud, PAIS



Poniendo al individuo en el centro (como razón nuclear de ser) y teniendo en cuenta el territorio donde habita (urbano, rural y dispersos) ha de recibir una atención donde:

- Se le ofrezca la estrategia de la APS/Salud Familiar.
- Se promueva el cuidado preventivo.
- Se puedan hacer enfoques diferenciales en torno a las poblaciones.

Y ese modelo ha de ser coordinado por el ente territorial que asume unas responsabilidades, por las EPS que asumen otras y, por las redes integrales de salud que serán las encargadas de prestar la atención. Entre estas tres debe presentarse una coordinación que garantice el modelo.



## Lo que debe tener el modelo

### POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

#### PRINCIPIOS DEL MODELO



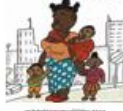
La Declaración de Alma Ata

- Principios.
- Estrategia.

### La estrategia de la política



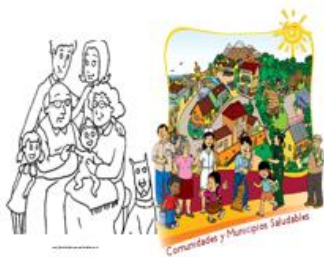
#### El enfoque diferencial



POBLACIONES



TERRITORIOS



Enfoque de salud Familiar y comunitario

#### El cuidado de la salud

Gráfico 7. Curso de vida y cuidado de la salud

#### AUTOCUIDADO

- HIGIENE
- NUTRICIÓN
- ESTILO DE VIDA
- FX AMBIENTALES
- HÁBITOS SOCIALES
- MANEJO DE ESTRÉS
- PROYECTO DE VIDA
- CIUDADOS A POBLACIÓN
- TOMA DE DECISIONES



Fuentes: MSPS. 2015

Gráfico 8. Interrelación Gestión integral del riesgo en salud



- TAMIZAJE
- SEGUIMIENTO DE COHORTES
- ANÁLISIS DE RIESGO
- CARACTERIZACIÓN DE GRUPOS
- PLANEACIÓN

Fuentes: MSPS. 2015.

Es importante que para implementar el modelo se debe cumplir con:

1. La estrategia de la APS basada en la Declaración de Alma Ata.
2. Los equipos primarios deben basarse en la atención cumpliendo con el enfoque que contempla no solo al individuo sino a su familia y a la comunidad donde habita (enfoque integral).
3. Debe promover que la persona, su familia y la comunidad adopten y asuman la responsabilidad de cuidarse, contemplando para ello el ciclo vital.
4. Debe caracterizarse a la persona y a la población e identificar e intervenir sobre los riesgos existentes.
5. Deben identificarse esas particularidades en torno a poblaciones vulnerables y vulneradas y que el modelo les responda con base en sus circunstancias.

## El Modelo

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

# Modelo Integral de Atención en Salud

LO QUE QUEREMOS

LO QUE DEBE TENER



El documento propone los pasos que se deben dar para construir el modelo. Vale la pena insistir en lo que debe tener, agregando que al construirlo se debe dejar muy bien explicado cómo será la coordinación, la integración y cómo será la propuesta del trabajo intersectorial.

## La caracterización de la persona y la población



Ordena que la caracterización de la población la debe hacer el ente territorial a través de los ASIS y la individual la haga la EPS. La idea es que con dicho diagnóstico se hagan los planes de salud tanto del individuo y su familia como de la comunidad y con base en esto se ofrezca la atención, entendida



no solo para cuando están enfermos, sino contemplada como la posibilidad de ofrecerle a la persona la capacidad de ser orientada para escoger la mejor vida posible. Por supuesto que de esta caracterización surgirá la detención de los riesgos y con ello la posibilidad de intervenir sobre ellos.

### La clave: las rutas

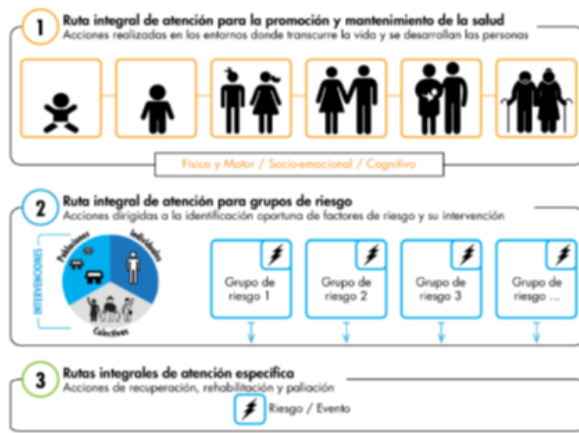
## Rutas integrales: objetivo... ¡Vencer la fragmentación!

### GUÍAS

### TOMA DE DECISIONES

#### Plan de intervenciones colectivas

#### Plan de beneficios



#### 2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud-Eventos específicos

- {1} Es el flujo regulado del usuario a lo largo del continuo de la atención integral
- {2} Adaptada a las particularidades de un territorio y población
- {3} Especifica hechos o acontecimientos clave del ciclo de la atención (hitos)
- {4} Determina intervenciones colectivas e individuales (promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria)
- {5} Define estrategias y acciones, a desarrollar por la comunidad y las instituciones de salud y de otros sectores
- {6} Incorpora normas técnicas, administrativas, protocolos y guías de práctica clínica

### Responsables de la integralidad

Es la propuesta de cómo asegurar la integralidad, ya que estas rutas son las responsables de ofrecer la atención y de interconectar a los distintos actores.

Las rutas deben describir exactamente qué hacer ante las situaciones de las personas, sus familias y la comunidad y deben asegurar la atención de las necesidades de la mejor forma posible.

Concibe que las rutas han de estar basadas en ofrecer la atención basada en la mejor evidencia existente (componente racional) y con base en ello se tomarán en últimas las decisiones sobre la persona. Además debe asegurar que las intervenciones colectivas respondan a las necesidades de la población, ciertamente usando la mejor evidencia.

Establece tres rutas:

- 1. Una ruta para mantener la salud.
- 2. Una para los grupos de riesgos encontrados.
- 3. Una para la atención específica.

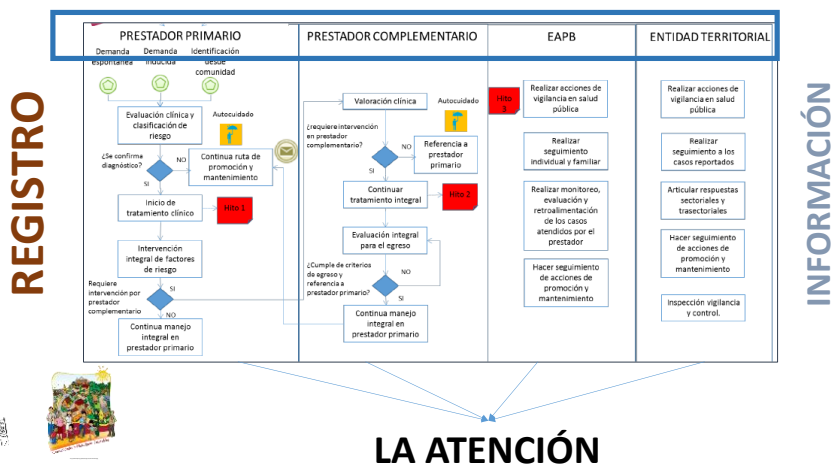
La ruta pone de manifiesto lo que debe hacer cada componente de la red, el papel de la aseguradora y el ente territorial. Por así decirlo, las rutas son los vasos sanguíneos que conectan el sistema para hacer real las intervenciones. Son las responsables de hacer efectiva desde la gestión de salud pública, la promoción de la salud, las acciones en los entornos, así como las actividades individuales.



**INTERSECTORIALIDAD**



**COMUNICACIÓN**



Las rutas deben además de generar la atención de la persona, poner de manifiesto la intersectorialidad, asegurar un registro a través de un sistema de información, en lo posible único y tener una comunicación entre todos los niveles.

**La gestión del riesgo**

**3. Implementación de la GIR en salud**

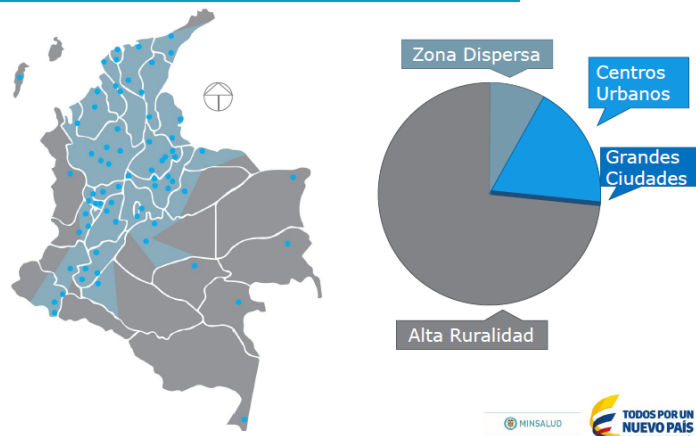
1. Identificar riesgos.
2. Analizar información.
3. Implementar o adaptar RIAS
4. Ver condiciones o circunstancias
5. Clasificar a las personas
6. Seguir cohortes
7. Ejecutar acciones para eliminar
8. Producir el conocimiento



El tercer componente del modelo es la gestión integral del riesgo. En tal sentido y partiendo de la caracterización de la población y articulando a las redes integrales con las rutas, se ponen las tareas de cada nivel. La gráfica pretende mostrar cómo se concibe con sus respectivas correspondencias.



#### 4. Delimitación Territorial del MIAS



El siguiente componente a tener en cuenta en el modelo lo establecen las características territoriales particulares. En tal sentido, contemplar si se trata de implementar en centros urbanos lo hace diferente de si es en zonas rurales o en lo que se ha denominado zonas dispersas.

#### Las Redes Integrales de Salud

#### 5. Redes integrales de prestadores de servicios en salud

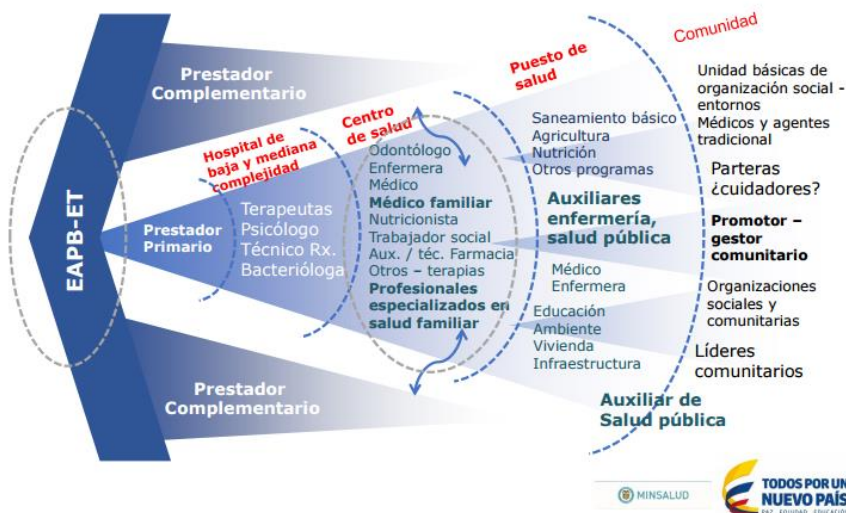


Se entiende como un conjunto de prestadores, unidos para atender a la población, ofreciendo el cubrimiento total de sus necesidades en torno a los servicios de salud. Por supuesto que al interior de ellas se implementarán las rutas integrales de atención. Dicha red debe ser conformada bajo el amparo de las EPS (ahora denominadas EAPB= Empresas Aseguradoras del Plan de Beneficios) y aprobadas por el ente territorial como garante local de los derechos de la población. Las redes deben tener un componente primario que será el responsable de establecer las relaciones con la persona, la familia y la comunidad.



## El prestador primario

### 5. RED Integral Prestador primario



El prestador primario, como primer contacto se convierte en clave para regular y poner a funcionar el sistema de atención. Parte de ese primer sitio donde recurrirá la persona cuando necesita ser atendida y se expande con equipos de penetración en las comunidades, que podrán incluso acudir a los domicilios. La gráfica expresa muy bien todo lo que se espera dentro de la red de los prestadores primarios: se conciben como “capas” de atención, identificadas como comunitarias, de atención básica y de consulta especializada.

Los prestadores complementarios (consulta especializada, hospitales de distinto niveles de complejidad) y la red primaria estarán interconectados, por supuesto que a través de las rutas y entre ellos, por un sistema de referencia y contrarreferencia.

## El nuevo papel de las aseguradoras (EPS)

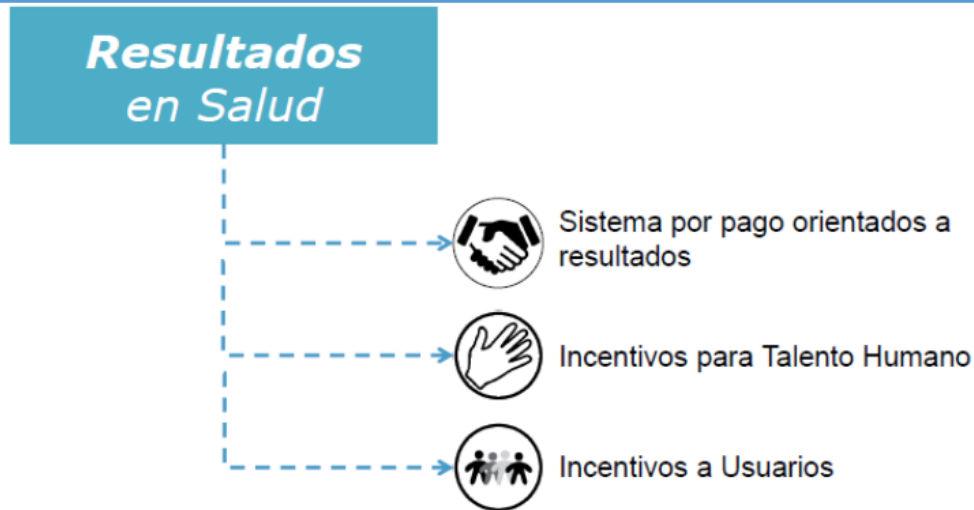
### 6. Redefinición del rol del asegurador

Función	Mecanismo Habilitación	Tipo de Riesgo	Núcleo Evaluación
Protección financiera	Habilitación financiera	Financiero	Capital mínimo
		Actuarial	Patrimonio adecuado Reservas técnicas
Agencia	Habilitación técnica	Operacional	Inspección, vigilancia y control Capacidad gestión de red
Acceso y resultados	Habilitación técnica	Salud	Capacidad gestión del usuario Capacidad Gestión Riesgo Salud

La aseguradora tendrá un nuevo papel. No manejará los dineros sino que velará para que la red que organiza les cumpla a los usuarios. A través de tal confirmación, expedirá la autorización para que la entidad que manejará los recursos le gire a la red.

## Redefinición del sistema de incentivos

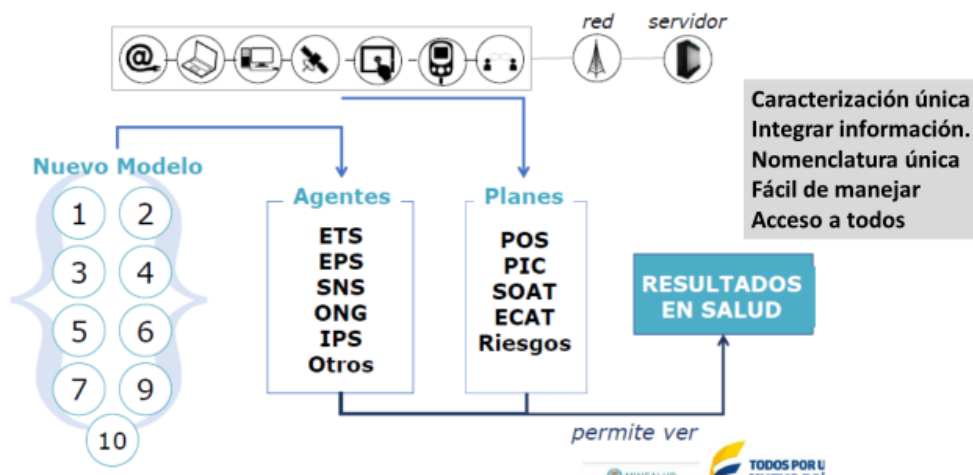
### 7. Redefinición del esquema de incentivos



Se debe estimular ante todo el manejo integral de las personas que hagan uso del servicio, siendo la restitución de la salud el principal indicador en torno a las atenciones. Reducir al máximo las autorizaciones (por ello es todo integral) y promover estímulos en los equipos que se comprometen con sus familias, buscando en todo momento una mayor humanización del servicio.

## La información

### 8. Requerimientos y procesos del sistema de información

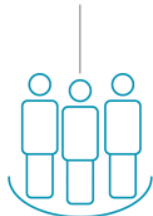


El sistema de información debe estar centrado en la persona, ser y reflejar la integralidad, tener una nomenclatura única, que sea completo... ideal que sea único.



### 9. Fortalecimiento del recurso humano en salud RHS.

Formación del Talento Humano en Salud: Resultados a corto, mediano y largo plazo



Fortalecimiento del THS para la planeación y gestión territorial en salud



Armonización del Talento Humano en Salud con el esquema de cuidado integral de la salud y de provisión de servicios

Gestión, planificación y condiciones laborales del Talento Humano en Salud



Plantea afianzar particularmente el nivel primario (comunidad), buscando que allí se establezca un fuerte vínculo entre comunidad y prestadores. Fortalecer la capacidad de resolución del prestador primario y lograr penetrar en el corazón de las comunidades son los retos que tienen ante sí estos equipos y que deberán ser debidamente estimulados. Es acá en donde se promueve a los médicos familiares como puentes de integración entre el nivel primario y el complementario.

### 10. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento



El establecimiento de la rectoría del sistema de salud



Estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud



La gestión eficiente de los recursos humanos en salud



Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes



Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas

Investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud

**Fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública**



El último aspecto que contempla el documento está esbozado en la imagen anterior. Resaltamos la inclusión de un proceso de investigación permanente.

## Plan de implementación

### Primer Trimestre 2016

- Documento de política promulgado
- Resolución de rutas de atención (7 rutas)
- Resolución de redes integrales de atención
- Resolución de prestador primario.
- Decreto formas de pago y contratación
- Resolución . Ajustes al sistema de información
- Implementación piloto Guanía

- > GOBERNANZA
- > PRIORIZAR
- > MONITORIZAR
- > RENDICIÓN DE CUENTAS

### Segundo Trimestre 2016

- Resolución gestión integral del Riesgo en salud
- Decreto de habilitación técnica de EPS
- Piloto pago integral de atención a la leucemia
- Diseño guajira, Choco, Vaupes, San Andres, Cauca-Nariño, Bogota, Medellin?
- Asistencia técnica para las rutas integrales de atención
- Resolución de segundo grupo de rutas.

- INCORPORAR:**
- PARTICIPACIÓN SOCIAL
  - INCENTIVOS FINANCIEROS
  - DIFUSIÓN E INFORMACIÓN

### Tercer Trimestre 2016

- Tercer paquete de rutas
- Diseño de otras entidades territoriales.



Concluye el documento haciendo unas propuestas en torno a la gradualidad de la implementación y solicita la difusión de la política.

Nuestra intención ha sido exponer el documento de la manera más didáctica posible.

## Una opinión

El Ministerio pretende que la propuesta sea discutida y que se emita el mayor número de opiniones. Con ello se divulga, pero además, se plantean las debilidades y se promueve el debate y las correcciones.

