

Una mirada al chequeo ejecutivo desde la Bioética

Executive medical check-up under bioethics

Carlos Mario González Vásquez¹

RESUMEN

Se revisan los diferentes problemas que plantea el chequeo médico ejecutivo desde la Bioética. Se analizan cómo son afectados la veracidad, el principio de no maleficencia y el principio de justicia. Por último, se vincula el chequeo ejecutivo a la llamada medicina del deseo.

Palabras clave: Examen físico. Bioética. Beneficencia. Ética.

SUMMARY

Problems surrounding executive medical check-up were analyzed from the bioethical standpoint. This article deals with how truthfulness and the principles of non-maleficence and justice are affected. Finally, executive medical check-up is linked to the so-called "medicine of desire".

Keywords: physical examination; bioethics; beneficence; ethics.

1 Médico radiólogo. Hospital Pablo Tobón Uribe y Serad Ltda. Medellín, Colombia

Correspondencia: Carlos Mario González Vasquez. Correo electrónico: carlosmgonzalez@une.net.co

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2010

Fecha de aprobación: 28 de marzo de 2011

INTRODUCCIÓN

El chequeo ejecutivo es un conjunto de exámenes que se les realiza a pacientes asintomáticos para confirmar su estado de salud. Está ampliamente difundido y cada hospital, clínica o centro de diagnóstico diseña su propio o propios chequeos ejecutivos para ofrecer a un público que está cada vez más obsesionado y preocupado por su salud. Los chequeos cambian de centro a centro e, incluso, algunos hospitales ofrecen diferentes tipos de chequeo (chequeo con énfasis en el sistema cardiovascular, chequeo con énfasis en sistema digestivo, etc.).

El chequeo ejecutivo cumple todas las definiciones y características de una prueba de tamización: prueba que se aplica a población asintomática para detección precoz de una enfermedad. Y toda prueba de tamización conlleva riesgos.

Pretendo hacer una revisión de los problemas éticos del chequeo ejecutivo.

PROBLEMAS ÉTICOS DEL CHEQUEO EJECUTIVO

La veracidad

La verdad está seriamente comprometida en el chequeo ejecutivo. En la difusión y promoción de los chequeos se usan frases que son del campo de la publicidad y no del campo médico o científico. Veamos algunas:

“Hemos diseñado un examen de prevención y diagnóstico temprano de las diferentes condiciones que pueden afectar el estado de salud en mujeres y hombres”¹.

“...pueden utilizar esta tecnología de diagnóstico en beneficio de su salud actual y futura”¹.

“Radiografía de tórax: sirve para determinar el tamaño del corazón, mirar los pulmones y detectar cáncer u otras enfermedades”¹.

“Evitar un examen por la molestia que causa puede terminar en graves consecuencias”¹.

“...el cual ha sido estructurado específicamente para responder a las necesidades de personas sanas, especialmente profesionales o ejecutivos(as), que quieran conservar un estado de salud óptimo”².

“El Chequeo Médico Ejecutivo AMA es un programa que debe ser tomado por profesionales o ejecutivos(as), conscientes de las repercusiones que tiene el estado de salud sobre la calidad de su vida tanto profesional como personal:

- Hombres y mujeres mayores de 30 años.
- *Exámenes especiales como la prueba de esfuerzo para evaluar situación cardíaca.*
- *Ultrasonido abdominal para descartar patologías en dicha zona.*
- *Radiografía de tórax para descartar lesiones pulmonares”².*

“Se recomienda a todas las personas realizar el Chequeo Ejecutivo una vez al año”².

“El Chequeo Médico Ejecutivo ayuda a fortalecer la relación médico-paciente, en personas sanas que quieren conservar un buen estado de salud, proporcionándoles una oportunidad de expresar sus preocupaciones personales y profesionales a los médicos especialistas del programa”².

“El Chequeo Médico Premium impide que sucedan casos como los mencionados pues se basa en imágenes del interior del cuerpo detectando enfermedades pasadas por alto en los chequeos convencionales”³.

“Este chequeo detecta la mayor cantidad de enfermedades. Tiene sensibilidad del 99.8% comparado con un máximo del 17% de exámenes similares, es decir: detecta 5 veces más enfermedades”³.