## El análisis

DEL DIAGNÓSTICO: LA CAUSA PRINCIPAL DE LAS DEBILIDADES DEL SGSSS



CREER QUE SE PUEDEN UNIR ENTIDADES CON OBJETIVOS DIFERENTES

Nosotros sostenemos que el documento al hacer el diagnóstico de la situación del sistema de seguridad social, desconoció el principal problema, como es creer que entidades con objetivos tan disímiles se pueden unir para servir a la población. Partiendo de los tres entes que plantea esta política que han de coordinar la salud de la población, como son las EPS, el ente territorial y las redes integradas, sostenemos que "unirlas" es un esfuerzo inútil. En concreto sostenemos que el principal problema de la seguridad social se desprende del claro interés que tienen las EPS en torno a "ganar" utilidades desde el punto de vista económico; no es la salud de la población. Esto ha quedado suficientemente evidenciado, al poderse comprobar cómo usando los recursos, una buena cantidad de EPS se dedicaron

a hacer "negocios", dejando a nivel secundario la salud de la población. Lo propio podemos afirmar del ente territorial, cuyo principal objetivo es la adquisición de poder burocrático y clientelista y no la salud de la población. En tal sentido, tan solo los prestadores tendrían el interés de brindar el mejor servicio a la población.

**EL ERROR: CREER QUE SE PUEDEN UNIR ENTIDADES CON OBJETIVOS DIFERENTES**



BIENESTAR DE LA POBLACIÓN  
 MÁXIMA SALUD DE LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD  
 UTILIDADES ECONÓMICAS  
 PODER "CLIENTELISTA" POLÍTICO  
 MÁXIMOS BENEFICIOS ECONÓMICOS O POLITIQUEROS  
 SALUD  
 UTILIDADES  
**¡REALIDAD!**  
 EL PRECIO DE LA CODICIA

Creemos que existen suficientes ejemplos de la vida real para nuestra afirmación. Ahora bien, como de esos dos sectores el ente territorial debe permanecer por nuestro modelo político, una primera propuesta es eliminar a las EPS del sistema y, en torno al ente territorial, poner a los funcionarios de los mismos bajo el rango de carrera administrativa, con lo cual se anhela que la salud sea dirigida y ejecutada en el ente territorial por un perfil técnico con las ventajas que de allí se pueden desprender.



Creemos que ha de ser la comunidad organizada, la que entra a ser esa parte de coordinación del modelo. Experiencias como la desarrollada en Versalles (Valle) ponen de manifiesto lo que la comunidad organizada puede hacer en torno a la salud y otros aspectos. El Ministerio precisamente publicó un documento de esta experiencia (y otras) tildándola como exitosa<sup>+++</sup>.

<sup>+++</sup> 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 las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. INFORME FINAL. 14 de septiembre de 2012.



# Propuestas: Fortalecer a nivel del cuidado primario



Sin duda, la clave del éxito de la política de integración está en el cuidador primario. Que la población pueda acceder a un centro de salud cerca de su casa, donde sea reconocido y atendido por un equipo comprometido y que cuente con la capacidad para resolver los principales problemas del paciente o pueda recibir apoyo cuando lo requiera, por ejemplo por el médico familiar. Tal centro de salud tendrá unos equipos extramurales capaces de penetrar en el barrio y de identificar los procesos comunitarios existentes, lo que contribuirá a organizar y vinculará al centro con el fin de ofrecerle a esa comunidad la mejor atención. Ese equipo de salud será el responsable de caracterizar a la población a su cargo. Desde este centro se construirán las rutas integrales, asumiendo el centro la ruta del mantenimiento de la salud, incluyendo en ella las acciones de salud pública que se puedan ofrecer desde este nivel de atención. Asimismo, y a través de la caracterización, construirá los planes para los grupos de riesgo, dejando bien definidas las rutas en donde incluirá las valoraciones por los especialistas cuando se requieran. Cuando se requiera la hospitalización de algún paciente, el cuidador primario a través de la ruta sabrá remitir al hospital de la red donde pueda recibir la mejor atención (ideal que sea cercano), enviando toda la información pertinente. El cuidador primario (el centro de salud) tendrá un equipo encargado de penetrar el barrio e identificar los riesgos y hacer planes de intervención a través, incluso, de visitas a la vivienda (ofrecerle las acciones de salud pública). Con base en el conocimiento de la zona, promoverá u organizará a la comunidad, la cual se convertirá en participante de los procesos en torno al autocuidado, pero además, en evaluadora de la forma como logra preservar su salud y la forma como es atendida en toda la red. Los miembros de los equipos de salud deben, en lo posible, vivir en esas comunidades. Dado que el compromiso y la continuidad entre prestadores y comunidad es clave, debe trabajar sabiendo que ese es su proyecto de vida laboral, con unas condiciones tales que sienta que está en el mejor sitio. Deberá tener acceso a un programa de educación continuada, que busque, por encima de todo, el bienestar de la población que atiende.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>

**Gráfico 6 Política Integral de Atención en Salud, PAIS**



**Ahora bien... Con lo que hay: Propuesta**

Finalizamos este comentario, proponiendo que, dado que el modelo contempla sostener a las EPS, el papel fundamental de ellas puede ser organizar a la comunidad, asumiendo que de tal organización surgirán los elementos para poder evaluar el modelo.

**Gráfico 6 Política Integral de Atención en Salud, PAIS**



**Ahora bien... Con lo que hay: Propuesta**

Reiteramos la invitación de nuestros lectores para que analicen la política y, con base en ello, hagan propuestas. La salud en Colombia necesita mejorar.



## OBSERVACIONES SOBRE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)

Dando respuesta puntual al Ministerio, a continuación y a título por completo personal, respondemos a la solicitud en torno a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

### Por qué no funcionó el modelo establecido por la Ley 100

En la publicación que hace el Ministerio de Salud y Protección Social, en el documento Política de Atención Integral en Salud, no se hizo el análisis de por qué no funcionó el modelo anterior, aquí queremos destacar algunos hechos que consideramos importantes para no repetir los errores cometidos en la aplicación de la Ley 100 de 1993:

- Se asignaron responsabilidades a tres tipos de entidades, IPS, EPS y Territorio, esperando que se integraran, pero que por tener objetivos distintos no lo lograron (IPS, servicio; EPS, negocio; Territorio, política).
- Cada una de las entidades mencionadas a su vez es fragmentada y, frecuentemente, reglamentaron políticas diferentes, aun internamente en su propia área.
- Ninguna de las cuatro entidades obró lealmente con las otras:
  - La función principal de las EPS fue la de contener costos, para obtener mayor ganancia.
  - Los municipios convirtieron la salud en un fortín político corrupto.
  - Las IPS pecaron por recurrir a la explotación de los funcionarios de la salud.
  - El Gobierno Nacional retuvo los dineros, no los giró oportunamente a las entidades a las que debía hacerlo:
    - \* Dio mal ejemplo sosteniendo las EPS más corruptas.
    - \* Se excedió en las reglamentaciones.
    - \* La Superintendencia Nacional de Salud actuó en una forma muy discutible desde varios puntos de vista.
- Los usuarios abusaron del sistema.
- La legislación de otros sectores fue incongruente con la filosofía del sistema. Faltó una política nacional al respecto.
- La sociedad se aprovechó de esto (abogados).
- Exceso de normas que convirtieron al sistema en complejo y engorroso.

### Cómo corregir las fallas

- Integrando el sistema y, como núcleo de la integración, están los prestadores (IPS) formando una comunidad de servicios dirigida por el profesional más capacitado en el campo: el médico.
- Niveles:
  - El nivel primario debe tener, a su vez, dos subniveles. Uno de apoyo con las siguientes funciones:
    - \* Elaborar las rutas de atención.
    - \* Gestionar la prestación de los servicios a nivel individual.
    - \* Establecer, gestionar y evaluar la acción con los grupos de riesgo.





- \* Manejar contablemente el presupuesto de toda la red de servicios y ser el ordenador del gasto.
- \* Contratar con el nivel complementario la prestación de los servicios para los niveles superiores.
- \* Establecer una comunidad de servicios con su red.
- \* Realizar las consultas de las especialidades básicas definidas para cada territorio, tanto a nivel médico como paramédico y recibir la hospitalización correspondiente a patologías de mediana complejidad.
- \* Manejar las redes de remisión, contrarremisión e interconsultas.
- \* Elaborar el plan de salud para el municipio.
- \* Integrar la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación, tanto a nivel individual como colectivo, incorporando todas las actividades de salud pública.

El otro subnivel es el básico, constituido por médicos generales y auxiliares de enfermería como elementos nucleares del equipo de salud, acompañados o no de otros profesionales según el grado de desarrollo de cada Municipio.

El número y composición de los equipos primarios dependerá de las condiciones de desarrollo de cada territorio y del presupuesto total que se maneje.

Este equipo básico trabajará en:

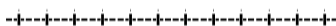
- \* Hospitales locales.
- \* Centros de salud.
- \* Puestos de salud.

Los equipos tendrán como responsabilidades:

- \* La atención institucional.
- \* El conocimiento y la programación con las familias que les sean asignadas.
- \* En conjunto con otros equipos similares de la misma unidad, organizar los programas para grupos, por factores de riesgo.
- \* Organizar los programas para las instituciones de su área (guarderías, escuelas, sitios de trabajo y ancianatos).
- \* Realizar una gran vinculación funcional entre los subniveles de apoyo y básico.

Los profesionales de la salud que ejercen privadamente podrán trabajar como adscritos al sistema siempre y cuando cumplan con las normas establecidas por este.

Finalmente queremos agregar que nosotros consideramos que el Modelo de Atención Primaria es un modelo muy bueno para Colombia, debido a que es integral en la prestación de los servicios, tanto individuales como colectivos y, por lo tanto, contempla la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud con gran coordinación intersectorial; se basa en la calidad, contempla todo el proceso de atención e integra a la persona, su familia, la comunidad y sus grupos en un proceso continuo de acuerdo con las necesidades de sus usuarios.





## TENDENCIAS DE INVESTIGACIÓN EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD SOBRE LA SALUD MENTAL Y SU ORIENTACIÓN COMUNITARIA

José Camargo

John Pedraza, Amanda Ortiz, Luciana Restrepo, Carlos Cortés<sup>§§§</sup>

### RESUMEN

Se revisaron las tendencias internacionales de investigación en ciencias de la salud sobre la salud mental y su enfoque comunitario en la última década a través de bases de datos disponibles, para posteriormente agrupar los resultados en categorías que emergieron de la revisión. Se encontró que existe un gran interés por este campo de investigación, pero las investigaciones siguen estando mayoritariamente direccionadas a la relación existente entre salud y enfermedad siendo pocos los proyectos que centran su atención en los aspectos positivos y comunitarios de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de fortalecer las investigaciones en aspectos relacionados con la salud mental en comunidad y los efectos positivos de la salud y su influencia en la calidad de vida.

**Palabras Claves:** Salud mental, salud mental comunitaria, tendencias, investigación.

### INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo revisar y analizar las tendencias de investigación en ciencias de la salud a nivel internacional sobre la salud mental y su orientación hacia la comunidad en la última década, para lo cual se realizó la revisión de la literatura científica en bases de datos, teniendo como criterio de inclusión en la búsqueda las palabras claves *salud mental, salud mental comunitaria, tendencias e investigación*. El resultado de la búsqueda se agrupó en categorías emergentes en la revisión para posteriormente realizar el análisis.

La investigación en salud es un tema prioritario en el Informe de Salud Mental de 2013 de la Organización Mundial de la Salud OMS (1), donde afirma que el tema debe estar presente en los ámbitos nacional e internacional y exige, por parte de todos los países, mayor atención para poder identificar las diferentes problemáticas susceptibles de ser investigadas y poder desde el ámbito científico generar estrategias que permitan mejorar la cobertura sanitaria a nivel mundial y, por ende, la salud de la población.

Entre los temas prioritarios en salud podemos encontrar el de la salud mental, definido por la OMS como un "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (2) y considerado central en las políticas de salud pública en la actualidad.

Llama la atención que Salaverry (3) muestra cómo el interés y la evolución del concepto y las estrategias de intervención sobre la salud mental no son recientes y que su origen puede rastrearse en dos corrientes diferentes; por un lado, las interpretaciones sobrenaturales de la enfermedad mental presentes ya en las culturas antiguas que atribuían la enfermedad mental a dioses o demonios y, por otro lado, la Medicina occidental naciente en la antigua Grecia en el siglo V a. C. en donde es concebida de forma naturalista y explicada desde las teorías del humor y, su evolución posterior hasta la

§§§ Estudiantes de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad El Bosque - japedrazap@gmail.com



actualidad en las diferentes concepciones teóricas fruto de la investigación científica. Esta doble línea de interés por el tema llevó a que por mucho tiempo la salud mental estuviese fluctuando en la sociedad entre lo público y lo privado, lo que retrasó su incorporación como problema de salud pública.

Según Restrepo (4) la incorporación de la salud mental en la salud pública es un tema prioritario a nivel profesional, académico y político, confirmado por los diferentes estudios epidemiológicos que muestran las contribuciones realizadas por los trastornos mentales a la carga de enfermedades a nivel mundial. Sin embargo, presenta algunas dificultades de orden epistemológico y conceptual que no son fáciles de resolver y condicionan la forma de investigar e intervenir en el ámbito de la salud.

En los últimos años, (Sineke) Ten Horn (5) las investigaciones en salud mental han venido cambiando, pasando de un enfoque hospitalario a uno comunitario, lo cual ha derivado en un cambio en las tendencias de investigación en este campo, prestando mayor atención a la prevención, la cronicidad de las enfermedades, la colaboración en salud mental, la atención primaria y el entorno del sujeto de estudio como factor importante en la salud.

En América Latina este cambio de enfoque, según Caldas de Almeida (6), recibió un fuerte impulso tras la Declaración de Caracas en 1990, en la cual se aboga por una mayor atención a la salud mental de los pueblos y por la superación del modelo de atención hospitalario y el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en la comunidad, sin embargo, existen dificultades actuales en el cumplimiento de estas metas.

Teniendo en cuenta estos cambios a nivel mundial en el interés y las tendencias de investigación en la salud mental en los últimos años, a continuación se mencionarán algunas de las publicaciones científicas realizadas en la última década a nivel mundial, para que sirvan como marco de referencia a la hora de determinar posibles áreas de investigación. Son presentadas por categorías temáticas construidas teniendo como referente los temas comunes en los diferentes artículos de investigación revisados, que no pretendieron ser una búsqueda exhaustiva por estar limitada por las bases de datos consultadas.

### Salud mental y enfermedad

Desde hace años se viene argumentando la importancia de la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud, según lo evidencian algunos autores como Jané (7), quien afirma que las intervenciones en prevención y promoción son eficaces y se puede evidenciar sus alcances a nivel de la salud en la población, basando sus afirmaciones en la eficacia demostrada de diversos programas analizados aplicando técnicas de meta-análisis y recomendando seguir mejorando la eficacia y efectividad de dichas intervenciones, haciendo énfasis en el papel tan importante que cumplen los investigadores para la consecución de dichos logros. De ahí la importancia de la investigación en este campo tan fructífero en la actualidad.

Obiols (8) detectó en un estudio que las problemáticas en el ámbito de la salud mental de mujeres madres con VIH/Sida debido a la falta de atención apropiada en los servicios públicos de salud, afecta directamente sus relaciones interpersonales con quienes establecen vínculos afectivos, entre ellos sus hijos, su pareja y sus familiares, presentando además malestar subjetivo y dificultades en la continuación de los tratamientos médico farmacológicos.

Por su parte, Bello *et al* (9) han estudiado la prevalencia de la depresión en población adulta en México, encontrando que la población de mujeres es la que más presenta depresión en comparación con los hombres y la prevalencia incrementa con la edad pero disminuye cuando existe mayor grado de escolaridad. En relación con los hombres es de destacar que existe la presencia de mayor depresión en aquellos que viven en zonas rurales.

Conscientes de los problemas de salud asociados al ejercicio profesional en el área de la salud-enfermedad, Utrera *et al* (10) se interesaron en la relación del terapeuta con el paciente y realizaron



una investigación cuasiexperimental con la finalidad de validar un programa formativo en inteligencia emocional dirigido a las enfermeras que trabajan con pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad (TLP) donde se analizaban los efectos del programa, y así mejorar la relación entre el profesional de la salud y dicha población de pacientes.

Desde otra perspectiva, Itzhak *et al* (11) realizaron una investigación sobre diferentes estudios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004, sobre estadísticas epidemiológicas, encontrando que trastornos como la esquizofrenia tenían una prevalencia de 1 %, la depresión mayor 4,9 % y el abuso o la dependencia del alcohol 5,7 %, estableciendo que un gran número de estas personas no recibieron ningún tipo de tratamiento psiquiátrico.

Olfson *et al* (12), evaluando las tendencias a nivel longitudinal en la población de niños, adolescentes y adultos sobre la salud mental, encontraron que en la última década han venido aumentando los diagnósticos de trastornos mentales y la demanda de atención domiciliaria principalmente en los jóvenes.

Sobre la psicosis Kelleher *et al* (13) analizaron las experiencias psicóticas de jóvenes relacionadas con una amplia gama de trastornos psicóticos. Encontraron que aquellos con mayores tasas de experiencias psicóticas reportaban un funcionamiento más pobre a nivel social y mayor riesgo de conductas suicidas.

En otro estudio, Zashikhina (14) al evaluar la calidad de vida de adolescentes con enfermedades físicas crónicas como diabetes, asma y epilepsia en Rusia, encontraron evidencia de que su calidad de vida y su salud mental se ve afectada por la gravedad de la enfermedad que cursan.

Por otro lado, en un estudio que vinculó a población de dos países Stickley *et al* (15) estudiaron la variable *soledad* y su relación con la salud mental de adolescentes de Rusia y Estados Unidos, encontrando asociación entre la soledad y el aumento de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de ambos países, en tanto que no se halló relación con el comportamiento violento; por otro lado, solo se estableció relación entre soledad y salud mental con riesgo de embarazo en la población Rusa.

Hervás *et al* (16) evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, determinando que esta población presenta puntuaciones inferiores que la población en general a nivel de salud física, dolor crónico, funciones sociales y rol emocional, lo cual deja en evidencia su percepción de baja calidad de vida.

Finalmente, Caqueo *et al* (17) describieron la relación existente entre calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana, encontrando que, por lo menos esta comunidad a diferencia de otras analizadas en estudios anteriores, presenta un nivel adecuado de calidad de vida relacionada con una fuerte percepción de funcionalidad familiar. Sin embargo, dicha funcionalidad percibida es diferente entre el paciente y su cuidador.

### Salud mental y educación

En el campo de la educación, si bien no se encontraron muchas investigaciones, también se han venido realizando estudios sobre la salud mental en los diferentes niveles educativos, encontrándose estudios como los de Estévez *et al* (18) que muestran cómo el contexto escolar de los adolescentes está relacionado con su salud mental y confirman los resultados de otras investigaciones al evidenciar la relación existente entre los contextos familiares y escolares en el ajuste psicológico de los jóvenes, lo que los lleva a concluir que los problemas de comunicación en la familia pueden traer consigo dificultades en el ajuste escolar de los adolescentes lo que les acarrearán problemas de salud mental.

Micin (19) evaluando la incidencia de psicopatologías y antecedentes de conducta suicida en universitarios, encontró que diferentes trastornos como la depresión, desordenes de personalidad, trastornos adaptativos y del estado de ánimo se encuentran presentes de forma significativa en esta



población de estudiantes lo que encuentra un alto grado de concordancia con otros estudios realizados a nivel internacional.

Por otro lado, Feldman *et al* (20) han estado investigando la relación existente entre las variables *estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico*, en estudiantes universitarios en Venezuela, encontrando que las condiciones positivas de salud mental están relacionadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. El rendimiento académico disminuye cuando el estrés académico es mayor que el apoyo social.

### **Salud mental y género**

A continuación se presentan algunas de las investigaciones que se han realizado recientemente y que tienen como uno de sus objetivos principales realizar sus análisis en relación al género y las diferentes problemática de salud mental en diferentes contextos.

Montero *et al* (21) muestran la importancia de la investigación relacionada con género y salud mental y sus implicaciones e importancia a nivel profesional y en la prestación de los servicios en salud. Enfatizan en la necesidad del trabajo interdisciplinario que tenga en cuenta los elementos biológicos, ambientales y psicosociales implícitos en el bienestar de las personas.

Larrañaga *et al* (22) compararon la salud física-mental y la calidad de vida en población de cuidadores y no cuidadores haciendo énfasis en sus diferencias de género. En los resultados se puede evidenciar que tuvieron más bajas puntuaciones en calidad de vida y salud física y mental las mujeres cuidadoras que las no cuidadoras. Por otro lado, las cuidadoras presentan más riesgo que los cuidadores de sufrir por sedentarismo, falta de sueño y peor salud mental. Como conclusión de su estudio se puede evidenciar que el cuidador tiene más riesgo a nivel de salud que los no cuidadores, pero son las mujeres cuidadoras las más afectadas.

En relación a los predictores de salud, Sánchez *et al* (23) abordaron las variables *ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida*, enfatizando en las diferencias de género entre hombres y mujeres, encontrando que las mujeres presentan más problemas de salud que los hombres; sin embargo, cuando se observan estas diferencias en relación a las condiciones laborales llegan incluso a desaparecer.

### **Salud mental comunitaria**

Respecto a temas de investigación centrados en lo comunitario, son escasas las publicaciones que se pueden encontrar que aborden el tema comunidad-salud de forma específica, ya que aunque existen investigaciones que abordan los temas de salud mental en población perteneciente a la comunidad, solo una analiza, de alguna manera, las comunidades en torno a la salud mental.

En esta investigación, Bang (24), desde una perspectiva comunitaria, analizó los efectos que tiene la articulación de las estrategias de promoción de la salud mental comunitaria con las diferentes prácticas comunitarias de participación como el arte, la creatividad y el juego en espacio público, evidenciando la dificultad existente en las comunidades para considerar a la población como actores potenciales de participación y gestores de canales efectivos para la participación comunitaria.

### **Salud mental en contexto laboral y económico**

Al indagar sobre las relaciones entre salud mental y el trabajo y su subsiguiente vínculo con la capacidad económica de las personas, se encuentran diversos estudios publicados que abordan estas temáticas. Uno de ellos es el de Vuori *et al* (25), quienes han trabajado a nivel de psicología organizacional investigando experimentalmente los efectos de un programa para la creación de recursos que mejoren la salud mental, el desempeño de las actividades laborales y aseguren la permanencia de los empleados en la empresa. Este programa mostró efectos positivos en la salud



mental de los trabajadores, especialmente aquellos que presentaban sintomatología de depresión o agotamiento laboral y disminuyó las intenciones de retirarse de la institución donde laboran.

Bones *et al* (26) investigaron la prevalencia de problemas de salud mental en las personas y su relación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud en España. Encontraron que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6 %) y las variables más relacionadas con problemas de salud son la separación o divorcio, ser emigrante, presentar más dificultades socioeconómicas que el promedio, tener enfermedades crónicas, estar desempleado, entre otras.

Por otro lado Trucco (27) muestra cómo los problemas de salud mental son comunes en la población y su estrecha relación con el estrés, causando frecuentemente incapacidades, ausentismo laboral y reducción en los niveles de productividad de los empleados en la empresa. Termina mostrando cómo el trabajo es una fuente de promoción de la salud, pero, de igual forma, puede convertirse en un factor de riesgo.

Desde una perspectiva más conceptual, Durmêt *et al* (28) muestran los principales enfoques teóricos que pretenden explicar la interrelación de la salud mental con el trabajo, entre los que encontramos aquellos modelos con enfoque del desgaste que pretenden encontrar la relación existente entre los componentes biopsicosociales y el desgaste propio de las actividades laborales con las consecuencias para la salud; el de las condiciones generales de vida y trabajo, que aborda los elementos propios de las condiciones de vida y laborales con la salud mental; el del stress como factor que influye en la calidad de vida y la salud; el de la ergonomía que se enfoca en los elementos psicosociales como eje de análisis de la salud-enfermedad y, el de la psicopatología del trabajo, relacionado con los componentes psicopatológicos derivados del contexto laboral de las personas.

### **Salud mental y bienestar**

Una categoría, de gran importancia pero poco explorada, es la estrecha relación existente entre salud mental y bienestar percibido; al respecto se observó que la mayoría de investigaciones consultadas suelen centrarse en los aspectos negativos y patológicos de la salud y que son pocos los que abogan por los componentes positivos de la misma. No obstante, Oramas *et al* (29) dejan en evidencia que no todas las investigaciones en salud están enfocadas en determinar los aspectos negativos de la salud mental y evidencian desde una perspectiva positiva en la psicología cómo el bienestar psicológico es una variable mediadora entre la persona y su entorno, actuando como un elemento protector e indicador de una buena salud mental.

Desde esta perspectiva Marrero (30) evaluó en adultos diferentes componentes del bienestar, la satisfacción vital, las emociones positivas y negativas, el ajuste psicológico y el optimismo. Encontraron resultados que muestran que la variable sociodemográfica y la salud no presentan relación con el nivel de optimismo de las personas. Las personas optimistas están más ajustadas psicológicamente y, por otro lado, las personas que perciben mayor apoyo por parte de los demás se sienten más satisfechas con su vida y sus parejas.

Whetsell y *et al* (31) estudiaron los niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionándolos con la salud en el adulto mayor y encontraron que a mayor bienestar espiritual existe una mejor salud. En este estudio las mujeres mostraron un mayor nivel de bienestar espiritual que los hombres.

### **Algunas reflexiones en torno a la salud mental**

Múltiples investigadores han estado reflexionando en la última década sobre la salud mental y su orientación hacia lo comunitario desde muy diversas perspectivas y disciplinas, lo que ha dejado un terreno fértil de oportunidades para las nuevas tendencias de investigación y políticas públicas de regulación y mejoramiento del acceso a la salud dejando en evidencia las limitaciones y vacíos que en este campo de acción existen. Se presentan a continuación algunos de los aportes que estos



profesionales en torno a la discusión de la salud mental han plasmado y a los cuales se pudo acceder en las bases de datos consultadas.

Marrero (32) muestra cómo en la isla de Tenerife, a pesar de que la atención en salud mental está enfocada en lo comunitario, no se cuenta en la actualidad con sistemas de atención comunitaria apropiados ni con los recursos, servicios y programas para poder cubrir las necesidades en torno a la salud mental.

En este mismo contexto Díaz (33) pone en evidencia cómo la labor de las enfermeras que se encuentran trabajando en las unidades de salud mental comunitaria en Tenerife se ve diezmada cuando no se cuentan con los recursos económicos y de personal apropiados para ejecutar las actividades de atención en salud frente a la alta demanda de consultas que todos los días debe ser atendida.

Frente a las políticas públicas, Desviat (34) enfatiza en la necesidad de preguntarse sobre dichas políticas públicas y sus tendencias a futuro y la demanda de las personas sobre salud mental, antes de pensar en las perspectivas a futuro en psicología y psiquiatría en este campo.

Minoletti (35), luego de realizar un recorrido por la implementación del Plan Nacional de Salud Mental de Chile en un período de 10 años, llega a la conclusión de que los programas e intervenciones llevados a cabo han permitido reducir los problemas de salud mental en la población y aumentado el grado de satisfacción y calidad de vida de las personas.

Un aporte importante al debate es el propuesto por Moral (36) desde la psicología social de la salud a la visión dominante de salud-enfermedad, en la cual se termina solo medicando, lo cual trae más problemas que soluciones a la salud y calidad de vida de las personas. Adicionalmente esto conlleva a la separación del síntoma de su estado psicológico y contexto biográfico y personal del paciente lo que terminaría en una falsificación del problema reduciéndolo todo a una simple sintomatología carente de cualquier sentido personal.

Para terminar, Mebarak *et al* (37) después de analizar el estado del arte en psicología sobre cómo se entiende el concepto de salud mental, principalmente desde la psicología de la salud, han concluido que dicho concepto implica el desarrollo de estilos de vida y diferentes características personales, interpersonales, sociales y laborales que se enfoquen hacia una visión integradora del bienestar biopsicosocial.

## CONCLUSIONES

Del presente trabajo de revisión de artículos publicados en diferentes bases de datos se puede llegar a las siguientes conclusiones:

Existe un número cada vez mayor de investigaciones que en la actualidad abordan el tema de la salud mental y sus efectos en la población en general; sin embargo, gran parte de estas investigaciones están centradas en problemáticas relacionadas con patologías y enfermedades.

Existen muy pocas investigaciones enfocadas a valorar los aspectos comunitarios de la salud mental, como también escasean aquellas que pretenden valorar los aspectos positivos desencadenados por el bienestar y otras variables en la salud mental.

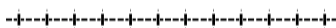
Se evidencia que existe un gran campo de investigación no explorado en torno a lo comunitario y positivo de la salud que puede ser generador de futuras líneas investigativas que promuevan la salud mental comunitaria.

## REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. [Internet]. Luxembourg; OMS. 2013; Disponible desde: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
- (2) Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. OMS; 2013 Dic. Disponible desde [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)



- (3) Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. 2012; 9(1): 143-148.
- (4) Restrepo D, Jaramillo J. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. 2012; 30 (2): 202-211.
- (5) (Sineke) Ten Horn G, Nuevas tendencias en la investigación en salud mental. 2004; 90: 167-176.
- (6) Caldas de Almeida J. Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. 2007; 71(2): 111-116.
- (7) Jané E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. 2004; (89): 67-77.
- (8) Obiols M, Stolkiner A. Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/Sida. 2012 Nov; XXIII (45): 61-80.
- (9) Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. 2005; 47(1): 4-11.
- (10) Utrera E, Pérez L, Lopera M, Rosado M. Efectividad de una intervención sobre inteligencia emocional en enfermeras especialistas en salud mental. 2014; 11(71): 1-15.
- (11) Itzhak R, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. 2005; 18(4/5): 229-240.
- (12) Olfson M, Blanco C, Wang S, Laje G, Correll C. National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. 2014; 71(1): 81-90.
- (13) Kelleher I, Devlin N, Wigman J, Kehoe A, Murtagh A, Fitzpatrick C, Cannon M. Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. 2014; 44: 1615-1624.
- (14) Zashikhina A, Hagglof B. Health-related quality of life in adolescents with chronic physical illness in northern Russia: a cross-sectional study. 2014; 12: 1-8.
- (15) Stickley A, Koyanagi A, Kuposov R, Schwab-Stone M, Ruchkin V. Loneliness and health risk behaviours among Russian and U.S. adolescents: a cross-sectional study. 2014; 14: 1-12.
- (16) Hervás A, zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O, Díez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2007; 30 (1): 45-52.
- (17) Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. 2008; 20(4): 577-582.
- (18) Estévez E, Musitu G, Herrero J. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. 2005; 28(4): 81-89.
- (19) Micin S, Bagladi V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. 2011; 29(1): 53-64.
- (20) Feldman L, Goncalves L, Puignau G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. 2008; 7(3): 739-751.
- (21) Montero I, Aparicio D, Gómez M, Moreno B, Reneses B, Usall J, Vázquez J. Género y salud mental en un mundo cambiante. 2004; 18(1): 175-181.
- (22) Larrañaga I, Martín U, Bacigalipe A, Begiristáin J, Valderrama M, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. 2008; 22 (5): 443-450.
- (23) Sánchez M, Aparicio M, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. 2006; 18(3): 584-590.
- (24) Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. 2013; XXIV(46): 123-143.
- (25) Vuori J, Toppinen S, Mutanen P. Effects of resource-building group intervention on career management and mental health in work organizations: Randomized controlled field trial. 2012; 97(2): 273-286.
- (26) Bones K, Pérez K, Rodríguez M, Borrell C, Obiols J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. 2010; 22(3): 389-395.
- (27) Trucco M. El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo; Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. 2004; 6(14): 185-188.
- (28) Dumêt J, Melo C, Gusmão M, Fernandes J, Guimarães A. Salud mental y trabajo: significados y límites de modelos teóricos. 2006; 14(5).
- (29) Oramas A, Santana S, Vergara A. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. 2006; 7(1-2): 34-39.
- (30) Marrero R, Carballeira M. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. 2010; 33: 39-46.
- (31) Whetsell M, Frederickson K, Aguilera P, Maya J. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. 2005; 5(1): 72-85.
- (32) Marrero D. Realidad de la salud mental en el área norte de Tenerife. 2009; 3(3): 25-34.
- (33) Díaz D, González N. La enfermería comunitaria desde la unidad de salud mental comunitaria LA VERAICOD. 2009; 3(3): 51-56.
- (34) Desviat M. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. 2009; 14: 91-98.
- (35) Minoletti A, Zaccarias A. Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. 2005; 18(4-5): 346-358.
- (36) Moral M. Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. 2008; 94: 85-104.
- (37) Mebarak M, De Castro A, Salamanca M, Quintero M. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. 2009; 23: 83-112.





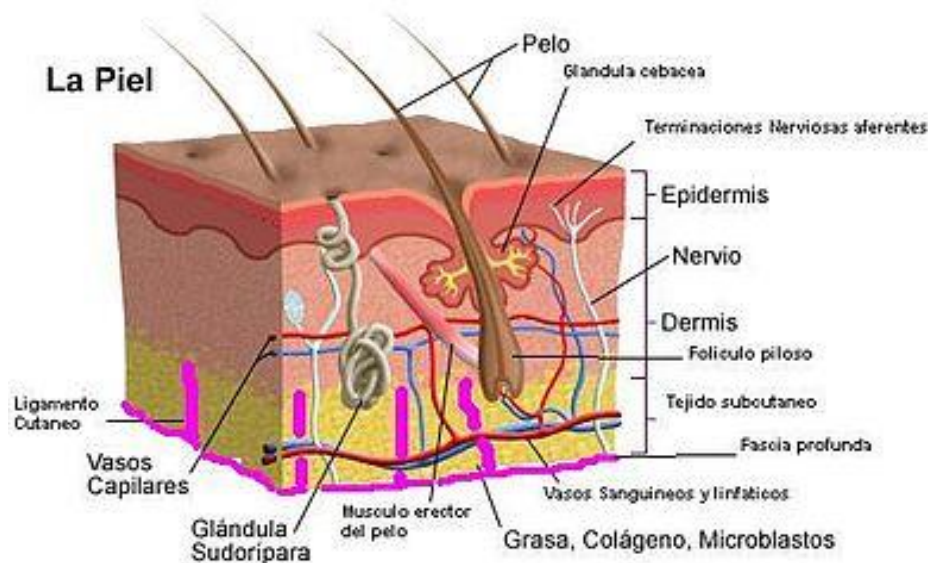


## La lección de medicina...

# CÁNCER DE PIEL: UNA REALIDAD COTIDIANAMENTE IGNORADA

María Lucía Iregui Piñeros\*\*\*\*  
Jaime Ronderos Osorio††††

## INTRODUCCIÓN



<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/f/f7/Piel46.JPG/400px-Piel46.JPG>

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano. Ocupa aproximadamente 2 m<sup>2</sup> y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) y los 4 mm (en el talón). Su peso aproximado es de 5 kg. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno.

Dado el tamaño y características de este órgano, podemos afirmar que el cáncer de piel es la patología tumoral maligna más común, especialmente en sujetos de raza blanca como lo veremos más adelante (1, 2).

\*\*\*\* Especialista en Medicina Familiar, Profesor Titular FUJNC - maria.iregui@juanncorpas.edu.co

†††† Especialista en Medicina Familiar, Profesor Agregado FUJNC - jaime.ronderoso@juanncorpas.edu.co



## Nuestro contexto



En Colombia las tasas de esta enfermedad se han duplicado entre los años 2003 y 2007 (3, 4). La tasa estimada de cáncer de piel en Colombia pasó de 23 casos/100.000 habitantes en 2003 a 41 casos/100.000 habitantes en 2007. La razón varones: mujeres fue de 2:1. La tasa por franjas de edad se duplicó por encima de los 60 años. Los departamentos con la incidencia más alta fueron Bogotá D.C., Antioquia, Cundinamarca y Boyacá. La incidencia esperada de cáncer de piel en Colombia para el año 2020 es de aproximadamente 102 casos/100 000 habitantes. Pese a estos hechos, no existe en el país una política de salud pública que busque prevenir, controlar y reducir esta problemática, claramente relacionada con una tremenda falta de conocimiento y preparación por parte del personal de salud y en particular de los médicos que laboran en la atención primaria. De otra parte, son evidentes las grandes barreras de acceso al servicio de dermatología que enfrentan especialmente las personas en condiciones desfavorables, quienes paradójicamente presentan los casos más complejos (5, 6, 7, 8).

## Lo que podemos hacer



Armados de la evidencia de los hechos acabados de mencionar, organizamos en el Centro Corpas Villa de Leyva una campaña para la prevención y la detección precoz del cáncer de piel en coordinación con la Clínica del Country y dermatólogos oncólogos del Instituto Nacional de Cancerología, voluntarios y amantes de nuestro municipio. Contamos además con la colaboración del Hospital de Villa de Leyva en cuyos predios se realizaron los procedimientos especializados necesarios (biopsias) a los pacientes que los requirieron.



### Lo que ayudamos a organizar



Durante los días 10, 11, 12, 15 y 16 de febrero de este año, la doctora Iregui y yo, evaluamos a 230 pacientes de la población del Alto Ricaurte, quienes respondieron a una convocatoria amplia (afiches y perifoneo) realizada tanto a nivel urbano como rural por cuenta de la Alcaldía Municipal.

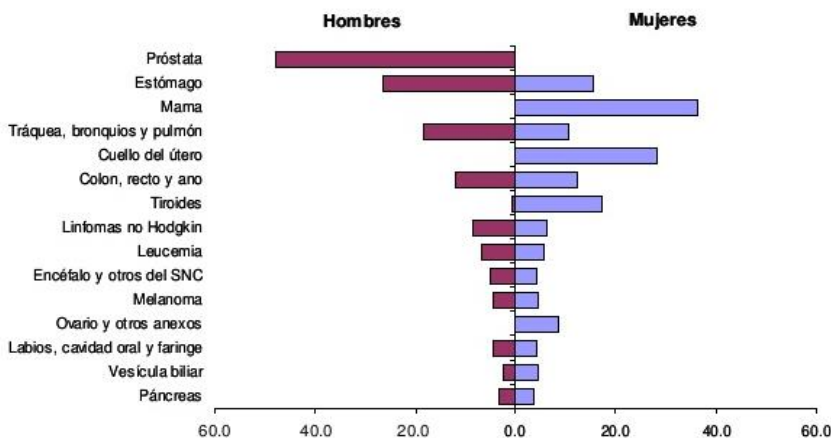
De estas 230 personas, seleccionamos 151 para valoración por los especialistas, de los cuales asistieron a esta evaluación, 126. El día de la valoración (sábado 20 de febrero) llegaron 25 pacientes nuevos (que no habían sido preseleccionados por nosotros) completándose un total de 151 valoraciones por dermatología.

### La población

El promedio de edad de los asistentes fue de 55 años, oscilando entre los 17 y los 95 años. 72 % (108) mujeres y 28 % hombres (43). Se realizaron biopsias a 31 pacientes (al 21 % de los participantes). Se detectó cáncer de piel en ocho pacientes (5 %) de los cuales cuatro, fueron basocelulares (50 %), 3 escamocelulares (38 %) y 1 melanoma (12 %). Al momento de la redacción de esta nota, se están realizando las gestiones para que, a través de las EPS de cada paciente, se les realice el tratamiento apropiado. En caso de presentarse demoras en las intervenciones, nos dirigiremos al Instituto Nacional de Cancerología para el apoyo necesario.

### La revisión

Incidencia de cáncer en Colombia 2002-2006  
TAE por 100.000 – Todas las edades



Pardo C et al. Incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. 2010  
<http://image.slidesharecdn.com/s1carolinawiesner-141025055255-conversion-gate01/95/situacion-cancer-en-el-mundo-25-638.jpg?cb=1414216483>



Según las estadísticas más recientes que encontramos, entre 2007 y 2011, el grupo de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Cancerología, muestra que la incidencia del cáncer de piel tipo melanoma en Colombia tiene una tasa estandarizada por edad (TAE) anual de 3,0 por 100.000 hombres y de 2,7 por 100.000 mujeres (7). Para las otras formas de cáncer de piel, las TAE son de 6,3 por 100.000 hombres y 3,8 por 100.000 mujeres (8), aunque vale la pena destacar que estas estimaciones para cáncer de piel no melanoma probablemente son subestimaciones.

### Prevalencias

La mayor proporción de casos de cáncer de piel diagnosticados en el Instituto Nacional de Cancerología en el 2011 correspondió a:



[https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcS\\_NZKCmoUMT95ysU6xibCUD4aA8eNM6EZu1zvpr3p1zi6qogG9](https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcS_NZKCmoUMT95ysU6xibCUD4aA8eNM6EZu1zvpr3p1zi6qogG9)

- Carcinoma basocelular (56,9 %).
- Carcinoma de células escamosas (15,8 %).
- Melanoma maligno (11,7 %).

Los más afectados por el cáncer de células escamosas fueron los hombres (90 casos), mientras que las mujeres son las más afectadas por el carcinoma basocelular (365 casos) y por el melanoma maligno (87 casos). La mortalidad ocasionada por el melanoma maligno en el 2011, fue de 18 pacientes, con edades entre los 15 y más de 65 años. El grupo etáreo más afectado por esta forma de cáncer de piel, fue el de los 55 a los 64 años (6).

Según las estimaciones de GLOBOCAN (organismo de la OMS: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012: [globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx)) para el año 2012, el cáncer de piel tipo melanoma en todo el mundo tuvo una tasa de incidencia estandarizada por edad de 3,0 x 100.000 personas de ambos sexos y una tasa estandarizada de mortalidad por esta causa de 0,7 x 100.000 personas de ambos sexos (9). Aunque parecen bajas estas cifras, la preocupación crece por cuanto van en aumento tanto la incidencia como la mortalidad, en particular en poblaciones con pieles muy blancas.

El Programa Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) de Estados Unidos, informa que en el 2011, la incidencia de melanoma fue de 21,3 x 100.000 personas por año, mientras las muertes atribuidas a este cáncer fueron de 2,7 por 100.000 personas por año, ocupando así el quinto lugar entre todos los cánceres diagnosticados; las edades más afectadas son las del grupo de los 55 a los 74 años, con un 22 % de los nuevos casos diagnosticados; el género más afectado es el masculino con 27,7 casos por 100.000 hombres de todas las razas (10).



## FACTORES DE RIESGO GENERALES PARA EL CÁNCER DE PIEL

### Factores ambientales

El principal factor de riesgo para la mayoría de los cánceres de piel es la exposición a los rayos ultravioleta (UV), cuya principal fuente es el sol. La mayor parte de la exposición solar se da en la infancia y en la adolescencia, pero el cáncer se desarrolla en la edad adulta.



<http://mexico.cnn.com/media/2011/04/11/sol-piel-sunny-soleado-vacaciones.jpg>

El riesgo relacionado con la exposición al sol aumenta con la altura sobre el nivel del mar, pues por cada 1.000 metros hay un incremento del 5 % al 7 % de radiación ultravioleta; es decir que los países que están sobre el eje ecuatorial y con lugares en grandes alturas, tienen alta exposición a rayos UV durante todo el año. Colombia tiene una connotación especial respecto a los factores de riesgo, porque hay combinación de condiciones como la ubicación sobre la línea ecuatorial, la alta concentración poblacional en la Región Andina por encima de los 2.400 metros sobre el nivel del mar, la configuración racial propia del mestizaje y un contexto socioeconómico particular (11, 12, 13, 14, 15, 16).

En nuestros países, ubicados sobre el trópico, los rayos solares llegan de forma perpendicular a la tierra; además los municipios que están ubicados en lugares montañosos, reciben mayor intensidad solar que los municipios en lugares planos, esto porque la altura hace que haya más cercanía con el sol (20). Otro factor de riesgo ambiental a considerar es el uso de cámaras bronceadoras. De otra parte, las personas que desarrollan sus trabajos al aire libre como conductores, vendedores ambulantes, agricultores, ganaderos, deportistas y aquellas personas que se exponen al sol al bañarse en ríos o en el mar o en las piscinas (17), o que realizan caminatas prolongadas, tienen mayor probabilidad de sufrir de cáncer de piel si no toman las medidas de precaución (17).

### Factores constitucionales



[http://i.blogs.es/6379c2/melanoma1/650\\_1200.jpg](http://i.blogs.es/6379c2/melanoma1/650_1200.jpg)

El color de la piel es una característica muy importante, pues las personas con pieles muy blancas y las que se queman con facilidad al exponerse al sol, tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer de piel. De otra parte, si una persona ha sido diagnosticada con cáncer (tumor primario), ya que tiene por esta razón un mayor riesgo (8,5 %) de desarrollar segundos tumores, por ello, es importante realizar las acciones de detección temprana del cáncer como el autoexamen de la piel y acudir a la consulta con el médico (18, 19, 20). Tristemente, las gestiones de promoción y

prevención a este nivel en nuestra patria, son prácticamente inexistentes.



## PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

Basta con mirar los factores de riesgo arriba anotados para concluir que el cáncer de piel puede ser prevenido perfectamente mediante conductas de autocuidado a partir de la educación en todos los grupos etáreos, pero sobre todo en personas en riesgo, en los niños y los jóvenes, lo cual precisa asumir las medidas de protección que citamos a continuación, durante toda la vida (5, 21, 22).

### Uso de medidas de protección física para la población general

**¿Cómo y dónde fijarse?**

Tengo el hábito de revisar su piel **una vez al mes**. No todas las manchas sospechosas aparecen en zonas expuestas al sol o en zonas visibles.

Así que, revise todo el cuerpo, por detrás y por delante, preferiblemente enfrente de un espejo.

1. Fíjese en su cara, incluyendo la nariz, los labios, la boca y las orejas (también por detrás de las mismas).
2. Revise su cuero cabelludo utilizando un peine para separar el pelo en capas. **Hombres:** en caso de calvicie, examine todo el cuero cabelludo.
3. Revise sus manos, las palmas y el dorso y también entre los dedos.
4. Levante el brazo para examinar la parte interna del brazo y la axila.
5. A continuación, fíjese en el cuello, el pecho y la parte superior del cuerpo. **Mujeres:** revise la zona entre las mamas y por debajo de las mismas.
6. Utilice un pequeño espejo para examinar la nuca y la espalda.
7. Revise los glúteos y la parte de atrás de los pies. Termine examinando las plantas de los pies y los espacios entre todos los dedos.

**¿Cómo prevenir el cáncer de piel?**

Utilice el sentido común cuando se exponga al sol para minimizar el riesgo de cáncer de piel.

**Consejos:**

- **Extreme las medidas de protección para los niños.** Se recomienda el uso regular de un protector solar con un factor elevado (de al menos 30), camiseta y gorra
- **Busque la sombra y no se exponga al sol en las horas de más radiación del día** (entre las 12:00 y las 17:00 horas)
- **Proteja su piel y sus ojos.** Use gorra, camiseta, gafas
- **Deje que su piel se acostumbre al sol de forma gradual. ¡Evite las quemaduras solares!**
  - Si su piel se enrojece después de ponerse al sol, eso significa que se ha quemado
  - Cuando aparecen ampollas o dolor que dura más de 2 días, se considera una quemadura grave
- **Aplique el protector solar con un factor elevado (de al menos 30) cada 2 horas**
- **Evite el uso de cabinas de bronceado**

**¿Le preocupan las manchas?**

AEV  
FUNDACIÓN  
UNIVERSITARIA  
JUAN N. CORPAS  
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO

<http://image.slidesharecdn.com/folleto-130214093232-phpapp01/95/prevencin-del-cncer-de-piel-1-638.jpg?cb=1360834387>

1. **Promover medidas que eviten la exposición solar entre las 9 am y las 4 pm (máxima radiación de las 12 a las 5 pm):** la principal fuente de luz ultravioleta es el sol y se aconseja no exponerse a esta luz durante el período de tiempo mencionado, pues la radiación es más alta.
2. **Buscar la sombra al practicar actividades, trabajos o desplazamientos al aire libre y usar vestimenta apropiada:** al realizar actividades al aire libre hay que buscar la sombra y/o usar sombrilla, llevar sombrero de ala ancha (4 cm) que cubra las orejas, los ojos, la frente y el cuero cabelludo, especialmente si se es una persona con cabello de color natural rubio o rojizo, si tiene ojos azules o verdes y la piel con pecas. Se debe preferir la ropa que sea hecha con tela de fibras gruesas. El algodón es una buena tela para proteger la piel de los rayos del sol. Entre las prendas que se consideran apropiadas para el cuidado de la piel están las camisas y camisetas de manga larga, los pantalones y las faldas largas.



3. **No usar cámaras de bronceo:** Hay asociación entre el uso de cámaras bronceadoras y el riesgo de desarrollar cáncer de piel, porque la forma encerrada o de concha de estos aparatos, favorece la exposición del 100 % de la superficie del cuerpo, a una alta cantidad los rayos ultravioleta en un corto tiempo. Los expertos no aconsejan el uso de este tipo de elementos para broncearse, por el aumento del riesgo de carcinomas basocelular y escamocelular y queratosis actínica.

### Uso de medidas de protección tópica para la población general



1. Usar barreras químicas como el protector solar, sumado a otras medidas de protección física.
2. **Usar protector solar de amplio espectro (UVA- UVB) con factor de protección solar (SPF) mínimo de 30.** El uso del protector solar por sí mismo no ofrece total seguridad, es necesario acompañarlo de las medidas de protección física como el sombrero. No se debe usar el protector solar como un mecanismo para permanecer por más tiempo bajo el sol.

Para efectos prácticos, se recomienda cubrir la cara y el cuello midiendo el equivalente a una cuchara pequeña, de protector solar. En los climas cálidos o cuando se practica un deporte, el filtro debe ser "a prueba de agua" y no olvidar aplicarlo cada dos horas pues el sudor y el agua disminuyen los efectos de protección.

"La mayoría de los cánceres de la piel se forman en las partes del cuerpo expuestas al sol, o en las personas de edad avanzada o en personas con un sistema inmunitario debilitado" (5).

### Lo que no sirve

Las medidas citadas a continuación carecen de evidencia científica y al ser usadas pueden generar una falsa expectativa de protección contra el cáncer de piel, por tal razón, no se recomiendan:

1. No se recomienda el uso de betacaroteno en la prevención de los carcinomas basocelular y escamocelular y queratosis actínica.
2. No se recomienda el uso de polypodium leucotomos ni extracto de corteza de pino marítimo francés para la prevención de los carcinomas basocelular y escamocelular y queratosis actínica.



3. No se recomienda la prescripción de dietas específicas como el mayor consumo de vegetales o menor consumo de grasas, como estrategias preventivas de los carcinomas basocelular y escamocelular y queratosis actínica.
4. No se recomienda el uso de AINES para la prevención de los carcinomas basocelular y escamocelular y queratosis actínica.

### Uso de medidas de salud pública

Se recomienda hacer campañas educativas integrales con publicidad, talleres educativos, cartillas y educación dirigida a la población general, que proporcionen conocimientos y promuevan la modificación de conductas sobre los riesgos de la exposición a la radiación ultravioleta y la prevención de los carcinomas basocelular y escamocelular y queratosis actínica, con prioridad en la población en edad escolar.

## ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL



<http://www.farmacuticosonlinea.com/wp-content/uploads/2012/11/carter-de-prevenci%C3%B3n.jpg>

Tristemente existe en nuestro país una escasa formación de los médicos de Atención Primaria en esta disciplina, lo cual retrasa enormemente la intervención oportuna de los factores de riesgo y la detección precoz del cáncer de piel, realidad agravada de manera indiscutible por los problemas en la red de servicios y su funcionamiento.

Desde el Instituto Nacional de Cancerología, y específicamente el Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer con el Programa de Educación Continua para profesionales de la salud vinculados a la prevención y detección del cáncer, se han planteado estrategias para el fortalecimiento de las acciones preventivas para el cáncer de piel, dirigidas tanto a los profesionales como a la comunidad.

### Propuestas a desarrollar

1. Elaboración del manual para la detección temprana de cáncer de piel y recomendaciones para la disminución de exposición a radiación ultravioleta, dirigido a médicos generales.
2. Se proyecta el diseño y la realización de cursos de capacitación para los médicos generales, los cuales se enmarcan bajo un modelo pedagógico denominado *Aprendizaje Activo*.





3. El diseño de la metodología del programa piloto para la implementación de las recomendaciones para la prevención y detección temprana de las guías de práctica clínica.
4. Elaboración de una cartilla para pacientes, con medidas de protección frente a la exposición de luz ultravioleta en niños y adultos.

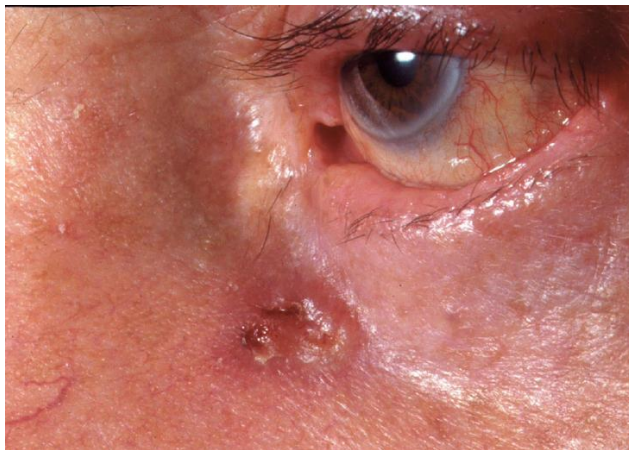
Al momento de la redacción de esta nota nos encontramos en contacto con el Instituto Nacional de Cancerología, buscando los mecanismos para nuestra participación activa frente a las acciones acabadas de mencionar, esperando desarrollar un programa piloto sobre este tema.

### TIPOS DE CÁNCER DE PIEL

Existen varios tipos de cáncer de piel y reciben el nombre de acuerdo con la célula en la que se originan; los más frecuentes en el contexto colombiano son los carcinomas basocelular, escamocelular, una forma de precáncer llamada queratosis actínica y el tipo más grave, que es el melanoma maligno. Sin embargo, aunque en menor proporción, también se presentan el carcinoma de células de Merkel, el sarcoma de Kaposi y el de glándulas sebáceas, entre otros.

Estas enfermedades neoplásicas tienen diagnóstico, tratamiento y pronóstico muy diferente. Lo único que tienen en común es la misma localización anatómica: la piel.

#### \* *Carcinoma basocelular o de células basales (CBC)*



<http://www.elsevier.es/imagenes/40/40v29n10/grande/40v29n10-13053027fig06.jpg>

El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente en humanos y su incidencia está en aumento. Es cinco veces más común que el carcinoma escamocelular, se caracteriza por un crecimiento lento y aunque rara vez produce metástasis, tiene capacidad destructora local, y compromete extensas áreas de tejido, cartílago e incluso hueso, si no se diagnostica y se trata en forma óptima.

#### Su responsable

El carcinógeno más importante que marca el desarrollo del carcinoma basocelular es la luz ultravioleta proveniente del sol. Es por ello que se localiza en las zonas que tienen mayor exposición a la luz solar como la cara, las orejas, los labios, el dorso de las manos y el cuello. La luz ultravioleta produce daño en el DNA de las células epidérmicas, particularmente en las dos primeras décadas de la vida, aunque la exposición acumulada durante el resto de la vida también aumenta la posibilidad de desarrollar



carcinoma basocelular. Los individuos con piel blanca, que se queman con facilidad al exponerse al sol y que no se broncean o lo hacen con dificultad, son los que tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma basocelular (CBC), aunque vale la pena anotar que la radiación UV no es el único mecanismo que explique el desarrollo del CBC, pues un 20 % de estos aparecen en zonas no expuestas al sol. Otros factores ambientales que intervienen en la patogenia incluyen la radiación ionizante, la exposición al arsénico, la mostaza nitrogenada, entre otros.

### Diagnóstico y evaluación del CBC

El diagnóstico del CBC es clínico y se confirma con el estudio histopatológico.



Por no existir una adecuada correlación entre los patrones clínicos e histopatológicos, la biopsia tiene una gran importancia. Se recomienda una biopsia de buena calidad que incluya dermis y tejido celular subcutáneo, pues permite definir el tipo histopatológico y las características microscópicas marcadoras de pronóstico como la dispersión del tumor, el frente de avance y la presencia o ausencia de invasión perineural.

En los tumores en que se sospeche invasión a estructuras profundas como el cartílago, el hueso o el globo ocular, se recomienda realizar una tomografía axial computarizada o una resonancia nuclear magnética que permita determinar la extensión del carcinoma, ya que el crecimiento sigue zonas de menor resistencia y se disemina siguiendo pericondrio, periostio, fascia, lo que explica la dificultad para tratar los CBC que recidivan situados en la nariz, la oreja, el párpado y el cuero cabelludo (23, 24).

El riesgo de metástasis a distancia es excepcional en el CBC, el cual se estima solo en 0.0028 % y 0,1 % de los casos y lo hace al ganglio linfático regional, seguido del hueso, el pulmón, el hígado; por tanto, no se recomienda estudios habituales de extensión (25, 26).

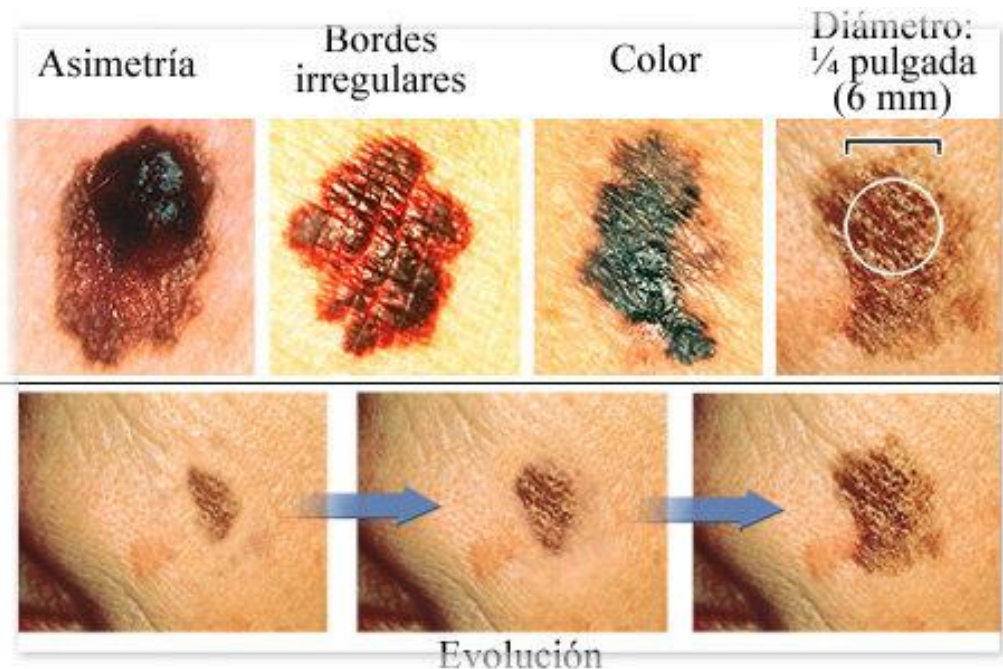
Los CBC primarios que con mayor frecuencia pueden hacer metástasis son los de la cabeza y el cuello (25, 27).

### Factores de riesgo del CBC y relación con el manejo

El tratamiento racional del CBC debe realizarse teniendo en cuenta el comportamiento biológico e incluye terapias relativamente sencillas pero efectivas a los carcinomas de bajo riesgo y tratamientos complejos a los de alto riesgo. Los factores de riesgo clínicos e histopatológicos son los pilares del conocimiento que permiten escoger la modalidad de tratamiento más efectiva para cada paciente.



### Factores de riesgo clínicos



<https://marketingcosmeticaperfumeria.files.wordpress.com/2013/02/abcdevolucion.jpg>

Los factores clínicos denotan mal pronóstico para el CBC. Los principales son:

- ✓ **CBC recidivante:** los tumores recidivantes, independiente del tratamiento anterior, han sido definidos de alto riesgo y tienen peor evolución que los primarios. Los CBC recidivantes pos-radioterapia son particularmente difíciles de tratar, inclusive con cirugía micrográfica de Mohs (23, 28).
- ✓ **Tiempo de evolución prolongado:** a mayor tiempo de evolución, mayor riesgo de extensión tumoral y de invasión profunda (29).
- ✓ **Definición de los bordes:** los bordes clínicos en los carcinomas basocelulares son un factor de riesgo extensamente documentado. Los bordes mal definidos se asocian a extensión subclínica importante. En ciertas situaciones es preciso realizar biopsias múltiples para tratar de determinar los límites del tumor; en estos casos es muy importante la interpretación de los resultados: si la biopsia es positiva para CBC, el resultado hay que tenerlo en cuenta, pero si, por el contrario, es negativa, no quiere decir que no hay tumor en el sitio donde se realizó la biopsia (23, 29). Con respecto al tipo clínico, los CBC nodulares y de bordes bien definidos son de buen pronóstico, los CBC superficiales pueden tener una extensión subclínica lateral importante, pero no en profundidad. Los de patrón clínico plano cicatricial, morfeiforme y ulcerados son de mal pronóstico, pues exhiben importante extensión subclínica, tanto lateral como en profundidad. Los CBC terebrantes son tumores especialmente agresivos, de crecimiento relativamente rápido, con invasión a planos profundos (23).
- ✓ **Localización anatómica:** la localización es un conocido factor de riesgo para recurrencia y metástasis de los cánceres de piel no melanoma. En general, los carcinomas basocelulares



desarrollados en la cabeza y el cuello tienen mayor probabilidad de recurrir que los localizados en el tronco y las extremidades (23, 24).

- ✓ Según la localización, se clasifican en CBC de bajo, mediano y alto riesgo. Los tumores de alto riesgo están localizados en la llamada zona H de la cara: región centrofacial, periorbitaria inferior, temporal, pre y retroauricular. Los tumores de mediano riesgo están localizados en la zona no H de la cara, la cabeza y el cuello. Finalmente, los de bajo riesgo se localizan en el resto del cuerpo (el tronco y las extremidades) (23, 24).
- ✓ **Tamaño del CBC:** el tamaño constituye también un factor de riesgo, en especial al tener en cuenta las recurrencias. Los CBC considerados de comportamiento biológico agresivo son los mayores o iguales a 6 mm en área de alto riesgo; los mayores o iguales a 10 mm, en área de mediano riesgo y los mayores o iguales a 20 mm, en área de bajo riesgo (23, 25). En lo que se refiere a la edad del paciente, el ser joven, no es considerado *per se* un factor de riesgo para carcinoma basocelular, ya que no hay estudios suficientes que soporten esta razón (23, 24). Sin embargo, los pacientes menores de 35-40 años generalmente tienen peor pronóstico debido a una mayor expectativa de vida y, por lo tanto, mayor posibilidad de recaída, además porque es frecuente el tratamiento conservador cosmético en estos pacientes (30).

### Factores de riesgo histopatológicos

- ✓ **Patrón histopatológico del tumor:** el CBC de tipo nodular es de buen pronóstico por ser el más circunscrito de todos los CBC. El CBC superficial no invade la profundidad pero puede tener una extensión subclínica lateral importante. Los CBC micronodulares, morfeiformes y trabeculares tienen un patrón de crecimiento infiltrante, extensión subclínica lateral y/o profunda importante y no son circunscritos; por este motivo son de mal pronóstico (23, 25, 26, 27).
- ✓ **Dispersión y frente de avance:** es importante establecer si la masa tumoral es compacta con bordes laterales y profundos bien definidos (tumor circunscrito, con frente de avance neto) que se asocia a un buen pronóstico, o por el contrario si los lóbulos, los lobulillos o las trabéculas están muy separados entre sí y sus límites laterales y profundos mal definidos (tumor difuso, con frente de avance mal definido) y, por lo tanto, de mal pronóstico (27, 28, 29).
- ✓ **Nivel de infiltración:** la profundidad de infiltración del tumor a la grasa, al periostio o al pericondrio es un factor de mal pronóstico (28).
- ✓ **Invasión perineural:** la invasión perineural, especialmente de grandes troncos nerviosos, le confiere al CBC una especial agresividad y recurrencia. La invasión perineural es un factor pronóstico tan importante que el patólogo o el dermatopatólogo deberían informar en todo reporte (27, 28, 29).

### Modalidades terapéuticas

El tratamiento se dirige a la eliminación del tumor con las menores secuelas funcionales y estéticas. En ciertos casos avanzados, el objetivo es únicamente paliativo. De manera esquemática, podemos dividir las diferentes modalidades terapéuticas en:

- ✓ **Métodos con control histológico de los márgenes tumorales** (cirugía micrográfica de Mohs, cirugía convencional).
- ✓ **Métodos sin control histológico de los márgenes:** criocirugía, radioterapia, doble electrocuretaje, terapia fotodinámica, inmunoterapia tópica, quimioterapia tópica.



## Seguimiento

El objetivo del seguimiento después del tratamiento es doble: detectar recidivas locales y detectar nuevos tumores de piel. Se recomienda un seguimiento continuo cada 6 a 12 meses en función del caso.

Las recidivas locales se presentan con mayor frecuencia en los primeros cuatro años. Sin embargo, se han reportado recidivas de CBC hasta en un 18 % después del quinto año de seguimiento. 36 % de los pacientes presentan un segundo CBC en los primeros cinco años. Posterior a presentar un cáncer de piel no melanoma (CBC o CEC: Ca Escamocelular) el riesgo de desarrollar nuevos tumores, está entre el 30 % y el 50 %. Los pacientes que desarrollan otro cáncer de piel no melanoma durante cinco años de seguimiento tienen un riesgo elevado para desarrollar melanoma (al menos en pacientes con fototipos I y II). En efecto, se ha calculado que el riesgo de presentar otro CBC es del 17 % durante el primer año, 35 % en los tres primeros años y 50 % en los cinco primeros años (31, 32, 33).

## Prevención e información a pacientes con CBC

La prevención primaria (antes de la aparición del CBC) reposa en la educación del paciente, el autoexamen y la protección del sol (23). El conocimiento de los factores etiológicos de la enfermedad es de vital importancia. Entre los factores externos, el más importante es la exposición solar, en especial en los primeros años de vida. También se ha implicado el uso excesivo de cámaras de bronceo, la PUVA terapia, la radioterapia y la exposición al arsénico. Entre los factores individuales podemos citar la piel clara (fototipo I y II), la tendencia a presentar pecas y ciertos síndromes genéticos raros (xeroderma pigmentoso, albinismo, síndrome de Gorlin, de Bazex y de Rombo). Las cicatrices de quemaduras y las úlceras crónicas pueden complicarse con la aparición de CBC aunque en estos casos son más frecuentes los carcinomas escamocelulares. Ciertos hamartomas pueden complicarse con la presencia de un CBC en su interior como el nevus sebáceo o el nevus basocelular lineal unilateral (34).

## Entonces...

De este conocimiento deriva la recomendación general de la prevención solar desde la infancia y evitar el uso de cámaras de bronceo, haciendo especial énfasis en los sujetos con mayor riesgo (piel clara y pecosos con tendencia a las quemaduras solares).

Las personas que padecen los síndromes genéticos anteriormente citados deben recibir atención dermatológica especializada. En el caso del nevus sebáceo, se discute actualmente la utilidad de su resección profiláctica (la mayoría de los tumores que se presentan son tricoblastomas y no CBC, como se pensaba anteriormente).

## Prevención secundaria

En cuanto a la prevención secundaria (detección temprana de CBC), se debe promover el autoexamen de la piel y la consulta rápida y oportuna al médico.



### \* **Carcinoma escamocelular (CEC)**



[http://dermatoweb2.udl.es/images/fotos/grans/carc\\_espinoelular09.jpg](http://dermatoweb2.udl.es/images/fotos/grans/carc_espinoelular09.jpg)

El carcinoma escamocelular cutáneo es una neoplasia maligna derivada de los queratinocitos suprabasales de la epidermis. Cuando se localiza únicamente en la epidermis o los anexos por encima de la membrana basal es denominado carcinoma escamocelular *in situ*. Cuando compromete la dermis y los tejidos subyacentes tenemos un carcinoma escamocelular invasor (35). A partir de esta invasión a la dermis, el tumor puede diseminarse a distancia y en este caso tenemos un carcinoma escamocelular metastásico. La gran mayoría de los casos son consecuencia de la radiación ultravioleta y, por lo tanto, se localizan en áreas de exposición solar crónica como cabeza y cuello y dorso de manos. Cuando se desarrollan sobre cicatrices antiguas (quemaduras o trauma) o sobre dermatosis crónicas de diversa naturaleza, estos carcinomas se conocen bajo el epónimo de úlceras de Marjolin (36). Si los tumores surgen en áreas cubiertas del sol y no están relacionados con ningún proceso cicatricial se denominan carcinomas escamocelulares de novo.

#### **Factores de Riesgo del Carcinoma Espino Celular (CEC)**

Los factores de riesgo para el desarrollo del CEC son multifactoriales e incluyen factores de riesgo ambiental y constitucional.

El **principal factor de riesgo ambiental** para el desarrollo de CEC es la exposición crónica y temprana a la radiación ultravioleta del sol (37). Varios estudios muestran una relación de la incidencia del cáncer de piel no melanoma con la latitud. Según Johnson et al., la incidencia del cáncer de piel no melanoma se duplica con cada 8 a 10 grados de disminución en la latitud geográfica, estimándose que las tasas más altas deberían presentarse a nivel ecuatorial (38). Otras fuentes han sido implicadas en la génesis del CEC como las cámaras de bronceo y los tratamientos médicos con PUVA (administración de psoraleno + ultravioleta UVA). Además de la intensidad y el tiempo de exposición a los RUV, rasgos constitucionales como el fenotipo y el grado de sensibilidad cutánea frente a la RUV (fototipo) son factores de riesgo para desarrollar la enfermedad (37, 38). Los individuos de piel clara, de ojos claros, de pelo rubio o pelirrojo y que poseen fototipo I y II (quemaduras solares frecuentes y poca capacidad de bronceo) son el grupo expuesto a mayor riesgo (39).

Otras radiaciones electromagnéticas como las radiaciones ionizantes se han implicado en la génesis de cáncer de piel no melanoma, principalmente carcinoma basocelular pero también CEC (38). Los casos se presentan usualmente 20 años después de la radiación, pero períodos de meses también han sido descritos (38).



### Entre otros, factores de riesgo ambientales

Se destacan en la génesis del CEC, la exposición ocupacional a hidrocarburos aromáticos policíclicos como el alquitrán y los aceites minerales (38). Hay que destacar, que la mejora en las medidas de protección a los obreros han contribuido a la disminución de la incidencia de este tipo de CEC. Otro carcinógeno químico importante en el desarrollo del CEC es el arsénico, que puede encontrarse en pesticidas, algunos preparados medicinales o en ciertas fuentes de agua. Estos pacientes desarrollan CEC o algunos otros tumores como los de pulmón o del tracto urogenital y digestivo.

El tabaco es también un factor de riesgo para el desarrollo del CEC. En efecto, los fumadores activos presentan un riesgo relativo de 2,3 en relación con los no fumadores (IC 95 %: 1,5-36) (37). Un estudio de casos y controles en población colombiana encontró que el riesgo de CEC en fumadores de más de 10 cigarrillos diarios era mayor al grupo de no fumadores (OR 2,96; IC 95 %: 1,3-6,5) (38).

En las últimas décadas el aumento de los pacientes inmunosuprimidos ha contribuido al aumento de la incidencia del CEC (37). En efecto, esta población presenta unas tasas muy altas de CEC con respecto a la población general. La inmunosupresión puede ser primaria (SIDA o leucemia linfóide crónica) o secundaria (trasplantados de órganos o medicación inmunosupresora para el tratamiento de diversas enfermedades) (37). En el caso de los trasplantados el riesgo aumenta con la intensidad y la duración de la inmunosupresión. Se ha notado un mayor riesgo en los trasplantados de corazón y un menor riesgo en los trasplantados de hígado. Los pacientes con mayor daño solar y con más queratosis actínicas son los que más presentan CEC (38).

Un grupo importante de CEC, especialmente en Colombia, se desarrolla sobre cicatrices antiguas por quemaduras o trauma y sobre dermatosis crónicas de diversa etiología. Entre las dermatosis inflamatorias se destacan las úlceras de miembros inferiores de origen vascular, el lupus cutáneo discoide, el liquen escleroso y atrófico, el liquen plano erosivo, hidradenitis supurativa y linfedemas (35, 37). Entre las infecciones crónicas deben mencionarse las osteomielitis, infecciones micóticas tropicales como la cromoblastomycosis, el lupus vulgar, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Finalmente, algunos síndromes hereditarios como el xeroderma pigmentoso, la epidermólisis ampollosa distrófica, la disqueratosis congénita, el albinismo y la epidermodisplasia verruciforme, entre otros, han sido asociados con una mayor incidencia de esta enfermedad.

### Características clínicas (signos y síntomas) del CEC



Los carcinomas escamocelulares pueden desarrollarse en la piel o en las mucosas (oral, genital y anal). Los carcinomas escamocelulares cutáneos pueden ser *in situ* como la enfermedad de Bowen o carcinomas escamocelulares invasores. Entre los carcinomas de las mucosas hay que destacar el carcinoma escamocelular del labio que por su etiología (exposición solar crónica) y comportamiento se asemeja más a los carcinomas cutáneos que a los carcinomas de las mucosas que son usualmente más agresivos (36). La localización anatómica juega un papel importante en el comportamiento tumoral y es la base de las clasificaciones clínicas.

[v://www.dermafoto.com/nfotos/squamous-cell-carcinoma/squamous\\_01\\_h.jpg](http://www.dermafoto.com/nfotos/squamous-cell-carcinoma/squamous_01_h.jpg)



**\* Enfermedad de Bowen**



<http://www.alimentatubienestar.es/wp-content/uploads/2015/03/Lesiones-precancerosas-de-la-piel-Enfermedad-de-Bowen.jpg>

Este carcinoma escamocelular *in situ* afecta a hombres y mujeres usualmente mayores de 60 años. Puede actuar sobre cualquier parte de la piel pero es más frecuente en las áreas expuestas al sol. Se presenta típicamente como una placa de bordes de nidos, escamosa, color piel o eritematosa de crecimiento lento y progresivo (38). Es usualmente asintomática y puede llegar a medir varios centímetros. Se han descrito variantes verrugosas, hiperqueratósicas y pigmentadas (38). Cuando se presenta en pliegues no muestra descamación y es fácil confundirla con enfermedades micóticas. También puede presentarse en la región ungueal y simular una verruga viral benigna o un absceso periungueal. En la uña se pueden manifestar cambios de coloración, onicolisis o pérdida de la misma (38).

**\* Carcinoma escamocelular de áreas expuestas al sol**



<https://lauzurica.files.wordpress.com/2015/04/carcinoma-epidermoide-el-cc3a1ncer-de-piel-que-avisa-de-su-malignidad-localizacic3b3n-en-cuero-cabelludo-dr-lauzurica-dermatc3b3logo-www-lauzurica-derma-com.jpg?w=500&h=210>

En la gran mayoría de los casos estos tumores surgen sobre queratosis actínicas en áreas de fotodaño crónico. Se manifiestan inicialmente como pápulas o placas queratósicas color piel o eritematosas. También pueden presentarse como úlceras o como cuernos cutáneos. Posteriormente se pueden desarrollar nódulos o tumores ulcerados que se infiltran y se adhieren a los planos profundos.





**\* Carcinoma escamocelular desarrollado sobre cicatrices (úlceras de Marjolin)**



[http://www.odermatol.com/wp-content/uploads/figure%201\(3\).jpg](http://www.odermatol.com/wp-content/uploads/figure%201(3).jpg)

Estos carcinomas se desarrollan sobre cicatrices o úlceras que llevan décadas de evolución (38). Las entidades que originan este tipo de carcinoma escamocelular son muy variadas: quemaduras, traumas, úlceras crónicas de origen vascular, infecciones crónicas (osteomielitis, cromomicosis, granuloma inguinal, lupus vulgar, lepra, entre otros), enfermedades dermatológicas (lupus discoide, liquen plano erosivo, morfea, liquen esclerosos y atrófico, quiste pilonidal, hidradenitis supurativa, acné conglobata, enfermedad de Hailey-Hailey, foliculitis disecante del cuero cabelludo, necrobiosis lipoídica, epidermólisis ampollosa distrófica). Debe sospecharse malignidad ante la induración y aparición de un nódulo en la cicatriz y/o úlcera.

**\* Carcinoma escamocelular de novo**

Aparece en áreas cubiertas y por definición en piel sana. Se presenta como un nódulo o tumor de crecimiento usualmente rápido.

**\* Carcinoma escamocelular del labio**



Dermapixel

<http://1.bp.blogspot.com/-bQGwS3snkyA/UIL1W67gaoI/AAAAAAAAARiw/EbFY8ajD6U/s400/268.jpg>

Este carcinoma se desarrolla usualmente sobre una queilitis actínica que es el equivalente en la semimucosa del labio de la queratosis actínica. Se presenta como una placa queratósica persistente, un área indurada, una costra o úlcera que puede evolucionar a un nódulo. La localización típica es el labio inferior pues es el labio que está más expuesto al sol.



\* ***Carcinoma escamocelular verrucoso***



<http://www.ictasdermo.org/matges/103/103v100n05/grande/103v100n05-13138257fig01.jpg>

Es una variante rara de carcinoma escamocelular que puede afectar la piel y las mucosas (38). Clínicamente se caracteriza por ser un tumor de crecimiento lento exofítico con la apariencia de una coliflor y cuyo principal diagnóstico diferencial son las verrugas virales. Se distinguen cuatro tipos. El tipo I comprende los tumores desarrollados en la mucosa intraoral que son conocidos también como papilomatosis oral florida. El tipo II son tumores localizados en la mucosa genital y perianal, también conocidos como tumores de *Bushke-Lowenstein*. El tipo III es un tumor que se localiza en las plantas caracterizado por su mal olor y que se conoce con el nombre de *epitelioma cuniculatum*. Finalmente el tipo IV comprende los tumores localizados en otras áreas del cuerpo.

\* ***Queratoacantoma***



[http://www.dermafoto.com/photos/keratoacanthoma/keratoacanthoma\\_02\\_h.jpg](http://www.dermafoto.com/photos/keratoacanthoma/keratoacanthoma_02_h.jpg)

Es una forma particular de carcinoma escamocelular cutáneo pues se trata de un tumor autoinvolutivo. Se ha especulado mucho acerca de la naturaleza del mismo pero en la actualidad la mayoría de los autores opta por incluirlo en el capítulo de los carcinomas escamocelulares y no en el de los tumores benignos. La gran mayoría de los pacientes son adultos mayores y los tumores se presentan en áreas



de exposición solar crónica. Se han descrito tres estados evolutivos. Las lesiones en el estado proliferativo crecen rápidamente hasta alcanzar un tamaño de 1 a 2 centímetros. En esta etapa se trata de pápulas y nódulos de color piel. En el siguiente estado, el estado de madurez, el tumor presenta un tapón de queratina central muy característico. Si se retira se observa en el fondo una úlcera que se asemeja al cráter de un volcán. En el estado involutivo se observa un nódulo necrótico que puede llevar a la formación de una cicatriz.

### **Recomendaciones para la prevención**

El cáncer de piel no melanoma (CPNM) ha servido de modelo para otras patologías en cuanto a estrategias de prevención se refiere. Se sabe que la incidencia de cáncer de piel ha venido aumentando en las últimas décadas y que desde hace algunos años la principal causa de este tumor es la exposición a la radiación ultravioleta. Aunque no podemos y no debemos eliminar la exposición solar, se han identificado una serie de herramientas y estrategias que disminuyen los efectos nocivos del sol, tema del que ya hemos venido hablando en las páginas anteriores. En este momento vale la pena enfatizar que el pilar de la prevención está en la educación. Hay que tener en cuenta que la intervención a comunidades tiene un mayor efecto que las intervenciones individuales, y por ende, un gran impacto en la disminución de la carga de la enfermedad. Del conocimiento y la difusión de las medidas de prevención depende el impacto en la disminución de la incidencia del CPNM en las próximas décadas, realidad que siempre debe ir de la mano de su detección temprana y, por tanto, en la disminución de las secuelas estéticas y funcionales.

### **Recomendaciones para el diagnóstico**

Toda sospecha clínica de carcinoma escamocelular debe con confirmarse con una biopsia de piel por parte del profesional tratante. Esta biopsia debe ser representativa y debe incluir el tejido celular subcutáneo, por lo que no se recomiendan las biopsias por afeitado o por curetaje. Las imágenes diagnósticas se utilizan en la estadificación de estos tumores, en especial en aquellos casos avanzados localmente y con riesgo metastásico considerable.

### **Recomendaciones para el tratamiento**

Existen varias modalidades terapéuticas para el tratamiento del carcinoma escamocelular de piel. El tratamiento ideal es aquel que, según la evidencia científica, logre erradicar el CEC con el más alto porcentaje de curación, sin afectar la piel adyacente sana, conservando la función y la estética. El principal de estos objetivos debe ser la curación del cáncer. Si el médico tratante da al resultado estético el máximo valor, muy seguramente descuida el resultado oncológico. Los carcinomas recurrentes no solo son más difíciles de tratar con éxito, sino que por regla general su tratamiento es más agresivo y puede dejar secuelas funcionales y estéticas.

En la evaluación de un paciente con carcinoma escamocelular de piel se debe tener en cuenta la competencia del médico tratante, las características del paciente, el tipo de cáncer y su estado (inicial o avanzado). El médico tratante debe evaluar en el paciente la edad, el género, la profesión, el tipo de piel, la situación social y las comorbilidades, lo mismo que las expectativas del paciente con respecto al resultado oncológico, estético y funcional. Los CPNM tienen diferente pronóstico. En CEC es esencial que el médico tratante evalúe los factores pronósticos de recidiva local y de recurrencia regional y/o sistémica. Como regla general, los carcinomas que no tienen factores de recurrencia importantes se pueden tratar con métodos destructivos superficiales, mientras que los cánceres con importantes factores de riesgo de recurrencia local se deben tratar con cirugía con muy preciso control histológico de los márgenes quirúrgicos. A los pacientes con carcinomas con riesgo de metástasis regional y/o sistémica, el médico tratante debe examinar las cadenas ganglionares en forma



minuciosa, solicitar los estudios imagenológicos respectivos (TAC, resonancia nuclear magnética) y discusión, según los casos, del uso del ganglio centinela.

En resumen, el médico tratante debe evaluar los factores de riesgo del CEC y, teniendo en cuenta estos, elegir el tratamiento que, según la evidencia científica, ofrezca el mayor porcentaje de curación con las menores secuelas funcionales y estéticas. Acto seguido, individualizar el tratamiento según las características del paciente y los otros factores que arriba mencionamos.

### Recomendaciones para el seguimiento

El seguimiento de los pacientes con CEC debe centrarse principalmente en la evaluación del sitio primario de la lesión y de los ganglios linfáticos regionales. Esta monitorización es primordial en los dos primeros años posteriores a la canalización del tratamiento, ya que la mayoría de los CEC recurren en este lapso de tiempo. El clínico debe buscar la aparición de nuevos tumores, ya que estos pacientes presentan un riesgo mayor de desarrollar nuevos casos de cáncer de piel.

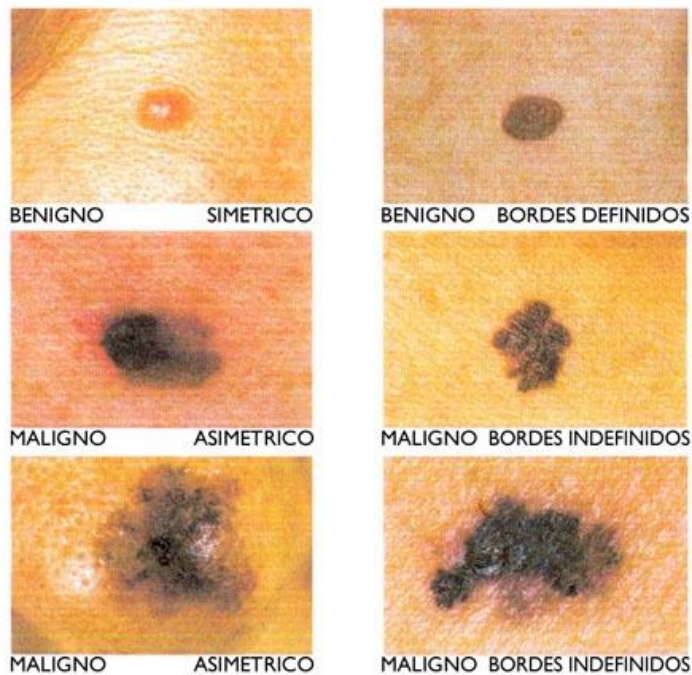
#### \**Melanoma maligno de la piel - melanoma cutáneo (MC)*



<http://4.bp.blogspot.com/-55JK9J174-g/T240V7BVvZI/AAAAAAAAANyU/DPQ5qoWKGb4/s1600/173784-3.JPG>

El melanoma cutáneo es un tumor maligno que se desarrolla a partir de los melanocitos cutáneos, a menudo tiene un crecimiento temprano lento durante el cual la lesión es curable si se detecta y se retira oportunamente. El MC es un tumor predominantemente de individuos de tez blanca y se plantea que su incidencia causal está correlacionada con la exposición al sol.

La detección oportuna es un factor determinante en el diagnóstico y tratamiento del MC, esta detección se basa en los datos clínicos de una lesión cutánea sospechosa (nevo) y la vigilancia de sus características: color, diámetro, elevación y bordes. Los individuos identificados con alto riesgo para presentar melanoma cutáneo deben ser incluidos en un programa de vigilancia (46).



**Melanomas y lunares.** Algunas formas primarias de melanomas son asimétricos: una línea trazada por su parte media creará dos mitades diferentes. Los lunares comunes son simétricos. Los bordes de los melanomas son frecuentemente difusos. Los lunares comunes tienen bordes bien definidos.

<http://www.pmmmedios.com/dad/images/stories/63/grafico-terzano.jpg>

### Prevención primaria y autocuidado de la piel

Dos terceras partes de los MC se atribuyen a la exposición a la luz solar. La agencia internacional de investigación de cáncer, propone que la radiación ultravioleta natural y artificial es un factor de riesgo para el MC.

La intensidad de la exposición a la radiación solar es mayor dependiendo de la latitud, la estación del año y la hora del día, como lo hemos anotado en páginas anteriores. De otra parte, la exposición a niveles altos de luz solar por un período latente largo (años) -radiaciones UVB de 280-320nm desde la niñez y la adolescencia-, produce daño acumulativo e irreversible de la epidermis, predisponiendo al desarrollo de este tipo de cáncer.

El MC se asocia frecuentemente con la exposición intermitente al sol y la quemadura solar en cualquier momento de la vida con un riesgo relativo (RR) de 1,8 para MC.

En algunos estudios se ha demostrado el incremento de MC con exposición antes de los 35 años. El uso de camas solares, lámparas de bronceado y cámaras bronceadoras también están involucrados como factores de riesgo para el MC (19, 46, 51).

Se aconsejan las mismas medidas de protección mencionadas en CBC y CE. Recordemos el uso de protector solar de amplio espectro (que ofrezca protección contra los rayos UVA y UVB) y SPF30. También que la aplicación correcta de los protectores solares incluye el uso de cantidades abundantes. Para el adulto un promedio de una cucharadita de producto en cada brazo y pierna, en la parte posterior y en el torso. Mitad de una cucharadita debe aplicarse a la cara y cuello, incluyendo orejas y la parte posterior del cuello, sobre piel limpia y seca. Aplicar antes de salir y volver a aplicar cada dos horas, al menos 20 minutos antes de salir al exterior.



### Prevención secundaria (46, 47, 48, 49, 50, 51)

Las fotografías secuenciales son básicas para el seguimiento de nevos sospechosos en los individuos con gran número de nevos y nevos displásicos.

En la evaluación clínica de individuos con riesgo de MC se debe tomar en cuenta:

- Antecedente personal de cáncer de piel (melanoma y no melanoma).
- Historia familiar de MC (familiar en línea directa).
- Número de nevos: comunes y atípicos.
- Pigmentación de piel y cabello.
- Respuesta a la exposición al sol (individuos que no se broncean pero sí presentan quemaduras).
- Evidencia de daño actínico de piel.
- Presencia de uno a cuatro nevos atípicos, lo cual se asocia a un incremento de MC con un OR de 1,6 a 7,3.

De otra parte, los individuos que reúnen al menos una de las siguientes condiciones tienen 10 veces más probabilidad de desarrollar MC si se comparan con la población en general:

- Síndrome de melanoma familiar, nevo melanocítico congénito gigante (igual o mayor a 20 cm de diámetro).
- Dos o más familiares de primer grado con melanoma.
- Más de cinco nevos displásicos.
- Presencia de más de 100 lunares comunes.
- Pacientes postransplantados con tratamiento inmunosupresor.
- Antecedente de más de 250 tratamientos con luz ultravioleta-psolarenos (PUVA) para la psoriasis.
- Antecedente en la infancia de recibir radioterapia contra cáncer.

Durante el seguimiento y examen físico de estos pacientes en riesgo debe además realizarse el reconocimiento de algunos marcadores fenotípicos como:

- Tener más de 51 nevos (cifra que rebasa el promedio de lunares) y presencia de nevos atípicos (displásico) de uno a cuatro.
- Piel sensible al sol con color de cabello rubio o pelirrojo, ojos azules, presencia de pecas, piel que se quema con facilidad.

En los individuos de alto riesgo se sugiere evaluar con el sistema ABCDE o el Sistema de 7 puntos (ver cuadros I y II). La presencia de alguna característica del sistema ABCDE o criterio mayor del Sistema de 7 puntos se debe considerar una alta probabilidad de MC siendo indicativo de referencia.



**CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD**

**CUADRO I. LISTA DE COTEJO DEL SISTEMA ABCDE PARA LAS LESIONES EN PIEL**

<b>A</b>	Asimetría geométrica en los 2 ejes
<b>B</b>	Borde irregular
<b>C</b>	Por lo menos 2 Colores diferentes en la lesión
<b>D</b>	Diámetro máximo > 6mm
<b>E</b>	Elevación de la lesión

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A National Clinical Guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)

**CUADRO II. LISTA DE COTEJO DEL SISTEMA DE 7 PUNTOS PARA LAS LESIONES EN PIEL**

<b>Criterio ó características mayor</b>	<b>Criterio ó características mayor</b>
Cambio en el tamaño de la lesión	inflamación
Pigmentación irregular	Prurito / alteración en la sensibilidad
Bordes irregulares	Lesión de mayor tamaño comparada con otras
	Exudado/ presencia de costras

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Cutaneous Melanoma. A National Clinical Guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2003 (SIGN publication no. 72)

El entrenamiento y utilización del dermatoscopio es recomendado para el examen clínico de rutina de toda lesión pigmentada en piel. Se reconoce que el dermatoscopio juega un papel importante en la prevención secundaria, siendo responsabilidad del médico el diagnóstico y el uso de este auxiliar.

Considerar que el MC en sus tipos menos frecuentes se puede caracterizar por un nevo o mancha localizada o banda longitudinal en región plantar, palmar, subungueal y ungueal o como neoformación subungueal pigmentada con aspecto vascular y, ante sospecha de MC, enviar a consulta con el dermatólogo.

**Seguimiento de los individuos con alto riesgo**

En una cohorte en Escocia se sugirió que la identificación y vigilancia de los individuos con alto riesgo para MC, conduce a un diagnóstico temprano de MC.

Los individuos con alto riesgo (mayor de 10 veces) deben ser referidos al dermatólogo en las siguientes dos semanas de su evaluación.

Los individuos de alto riesgo de melanoma y sus familiares deben ser educados para el reconocimiento de lesiones sospechosas de melanoma y deben de ser regularmente vigilados por el clínico cada seis meses con:

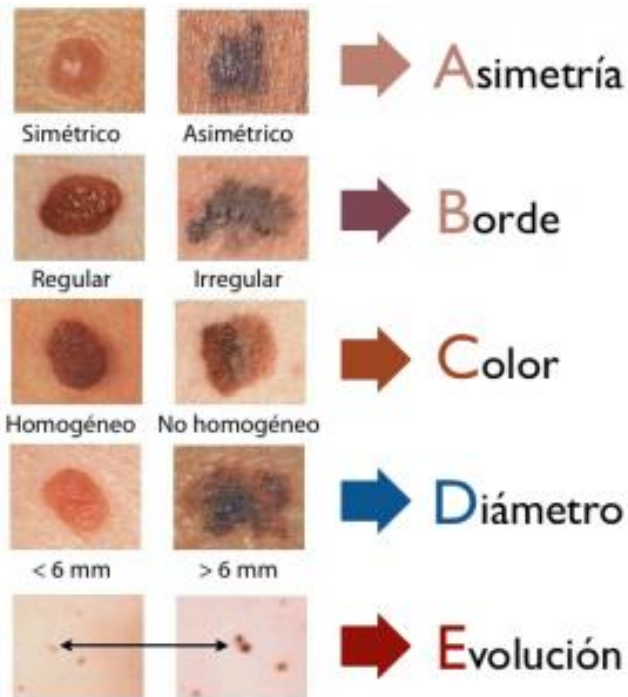
- Inspección corporal total.
- Fotografía corporal.
- Dermatoscopia si es requerida.

La escisión profiláctica de una lesión sospechosa no está recomendada ya que es improbable que se incremente la supervivencia en individuos de alto riesgo para MC.

Se reconoce que solo el 50 % de los melanomas se desarrollan en nevos preexistentes, el resto aparecen en lesiones de novo.



### Criterios de referencia y vigilancia (5, 19, 46, 48, 51)



<http://calderonpolanco.com/wp-content/uploads/2012/12/ABCDE-273x300.png>

Las lesiones o nevos pigmentados sospechosos evaluados con la lista de cotejo de los 7 puntos y/o el sistema ABCDE, ante la presencia de cualquier criterio mayor en la lista de los 7 puntos o cualquiera del sistema ABCDE, se deben considerar como una indicación de referencia al dermatólogo. Si presenta un criterio menor positivo se debe considerar como sospechoso y mantener en vigilancia estrecha.

Referir al paciente que presenta uno o más nevos atípicos; para evaluar su riesgo de MC.

Si el autoexamen o examen clínico de la piel identifica o reconoce uno o más cambios de acuerdo al sistema ABCDE, y aunque la lesión parezca banal, deberá ser referido al segundo nivel de atención dentro de las dos primeras semanas.

En individuos de alto riesgo realizar el autoexamen en forma trimestral en búsqueda de cambios de lesiones preexistentes o aparición de nuevas lesiones.

Considerar como signos de alarma:

- El aumento progresivo de tamaño.
- El aumento del volumen de un nódulo o lesión pigmentada que puede estar acompañada de dolor, ulceración y sangrado.

### Manejo

El diagnóstico precoz es esencial para la curación del melanoma. En cuanto al tratamiento existen varias opciones, la quirúrgica, el tratamiento adyuvante y el tratamiento del melanoma metastásico. Por considerarlo un campo de la especialidad, y dado que este documento solo pretende llamar la atención sobre el problema del diagnóstico, no se enfatizará al respecto.





**\*Otras formas de cáncer de piel menos frecuentes**

**El carcinoma de células de Merkel**



<http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadric/v22n1/art10.pdf>

Es un cáncer que se origina en las células de Merkel o receptores cutáneos de presión y tiene un mal pronóstico. El promedio de la edad de diagnóstico es a los 69 años y se observa sobre todo en los hombres y su localización más frecuente es en la región periorbitaria. Las lesiones se observan como protuberancias de color rojo y violeta, debido a que tienen mucha irrigación sanguínea (40, 41).

**El sarcoma de Kaposi**



<http://bacherzoppi.com.mx/blog/wp-content/uploads/2015/02/sarcoma-kaposi.jpg>

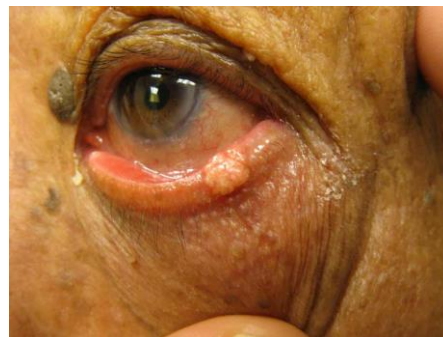
Es un cáncer que genera crecimiento de tejido anormal debajo de la piel (tejido conectivo), especialmente en la membrana que recubre la boca, en la nariz y la garganta, aunque puede diseminarse a las vías digestivas o a los pulmones. En personas con SIDA, este cáncer se desarrolla rápidamente, debido a que el VIH interactúa con un sistema inmunitario debilitado y el virus del herpes humano. Las lesiones se visualizan como abultamientos de color rojo azulado o púrpura y suelen aparecer primero en zonas como los tobillos, los muslos, los brazos, las manos y la cara (42).



### El tumor de glándulas sebáceas

Es una forma de cáncer maligno que crece sobre la región periorbitaria, generalmente en el párpado y puede extenderse a los ganglios linfáticos circundantes y a otros órganos distantes (43). Afecta principalmente a las personas mayores y de sexo femenino (44, 45).

Se puede manifestar como una inflamación de la conjuntiva y del párpado, con enrojecimiento, que frecuentemente se confunde con un chalazión, blefaritis crónica o conjuntivitis entre otras (10).



### Precáncer de piel



Existen formas de precáncer que también se observan en el contexto colombiano. El más frecuente de estos precánceres de piel es la **queratosis actínica**, la cual se observa comúnmente en las personas de edad avanzada.

La **queratosis actínica** es una lesión precancerosa, de superficie carrasposa, con escamas, del mismo color de la piel, o cafés o rojizas, que pueden generar prurito y ardor o ningún síntoma. Aparecen sobre las áreas que han sido expuestas por mucho tiempo al sol, como la cara, el cuero cabelludo (en las personas calvas o con poco cabello), el dorso de las manos y en los antebrazos (4, 5, 7).

### \**Queratosis Actínica (QA)*

#### Cómo se define la queratosis actínica

De acuerdo con los estudios realizados en la última década, la queratosis actínica o queratosis solar es una neoplasia intraepidérmica temprana, por lo tanto, se debe clasificar de manera análoga a la displasia cervical: KIN, por la sigla en inglés de keratinocytic intraepithelial neoplasia (54). Las mutaciones genéticas en las queratosis actínicas son similares a las que se encuentran en los carcinomas escamocelulares lo que sugiere la progresión de las primeras a las segundas (55). Asimismo, desde el punto de vista histológico se observa una progresión de una displasia focal en la queratosis actínica a una displasia completa de la epidermis en los carcinomas escamocelulares in situ que puede llevar a un carcinoma escamocelular invasor (56). Las queratosis actínicas son producidas por la exposición a la radiación ultravioleta y se localizan en las áreas expuestas al sol (57). También hacen parte de la expresión fenotípica del fotodaño solar y constituyen un marcador de riesgo para el cáncer de piel en general. El diagnóstico de la queratosis actínica es clínico. El valor predictivo positivo varía entre 74 % y 94 % de acuerdo con diferentes estudios (57, 58). La biopsia de piel está indicada cuando haya sospecha de progresión a carcinoma escamocelular, es decir, en lesiones que han sangrado, induradas, inflamadas, de rápido crecimiento, mayores de un centímetro o ulceradas (59).



### Factores de riesgo

El principal factor de riesgo es la exposición temprana (quemaduras solares antes de los 20 años) y crónica a los rayos ultravioleta del sol (60). Los RUV B (290-320 nm) son las radiaciones electromagnéticas que más afectan los queratinocitos ya que producen mutaciones directas en el ADN. Los RUV A (320-400 nm) actúan como cofactores de los ultravioleta B al generar radicales libres y contribuir con la inmunosupresión a nivel local (61, 62). La intensidad de la radiación ultravioleta está directamente asociada con la latitud y la altitud. Las personas que han nacido en un lugar con altos índices de radiación ultravioleta tienen un riesgo aumentado de presentar queratosis actínicas en su vida (57). Según un estudio realizado en Japón, los individuos que viven al sur del país donde reciben dos veces más radiación ultravioleta que los que viven en el norte presentaron tres veces más queratosis actínicas (63). En relación con la altitud, se ha calculado que hay un aumento del 8 al 10 % en la incidencia de queratosis actínicas por cada 300 metros de altitud (64). Finalmente, los individuos que usan irregularmente protectores solares son más propensos a presentar queratosis actínicas (65).

Entre los factores de riesgo constitucionales encontramos: sexo masculino, edad avanzada, piel blanca (14,1 veces más riesgo que los de piel oscura) (66), fototipos I-III, antecedente personal de cáncer de piel, trabajadores al aire libre y nivel socioeconómico bajo. En Alemania se encontró una asociación positiva con el género masculino (OR=3,9), la edad superior a 66 años (OR=1,1), piel clara (OR=2,2), historia personal de cáncer de piel (OR=4,8) y trabajadores al aire libre (OR=1,7) (67). Un estudio realizado en la región de Mersey (Inglaterra) encontró una prevalencia de queratosis actínica de 15,4 % en hombres y de 5,9 % en mujeres mayores de 40 años que aumentaba claramente con la edad en ambos casos. Los casos eran más frecuentes en individuos pelirrojos y pecosos y en aquellas personas con mayor daño solar (presencia de elastosis solar y léntigos) (57). Un estudio de casos y controles realizado en ocho centros europeos mostró aumento de los casos en pelirrojos (OR=6,9) y una disminución del riesgo de 40 % en personas de ojos oscuros con relación a los de ojos azules. Los individuos con fototipo IV tuvieron nueve veces menos riesgo de presentar queratosis actínicas. Los pecosos presentaron un riesgo aumentado de queratosis actínica. Se encontró una asociación negativa con individuos de estrato socioeconómico alto y personas con muchos lunares; en este mismo estudio se encontró relación significativa con el uso de diuréticos tiazídicos y el desarrollo de queratosis actínicas (OR=3,18) (66).

Los pacientes inmunosuprimidos, especialmente los trasplantados, tienen un riesgo aumentado de presentar queratosis actínicas y otros cánceres de piel (67). También lo tienen pacientes con vitiligo y ciertas genodermatosis (albinismo, xeroderma pigmentoso, epidermodisplasia verruciforme, Rothmund Thomson y Bloom) (68). Otros factores de riesgo que pueden estar relacionados son el uso excesivo de cámaras bronceadoras pues los tubos de fluorescencia utilizados en estas emiten 95 % de rayos UVA y una pequeña porción de UVB; su efecto a largo plazo en humanos es incierto pero en ratones se ha demostrado que tanto los rayos UVA como los UVB causan mutaciones en el DNA (68). Otros posibles factores de riesgo descritos son la infección por el virus del papiloma humano (67) y la exposición a arsénico (68).

### Recomendaciones para la prevención

En Medicina la prevención es una estrategia muy importante para disminuir no solo la incidencia de la enfermedad sino las complicaciones y las secuelas secundarias a la patología. Clásicamente se han definido tres tipos de prevención:

- Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los agentes causales y los factores de riesgo.



- Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud.
- Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. El cáncer de piel no melanoma (CPNM) ha servido de modelo para otras patologías en cuanto a estrategias de prevención se refiere. Se sabe que la incidencia de cáncer de piel ha venido aumentando en las últimas décadas, y que, desde hace algunos años la principal causa de este tumor es la exposición a la radiación ultravioleta. Aunque no podemos y no debemos eliminar el sol de nuestras vidas se han identificado una serie de herramientas y estrategias que disminuyen los efectos nocivos del sol y en consecuencia la probabilidad de desarrollar CPNM. En esta sección se hace una síntesis de las medidas que han demostrado ser efectivas para evitar o disminuir los efectos nocivos de la RUV. Al igual que en otras enfermedades, el pilar de la prevención está en la educación. Hay que tener en cuenta que la intervención a comunidades tiene un mayor efecto que las intervenciones individuales, y por ende, un gran impacto en la disminución de la carga de la enfermedad. En el caso de la presente guía, el conocimiento y la difusión de las medidas de prevención tendrán impacto en la disminución de la incidencia de CPNM en las próximas décadas, en la detección temprana del CPNM y en la disminución de las secuelas estéticas y funcionales.

### **Recomendaciones para el diagnóstico**

El diagnóstico de las queratosis actínicas se basa primordialmente en el examen clínico, con un valor predictivo positivo que varía del 74 al 94 % (58). Cuando existe duda clínica, el diagnóstico es confirmado por una biopsia de piel de la lesión. Las queratosis actínicas típicas se presentan en áreas de exposición solar crónica (59). Pueden ser asintomáticas o presentar prurito y ardor. Se trata de pápulas o placas eritematosas rugosas o queratósicas de 2 a 6 mm de diámetro que por confluencia pueden llegar a tener un mayor tamaño. El principal diagnóstico diferencial se plantea con un carcinoma escamocelular (68).

### **Recomendaciones para el tratamiento**

Se recomiendan los siguientes tratamientos para el manejo de queratosis actínicas:

- 5-fluoracilo (en concentraciones desde 0,5 % hasta 5 %, una a dos veces al día durante dos a seis semanas).
- Crioterapia imiquimod 5 % (dos veces por semana durante 16 semanas) o imiquimod al 3,75 % (una vez al día durante dos semanas seguido por dos semanas de descanso y nuevamente una vez al día por dos semanas).
- Además se sugiere el uso de protectores solares como adyuvante del resto de tratamientos recomendados para el manejo de las queratosis actínicas, debido a su efecto en la disminución de las lesiones.

### **Recomendaciones para el seguimiento**

Las QA son lesiones predictoras de riesgo de cáncer de piel, así como precursoras de carcinomas escamocelulares cutáneos. El seguimiento debe focalizarse en la evaluación de la efectividad de los tratamientos administrados para las QA y la detección temprana de cáncer de piel.

La evidencia sobre cómo efectuar el seguimiento a pacientes tratados por QA es escasa y está representada en artículos de opinión sin estudios primarios de referencia. Asimismo, no se encuentra evidencia acerca de las pruebas diagnósticas a emplear, habiéndose identificado pruebas no disponibles para la práctica clínica rutinaria (escenarios de investigación). No obstante, es necesario



generar recomendaciones en este aspecto, atendiendo que los pacientes con QA son propensos al desarrollo de cáncer de piel de cualquier tipo y, por consiguiente, su monitorización es fundamental para la detección y atención temprana de esta patología.

El seguimiento clínico es la primera medida para el control de los pacientes tratados con QA. Si bien este tipo de seguimientos requieren recursos, sus costos son mínimos comparados con los riesgos y las consecuencias en tratamiento relacionados con la detección temprana de cáncer de piel. Asimismo, los estadios tempranos de estos cánceres de piel requieren tratamientos menos complejos y de menor costo en comparación con los estadios avanzados. La frecuencia del seguimiento se verá determinada por el número de QA presentes al momento del tratamiento.

Se recomienda el seguimiento clínico de los pacientes con queratosis actínicas cuyo tratamiento haya finalizado, de la siguiente forma:

- Cada 12 meses en pacientes con pocas lesiones (menos de 20 QA).
- Cada seis meses en pacientes con numerosas lesiones (más de 20 QA).

### CONCLUSIONES

1. La incidencia de cáncer de piel en Colombia, es un fenómeno creciente que requiere enérgicas medidas a nivel de promoción y prevención que conduzcan al control de la enfermedad en nuestro medio.
2. Es necesaria y urgente la capacitación de los médicos y personal de salud en Atención Primaria en Salud.
3. Si es posible, establecer y desarrollar redes de apoyo interinstitucional (alcaldía, hospital local, comunidad, voluntariado especializado, empresas, etc.) para la implementación de actividades de promoción y prevención detectando e interviniendo simultáneamente a los pacientes en riesgo y con cáncer de piel.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cancer incidence in five continents. IARC Sci Publ. 2008; IX(160):1-837.
- (2) Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. Br J Dermatol. 2002; 146 Suppl 61:1-6.
- (3) Sánchez G, Nova J, De la Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia. Años 2003-2007. Piel. 2011; 26(4):171-7.
- (4) Garavís JL. Precáncer y cáncer cutáneo en AP. En: Semergen 2003; 29(7); 360-367. [Internet] 2003 [citado 11 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science>.
- (5) Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica -ASOCOLDERMA. Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: Guía para pacientes, padres y cuidadores.
- (6) Instituto Nacional de Cancerología ESE, Ministerio de Salud y Protección Social. Anuario Estadístico 2011. Bogotá: Milenio Editores. 2014; 9:28.
- (7) Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología. 2015; 1:148.
- (8) International Agency Research on Cancer. CI5 I-X Cancer incidence in five continents volume X (2003-2007). [on line] 2015 [citado 27 febrero 2015] disponible en: <http://ci5.iarc.fr/CI5I-X>
- (9) International Agency for Research on Cancer-OMS. GLOBOCAN 2012 Estimated cancer incidence mortality and prevalence Worldwide in 2012. World. Population Facts Sheets. [On line] 2012 [cited 10 September 2014] available in: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
- (10) Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER). National Institutes of Health. SEER stat fact sheets: melanoma of skin. [On line] 2011 [citado 10 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>
- (11) McKenzie RL, Aucamp PJ, Bais AF, Bjorn LO, Ilyas M. Changes in biologically- active ultraviolet radiation reaching the Earth's surface. Photochemical and photobiological sciences. 2007; 6(3): 218-231. Pubmed PMID: 17344959. Citado por: Sánchez Guillermo. Cáncer de piel no melanoma: riesgos e itinerarios. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2013; p. 37.
- (12) Bulliard JL, Cox B, Elwood JM. Latitude gradients in melanoma incidence and mortality in the non-Maori population of New Zealand. Cancer Causes Control. 1994; 5: 234-240. Citado por: S Wu, J Han, R.A Vleugels, R Puett, F Laden, DJ Hunter and



- Qureshi. Cumulative ultraviolet radiation flux in adulthood and risk of incident skin cancers in women. *British Journal of Cancer* [on line] 2014 March [cited 2014 Oct 30]; 110: 1855-1861. Available from: <http://www.nature.com/bjc/journal/v110/n7/full/bjc201443a.html>. p.1854.
- (13) Almahroos M, Kurban AK (2004). Ultraviolet carcinogenesis in nonmelanoma skin cancer. Part I: incidence rates in relation to geographic locations and in migrant populations. *Skinmed* 3:29-35, quiz35-36. Citado por: S Wu, J Han, R.A Vleugels, R Puett, F Laden, DJ Hunter and Qureshi. Cumulative ultraviolet radiation flux in adulthood and risk of incident skin cancers in women. *British Journal of Cancer* [on line] 2014 March [cited 2014 Oct 30]; 110: 1855-1861. Available from: <http://www.nature.com/bjc/journal/v110/n7/full/bjc201443a.html>. p.1854.
  - (14) Qureshi AA, Laden F, Colditz GA, Hunter DJ (2008). Geographic variation and risk of skin cancer in US women. Differences between melanoma, squamous cell carcinoma, and basal cell carcinoma. *Arch Intern Med* [on line] 2008 [cited 2014 Oct 30]; 168: 501-507. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1833229>.
  - (15) Suzuki T, Ueda M, Ogata K, Horikoshi T, Munakata N, Ichihashi M. Doses of solar ultraviolet radiation correlate with skin cancer rates in Japan. *Kobe J Med Sci*. 1996; 42: 375-388. Citado por: S Wu, J Han, R.A Vleugels, R Puett, F Laden, DJ Hunter and Qureshi. Cumulative ultraviolet radiation flux in adulthood and risk of incident skin cancers in women. *British Journal of Cancer* [on line] 2014 March [cited 2014 Oct 30]; 110: 1855-1861. Available from: <http://www.nature.com/bjc/journal/v110/n7/full/bjc201443a.html>. p.1854
  - (16) Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer—the role of sunlight. *Adv Exp Med Biol*. 2008; 624: 89-103. Citado por: S Wu, J Han, R.A Vleugels, R Puett, F Laden, DJ Hunter and Qureshi. Cumulative ultraviolet radiation flux in adulthood and risk of incident skin cancers in women. *British Journal of Cancer* [on line] 2014 March [cited 2014 Oct 30]; 110: 1855-1861. Available from: <http://www.nature.com/bjc/journal/v110/n7/full/bjc201443a.html>. p.1854.
  - (17) Pozzobón F, Acosta A, Carreño A, Fierro E. Características del melanoma cutáneo primario en el Instituto Nacional de Cancerología 2006-2010. [en línea] En: *Rev Col Cancerol*. 2013; 17(3):111-118. [citado el 14 de enero de 2015] disponible en: <http://zl.elsevier.es>. p.114.
  - (18) Dong C, Hemminki K. *Int J Cancer*. 2001; Jul 15; 93(2):155-61. Second primary neoplasm in 633.964 cancer patients in Sweden, 1958-1996. Citado por: Guianeya S, Lombardo K y Rodríguez R. Tumores múltiples análisis de 25 casos. En: *Salud Militar*. 2006; 28(1):73-80.
  - (19) Flohil SC, van der Leest RJ, Arends LR, de Vries E, Nijsten T. Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior keratinocyte carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2013; 49(10):2365-75.
  - (20) Van der Leest RJ, Flohil SC, Arends LR, de Vries E, Nijsten T. El riesgo de malignidad cutánea posterior en pacientes con melanoma antes: una revisión sistemática y metanálisis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014; diciembre 10.
  - (21) Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD003412.
  - (22) Acosta A, Ramírez A, Rueda X. Carcinoma escamocelular. En: *Atlas Dermatología Oncológica*. Instituto Nacional de Cancerología. CD multimedia. Bogotá: 2006.
  - (23) Peñaranda E, Rolon M, Acosta AE, Rueda X. Concordancia entre biopsia incisional y pieza quirúrgica en los subtipos histológicos del carcinoma basocelular. *Protocolos investigación I.N.C.* 2001.
  - (24) Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, Fincham S, Coldman AJ, Threlfall WJ, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors and risk of non-melanocytic skin cancer. Basal cell carcinoma. *Arch Derm*. 1995; 131: 157-163.
  - (25) Guidelines Index Basal Cell and Squamous Cell TOC Staging, MS, Clinical Practice Guidelines in Oncology – v.2.2005. National Comprehensive Cancer Network.
  - (26) Silverman MK, Kopf AW, Bart RS, Grin CM, Levenstein MS. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3: Surgical excision. *J-Dermatol-Surg-Oncol*. 1992; 18: 471-6.
  - (27) Rubin A, Chen E, Ratner D. Current concepts Basal cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2005; 353: 2262-9.
  - (28) Miller SJ. Basal Cell Carcinoma -Risk Factors, in: Miller S, Maloney M et al. *Cutaneous Oncology*. England: Blackwell Science. 1998; 614-8.
  - (29) Acosta A, Rueda X. Indicaciones terapéuticas del carcinoma basocelular y escamocelular según sus factores de riesgo. En Coiffman P, et al. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética de cabeza y cuello*. Tercera edición, Tomo 2. Amolca; 2007; 965-84.
  - (30) Mikhail GR, Nims LP, Kelly AP Jr, Ditmars DM Jr, Eyley WR. Metastatic basal cell carcinoma. Review, pathogenesis and report of two cases. *Arch Derm*. 1977; 113:1261-1269.
  - (31) Epstein E. Fluorouracil paste treatment of the basal cell carcinoma. *Arch Derm*. 1985; 121: 207-213.
  - (32) Goette DK. Topical chemotherapy with 5-fluorouracil. A review. *J Am Acad Dermatol*. 1981; 4: 633-49.
  - (33) Bergstresser P, Halprin K. Multiple sequential skin cancer. The risk of skin cancer in patients with previous skin cancer. *Arch Derm*. 1975; 111: 995-6.
  - (34) Epstein E. Value of follow-up after treatment of basal cell carcinoma. *Arch Derm*. 1973; 106: 798-800.
  - (35) Miller DK, Homan SM. Determining transition probabilities: confusion and suggestions. *Med Decis Making*. 1994; 14(1):52-8.
  - (36) Criscione VD, Weinstock MA, Naylor MF, Luque C, Eide MJ, Bingham SF. Actinic keratoses: Natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial. *Cancer*. 2009; 115(11):2523-30.
  - (37) Lansbury L, Leonardi J, Perkins W, Goodacre T, Tweed JA, Bath FJ. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (4):CD007869.
  - (38) NCCN. National Comprehensive Cancer Network. Basal Cell and Squamous Cell Skin Cancers. NCCN Guidelines. 2014; 2:1- 48. Disponible en: [www.nccn.com](http://www.nccn.com).
  - (39) Gupta AK, Paquet M, Villanueva E, Brintnell W. Interventions for actinic keratoses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12:CD004415.



(40) López JM, Cebrián JL, Palacios E, Macarrón J, Pingarrón L, Demaría G et al. Carcinoma cutáneo de células de Merkel: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2015 Feb 26]; 30(1): 29-34. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582008000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000100004&lng=es)

(41) Goessling W. Merkel cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2002; 20:588-598. Citado por: López JM, Cebrián JL, Palacios E, Macarrón J, Pingarrón L, Demaría G et al. Carcinoma cutáneo de células de Merkel: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2015 Feb 26]; 30(1): 29-34. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582008000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000100004&lng=es)

(42) Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Sarkoma de Kaposi. [en línea] 2012 [citado 27 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000661.htm>

(43) Chao AN, Shields CL, Krema H, Shields JA. Outcome of patients with periocular sebaceous gland carcinoma with and without conjunctival intraepithelial invasion. *Ophthalmology* [internet]. 2001 April [citado 2015 Feb 27] 108: 1877-1883. Disponible en: <http://www.aaojournal.org/article/S0161-6420%2801%2900719-9/pdf>

(44) Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC Jr, Stefanyszyn M, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. *Ophthalmology* 2004. [Internet]. 2004 Jul [citado 2015 Feb 27]; 111: 2151-2157. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161642004012928>

(45) Ni C, Searl S, Kuo PK. Sebaceous cell carcinomas of the ocular adnexa. *Int Ophthalmol Clin* 1982; 22: 23-61. Iglesias I, Troyano J, Díaz D, Genol I. Citado por: Carcinoma de glándulas sebáceas: presentación de dos casos clínicos. *Arch Soc Esp O almol* [revista en la Internet]. 2008 Jul [citado 2015 Feb 27]; 83(7): 445-448. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912008000700011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912008000700011&lng=es)

(46) Mohr P et al. Staging of cutaneous melanoma. *Annals of Onc*. 20 (supplement 6): 14-21, 2009.

(47) Shumate CR, Urist MM, Maddox WA. Melanoma recurrence surveillance. Patient or physician based? *Ann Surg* 221:566-9, 1995.

(48) Weiss, M, Loprinzi CL, Creagan ET, Dalton RJ, Novotny P, O'Fallon JR. Utility of Follow-up Tests for Detecting Recurrent Disease in Patients With Malignant Melanomas. *JAMA* 274:1703-1705, 1995.

(49) Garbe C, Hauschild A, Volkenandt M, Schadendorf D, Stolz W, Reinhold U, Kortmann RD, Kettelhack C, Frerich B, Keilholz U, Dummer R, Sebastian G, Tilgen W, Schuler G, Mackensen A, Kaufmann R. Evidence and interdisciplinary consensus-based. German guidelines: diagnosis and surveillance of melanoma. *Melanoma Res*. 2007 Dec; 17(6):393-9.

(50) Katz KA, Jonasch E, Hodi FS, Soiffer R, Kwitkiwski K, Sober AJ, Haluska FG. Melanoma of unknown primary: experience at Massachusetts General Hospital and Dana-Farber Cancer Institute. *Melanoma Res*. 2005 Feb; 15(1):77-82.

(51) The NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology TM Melanoma (Version 2.2011). Disponible en: [www.nccn.org](http://www.nccn.org).

(52) Nguyen y Jaeyoung Yoon. Carcinoma epidermoide. En: Rigel D, Friedman R, Dzubow L, Reintgen D, Bystryrn JC and Marks R. *Cáncer de piel*. Madrid: Elsevier; 2006, p. 133 v.

(53) Melanoma. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma?start=6#sthash.CO8BFszn.dpuf>

(54) Carter R, Marks R, Hill D. Could a national skin cancer primary prevention campaign in Australia be worthwhile?: An economic perspective. *Health Promotion International*. 1999; 14(1):73-82.

(55) Gordon LG, Scuffam PA, van der Pols JC, McBride P, Williams GM, Green AC. Regular sunscreen use is a cost-effective approach to skin cancer prevention in subtropical settings. *J Invest Dermatol*. 2009; 129(12):2766-71.

(56) Hirst NG, Gordon LG, Scuffam PA, Green AC. Lifetime cost-effectiveness of skin cancer prevention through promotion of daily sunscreen use. *Value Health*. 2012; 15(2):261-8.

(57) Shih ST, Carter R, Sinclair C, Mihalopoulos C, Vos T. Economic evaluation of skin cancer prevention in Australia. *Prev Med*. 2009; 49(5):449-53.

(58) Leibold M. Actinic keratosis: epidemiology and progression to squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2003; 149(66):31-3.

(59) Mancebo SE, Hu JY, Wang SQ. Sunscreens: A Review of Health Benefits, Regulations, and Controversies. *Dermatol Clin*. 2014; 32(3):427-38.

(60) Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario Estadístico 2010. Vol. 8. Bogotá: Buenos y Creativos. 2012.

(61) Miller DK, Homan SM. Determining transition probabilities: confusion and suggestions. *Med Decis Making*. 1994; 14(1):52-8.

(62) Criscione VD, Weinstock MA, Naylor MF, Luque C, Eide MJ, Bingham SF. Actinic keratoses: Natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial. *Cancer*. 2009; 115(11):2523-30.

(63) Lansbury L, Leonardi J, Perkins W, Goodacre T, Tweed JA, Bath FJ. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (4):CD007869.

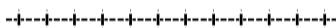
(64) NCCN. National Comprehensive Cancer Network. Basal Cell and Squamous Cell Skin Cancers. NCCN Guidelines. 2014; 2:1-48. Disponible en: URL: [www.nccn.com](http://www.nccn.com)

(65) Chren MM, Linos E, Torres JS, Stuart SE, Parvataneni R, Boscardin WJ. Tumor recurrence 5 years after treatment of cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *J Invest Dermatol*. 2013; 133(5):1188-96.

(66) Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, Essers BA, Dirksen CD, Nieman FH, et al. Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial. *Lancet*. 2004; 364(9447):1766-72.

(67) Gupta AK, Paquet M, Villanueva E, Brintnell W. Interventions for actinic keratoses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12:CD004415.

(68) Briggs AH. Handling uncertainty in cost-effectiveness models. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17(5):479-500.





## Sobre medicamentos...

### “REINO UNIDO: UN 7 % DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS SE DEBERÍA A REACCIONES ADVERSAS DE FÁRMACOS”

[http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201601/89\\_ingresos\\_hospitalarios/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201601/89_ingresos_hospitalarios/)  
*Mirada Profesional*, 5 de noviembre de 2015  
<http://miradaprofesional.com/ampliarpagina.php?id=3834&npag=2&e=nhomedes@gmail.com#.VkqbfqSFN1t>



<http://www.migueljara.com/wp-content/uploads/2013/12/Omeprazol2.jpg>

Afirma el estudio:

1. Cerca de un 7 % de los ingresos de pacientes en los hospitales son consecuencia de reacciones adversas de medicamentos (RAM) y de estos, la mitad sería predecible.
2. La polimedicación es el principal riesgo de reacciones adversas.

Afirman que 1 de 250 pacientes no recibe vigilancia en torno a lo que se le prescribe.

**Comentario:** Por ello el pensamiento que debe orientar al ejercicio médico ha de ser a solo prescribir cuando lo creamos absolutamente necesario, siendo lo mejor el abstenernos.





## “HIPOTIROIDISMO EN ADULTOS: TRATAR PACIENTES SINTOMÁTICOS”

“Hypothyroidism in adults: treat symptomatic patients”

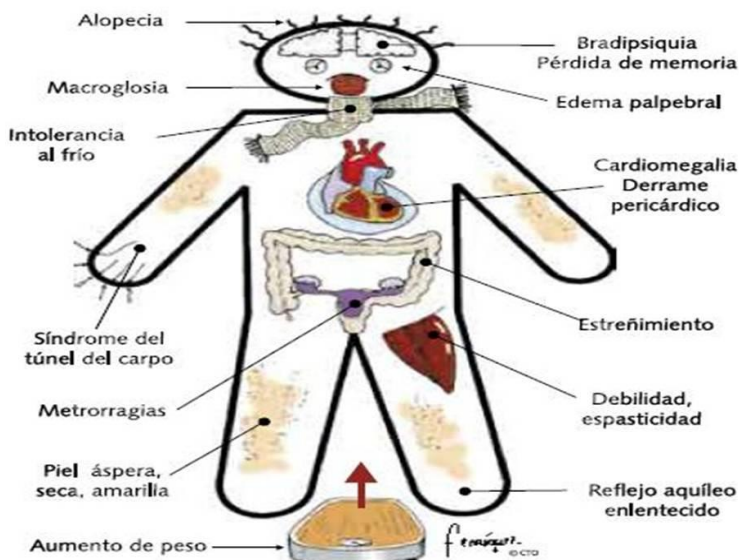
Revue Prescrire, mayo 2015; 35 (379): 355-362

Traducido por Salud y Fármacos

[http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201601/02\\_hipotiroidismo/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201601/02_hipotiroidismo/)

Afirma la recomendación:

1. Los síntomas del hipotiroidismo son inespecíficos (ronquera o voz más profunda, párpados hinchados, y estreñimiento).
2. Se sospecha por una concentración elevada de TSH en sangre.
3. No existe un consenso sobre los niveles considerados anormalmente altos de TSH. Una concentración superior a 4-5 mIU/L es el umbral generalmente aceptado (7 mIU/L a partir de los 80 años, ya que los niveles de TSH aumentan con la edad).



Síntomas del hipotiroidismo. Tomada de Apuntes médicos

<http://apuntes-tontos-medicina.blogspot.com.es/2009/08/cuadro-clinico-hipertiroidismo.html>

[http://3.bp.blogspot.com/-kvZo5-Tqd2o/T3\\_3Hztz6H/AAAAAAAAADcA/preBHFJhZA/s1600/Diapositiva1.JPG](http://3.bp.blogspot.com/-kvZo5-Tqd2o/T3_3Hztz6H/AAAAAAAAADcA/preBHFJhZA/s1600/Diapositiva1.JPG)

4. **Tratamiento del hipotiroidismo sintomático confirmado:** adultos con signos y síntomas de hipotiroidismo y una concentración de TSH en sangre superior a 10 mIU/L en dos muestras consecutivas deberían recibir tratamiento con levotiroxina para aliviar los síntomas y prevenir la progresión a coma mixedematoso.
5. **¿Cuánto tiempo?** A menudo el tratamiento es a largo plazo para compensar una secreción de hormona tiroidea endógena ausente o altamente inadecuada. Sin embargo, en ocasiones el hipotiroidismo resulta transitorio, en cuyo caso la retirada del tratamiento puede efectuarse a los pocos meses, especialmente en las siguientes circunstancias:



- 5.1 Parto en los seis meses previos.
- 5.2 Tratamiento reciente con yodo-131.
- 5.3 Tiroidectomía parcial.
- 5.4 Episodio reciente sugestivo de tiroiditis subaguda.

**6. La prescripción:** Los pacientes...

- 6.1 Menores de 50 años con hipotiroidismo sintomático deberían iniciar tratamiento con unos 1,5 microgr/kg/día.
- 6.2 Pacientes de más edad y pacientes con enfermedades coronarias deberían comenzar con una dosis diaria entre 12,5 y 50 microgramos.



<http://www.tqfarma.com/images/default-source/Productos/levotiroxina.png?sfvrsn=2>

**7. Seguimiento del tratamiento con levotiroxina.** El seguimiento del tratamiento con levotiroxina debería incluir:

- 7.1 La detección de sobredosificación (hipertiroidismo) con síntomas principales de trastornos cardiacos (taquicardia, palpitaciones, arritmia, dolor de tipo anginoso), trastornos neuropsicológicos (cefalea, agitación, insomnio, temblores), debilidad muscular, intolerancia al calor, sudoración, pérdida de peso, diarrea, e hiperglucemia
- 7.2 Una dosificación baja (reaparición de los síntomas), junto con el análisis de la TSH en sangre.
- 7.3 Dada la larga semivida de levotiroxina, es aconsejable esperar entre 6 y 12 semanas antes de evaluar el impacto de una modificación de la dosis sobre el estado clínico y de laboratorio.
  - 7.3.1 Si, tras este intervalo, la concentración de TSH en sangre no se encuentra dentro del rango normal de laboratorio, entonces la dosis diaria de levotiroxina puede incrementarse o reducirse en 12,5 o 25 microgramos.
- 7.4 Si los síntomas han cedido o la TSH ya está en niveles normales se recomienda un seguimiento de la concentración de TSH una o dos veces al año.
- 7.5 Si los niveles de TSH no se han normalizado con levotiroxina, deben contemplarse:
  - 7.5.1 Tomar levotiroxina demasiado próximo a la ingesta de alimentos (reducción de la absorción);
  - 7.5.2 Interacciones con fármacos prescritos o productos automedicados;
  - 7.5.3 Dificultad para tomar la medicación diariamente;
  - 7.5.4 Uso de un producto comercial diferente con levotiroxina.



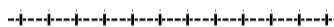
7.6 Si TSH en sangre es ligeramente superior o inferior al rango normal de laboratorio en un paciente asintomático, antes de modificar un tratamiento que ha funcionado correctamente con anterioridad, este resultado debe comprobarse con una segunda muestra.



8. **No tratar a todos los pacientes con TSH elevada.** El balance riesgo-beneficio de la terapia con levotiroxina resulta incierto en adultos con una concentración alta de TSH **y un nivel normal de T4 libre y sin hipotiroidismo clínicamente manifiesto.**

- 1.1 El balance riesgo-beneficio de levotiroxina parece ser favorable en pacientes menores de 65-70 años cuando la concentración de TSH es superior a 10 mIU/L en dos muestras obtenidas con varios meses de intervalo.
- 1.2 Parece razonable proponer un tratamiento de prueba de tres meses con levotiroxina en pacientes que presentan concentraciones altas de TSH en dos muestras obtenidas con varios meses de intervalo y síntomas de hipotiroidismo.
- 1.3 Cuando el nivel de TSH es elevado (pero inferior a 10 mIU/L) en un paciente con uno o dos signos o síntomas no específicos de hipotiroidismo, no es necesario el tratamiento con levotiroxina. El riesgo de progresión a hipotiroidismo sintomático justifica el seguimiento de los pacientes por si desarrollan síntomas de hipotiroidismo, así como un análisis de TSH anual.

**Comentario:** ¡Carambas!... me parece que prescribimos con mucha facilidad levotiroxina. Esto es un buen llamado a que lo hagamos más racionalmente





## EL AÑO DE LA MISERICORDIA

Gabriel Sáenz\*\*\*\*



### Año de la Misericordia

<http://www.ubradigital.com/web/wp-content/uploads/2016/01/NC31810-misericordia-logo.jpg>

Para esta reflexión, nuestro Peregrino, cargado de la misericordia de Dios, toca la puerta de cada corazón.

El 8 de diciembre del año que pasó, día de la Inmaculada Concepción de María, el Papa Francisco declaró iniciada la solemnidad del año santo jubilar y abrió en la basílica de Letrán en Roma la puerta santa de la misericordia. Con tal motivo, dio a conocer la bula del jubileo de la misericordia: "*Misericordiae Vultus*", que traduce "El Rostro de la Misericordia", esa misericordia de Dios que es insondable, más grande que cualquier pecado. En este mensaje dice Francisco: "*Desde la intimidad más profunda del misterio de Dios brota y corre sin parar el gran río de la misericordia... cada vez que alguien tenga necesidad podrá venir a ella, porque la misericordia de Dios no tiene fin*". Y es que a la acción de la misericordia necesariamente va ligado el perdón, conceptos que están íntimamente relacionados con la tan anhelada paz en nuestro país.

Esta fecha coincide a su vez con la conclusión del Concilio Ecuménico Vaticano II, hace 50 años, cuyo canon rige actualmente a la Iglesia Católica. Este año jubilar de la misericordia concluirá con la solemnidad de Jesucristo Rey del Universo el 20 de noviembre de 2016.

El ser humano, como ser racional, forma parte de una comunidad terrícola llamada *Homo sapiens*, donde cada individuo depende del otro, cada comunidad depende de la otra y todos dependemos de todos. Esta aceptación comunitaria la podemos llamar relación de misericordia, es decir, cómo hacer más próspera y alegre la existencia del otro.

Sin embargo, esta actitud de solidaridad y amistad debe ser voluntaria como seres racionales, y no instintiva; en otras palabras:

- Ponerme al servicio de la otra persona para que ella encuentre lo que necesita para realizarse.
- Con todo lo que soy y todo lo que tengo, ofrecerme para que el otro encuentre en mí, o a través de mí, lo que necesita para ser feliz y realizarse hasta dar la vida si es necesario.

\*\*\*\* Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC.



- Poner todo mi empeño para comprender y PERDONAR sin desistir ni desesperarme.
- Llorar con el que llora y reír con el que ríe.

Estas actitudes de la voluntad son el principio del amor a todo ser humano, a la naturaleza, a los animales y a mí mismo. Si tú las practicas serás una persona misericordiosa. La misericordia de Dios hacia la humanidad y todo lo creado se ha hecho visible en Jesucristo. Su vida en la tierra, hace dos mil años no fue sino misericordia, como nos lo relatan los cuatro evangelistas. En el evangelio de Lucas (Lc. 6: 37, 38), Jesús define la misericordia así: *"No juzguen y no serán juzgados, no condenen y no serán condenados, perdonen y serán perdonados"*.

El evangelio de San Mateo (Mt. 25: 31-46) refiriéndose a quienes tuvieron misericordia dice: *"...entonces el Rey dirá a los de la derecha: vengan benditos de mi Padre a recibir el reino preparado para ustedes desde la creación del mundo, porque tuve hambre y me dieron de comer, tuve sed y me dieron de beber, era emigrante y me recibieron, estaba desnudo y me vistieron, estaba enfermo y me visitaron, estaba en la cárcel y me vinieron a ver... les aseguro que lo que hayan hecho a uno solo de estos, mis hermanos menores, me lo hicieron a mí"*.

Otro episodio evangélico, paradigma de la misericordia divina es el relato de la parábola del hijo pródigo o del Padre misericordioso considerada como una joya de la literatura universal. Relata la parábola que, estando todavía lejos el hijo, lo vio su padre y conmovido corrió, lo abrazó besándolo efusivamente sin hacerle ningún reproche (Lc. 15: 11-32).

Lo contrario a la misericordia, dice el Papa, es la condena y el juicio contra alguien: *"...cuánto mal hacen las palabras cuando están motivadas por sentimientos de celos y envidia"*. Ya para acabar su mensaje Francisco critica duramente la corrupción que destruye todo a su paso, es la anti-misericordia por excelencia.

Asimismo, el Pontífice se refiere al terrorismo en el mundo llamándolos a la reflexión: *"...pienso en modo particular a los hombres y mujeres que pertenecen a algún grupo criminal, cualquiera que este sea. Por su bien les pido cambiar de vida. Se los pido en el nombre del Hijo de Dios que, si bien combate el pecado, nunca rechaza a ningún pecador. No caigan en la terrible trampa de pensar que la vida depende del dinero y que, ante todo, el resto se vuelve carente de valor y dignidad. Es solo una ilusión. No nos llevamos nosotros el dinero al más allá. El dinero no nos da la verdadera felicidad. La violencia usada para amasar fortunas que escurren sangre no convierte a nadie en poderoso ni en inmortal. Para todos, tarde o temprano, llega el juicio de Dios del cual ninguno puede escapar... ieste es el tiempo oportuno para cambiar de vida!... escuchen el llanto de todas las personas despojadas por ustedes de la vida, de la familia, de los afectos y de la dignidad... el Papa les tiende la mano, está dispuesto a escucharlos."*

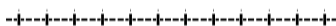
Para quienes trabajamos en el campo de la salud, pensemos que misericordia es poner el corazón de Dios, que es misericordioso, en la miseria y en la enfermedad del paciente. Al fin, tú tienes ese corazón, por eso Él te llamó para el trabajo que realizas.

Entra este año, entra por la puerta de la misericordia de Dios a través de Cristo y encontrarás infinita paz y regalos, por difíciles que sean tus problemas.

### Propuesta

Medita el Salmo 24(25):

*"Acuérdate Señor de tu misericordia y de tu amor, que son eternos"* (Sal 24: 6).





## NOTICOMUNITARIA

### APERTURA DEL CURSO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Ángela María Hernández<sup>§§§§</sup>

En el Centro Médico Corpas Lisboa, se dio inicio el pasado 28 de enero del presente año, al curso de Estimulación Temprana, el cual está dirigido a las familias que tienen hijos entre los 4 y 18 meses de edad.



*Esperamos que este tipo de iniciativas de educación comunitaria sean de gran provecho para la población y que cada día se vinculen más familias al centro médico comunitario.*



---

<sup>§§§§</sup> MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Agregado FUJNC  
angela.hernandez@juanncorpas.edu.co



## INICIO DE LA SEGUNDA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA PIPSA

Por: Ángela María Hernández\*\*\*\*

En el mes de febrero de este año se dio inicio a la segunda intervención del Programa Integral para la Promoción de la Salud del Adolescente (PIPSA). En esta ocasión se realizará el trabajo de diagnóstico e intervención en problemáticas psicosociales a los adolescentes a partir de sexto grado y los acompañaremos durante toda su trayecto de bachillerato.

El programa está diseñado para trabajar con los adolescentes, docentes, orientadores y padres de familia de tres colegios públicos de la localidad de Suba (pertenecientes a la UPZ 71) desde el 2016 hasta el 2021.



# PIPSA

PROGRAMA INTEGRAL DE PROMOCION DE SALUD DEL ADOLESCENTE

*Esperamos que este trabajo traiga frutos positivos para la población adolescente y sus familias.*

---

\*\*\*\* MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Agregado FUJNC  
angela.hernandez@juanncorpas.edu.co



## SESIÓN LÚDICA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL

Por: Jenny Paola Salamanca<sup>+++++</sup>

El primer grupo de estudiantes de Medicina de 9º semestre de la rotación de Escolares en Pediatría Comunitaria, preparó y llevó a cabo una sesión lúdica sobre la importancia de la salud oral en la edad escolar. A través del taller que se realizó con los niños de primer grado de primaria en el colegio Gonzalo Arango, se les enseñaron los mejores hábitos de salud oral, incluyendo el cepillado y el uso de la seda dental. Cerca de 40 niños y niñas del colegio recibieron por parte de los estudiantes un kit de salud oral compuesto por cepillo de dientes, vaso plástico, crema dental, seda dental y un pequeño detalle para niños y niñas.



*¡Corpas presente en la comunidad!*

---

<sup>+++++</sup> MD, Docente FUJNC - [jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co](mailto:jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co)





**Carta Comunitaria**

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:

Jenny Alexandra Pinzón R.  
William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera  
Gonzalo Bernal F.  
Gabriel Sáenz  
Guillermo Restrepo Ch.  
Mario Villegas N.  
Docentes Departamento de Medicina Comunitaria  
José Gabriel Bustillo P.  
Carlo Rizzi  
Juan Carlos Velásquez