“Evita la biopsia de próstata pues detecta qué eleva el antígeno prostático (PSA), evita

*la laparoscopia, pues detecta muchas más enfermedades y sin ningún riesgo. Evita otras intervenciones invasivas y peligrosas. Indoloro. Rápido: 3 horas. No requiere hospitalización. Seguro. Preparación simple el mismo día del examen. Resultados al siguiente día laboral. Ecografías C.A.D. en Color: ojos, parótidas, sublinguales, submaxilares, carótidas, yugulares, tiroides, pared abdominal, seno, pene, escroto y testículos, corazón, tórax, hígado, vía biliar, páncreas, bazo, estómago, duodeno, aorta, cava inferior, riñones, suprarrenales, intestino, uréteres, vejiga, útero, ovarios, parametrios (tv), próstata (tr), v. seminales; artrosonografía miosonografía si requeridas*¹³.

*“Análisis Computarizado (C.A.D.) Nuestro software es exclusivo y usa datos matemáticos de los hallazgos, confrontados con valores normales y desviaciones estándar, automatizando el diagnóstico y mejorando la sensibilidad y precisión. El proceso ecográfico en color también exclusivo, ha sido mejorado durante muchos años de investigación. Todo ello aporta una visión conjunta y objetiva del estado general del paciente y de cada órgano evaluado*¹³.

*“El chequeo ejecutivo es una valoración médica dirigida a evaluar el estado real de salud, identificar los factores de riesgo y diseñar las estrategias de control que le permitan al paciente una vida más larga y de mejor calidad*¹⁴.

En estas frases la verdad está seriamente comprometida por varias razones de las cuales voy a mencionar tres. Primera, algunas de ellas dan a entender que se conservará la salud en un futuro y por un buen tiempo y, siendo la enfermedad un evento fortuito, ningún examen o estudio puede garantizar la salud para el futuro. Segunda razón, le otorgan a los estudios capacidades diagnósticas que no tienen y que no están sustentadas en la literatura. Tercera, la calidad de vida se reduce a la ausencia de enfermedad, lo que es una visión simplista y tergiversada.

Un soporte de los chequeos son las imágenes médicas. Una de ellas es la radiografía de tórax

que está incluida en prácticamente todos los chequeos estudiados. La radiografía de tórax no está recomendada como política de salud. Los estudios controlados y con asignación aleatoria fallaron en reducir la mortalidad y morbilidad por el cáncer de pulmón⁵. Otro estudio de imagen ampliamente difundido en los chequeos es la ecografía de abdomen y este estudio tampoco está validado como prueba de tamización.

Además de usar frases que son sólo del campo publicitario, hay otras cuyo objetivo es generar miedo o preocupación y decir que el chequeo se los va a resolver. El miedo es una herramienta de poder. Y toda relación basada en el temor es asimétrica y atenta contra la autonomía del paciente.

También en el chequeo ejecutivo está comprometida la verdad por omisión. Ninguna de las páginas o folletos consultados informa de los riesgos de los estudios y pruebas ni de sus limitaciones para dar la sensación de infalibilidad. Los que incluyen las tomografías computarizadas con equipos multidetectores no informan de la dosis de radiación y tampoco se informa del riesgo de necesitar nuevos estudios o procedimientos adicionales entre los que se incluyen biopsias por lesiones encontradas incidentalmente.

Hay pues mentira en la difusión y promoción de los chequeos ejecutivos. Y “en el pasado, posiblemente el peor enemigo fue la ignorancia pero ahora, con el exceso de información y su mal uso, el peor enemigo es la mentira. Mentir, por definición, es tergiversar la información o discernir un concepto sin tener conocimiento suficiente. Como profesionales de la medicina, no se puede vivir un presente sobre el cual se construya un futuro si las decisiones no se basan en un conocimiento íntegro”⁶.

EL PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

Toda prueba de tamización hace daño. Es por eso que la implementación de una prueba de tamización deba basarse en estudios

controlados y con asignación aleatoria (nivel de evidencia 1) que demuestren que se mejora la sobrevida o la calidad de vida de los miembros de una sociedad.

Este es el problema ético de la tamización. Los beneficios son para personas distintas a las que les causamos daño. La mayoría de las personas que ingresan a un programa de tamización no se beneficia de él. Por ser asintomáticos es imposible mejorarlos y es muy fácil dañarlos. Y ningún daño producido a una persona sana debe ser considerado a la ligera. Una prueba de tamización es aceptada por la ética si disminuye la mortalidad⁷.

Los pacientes de tamización no son pacientes sino individuos o sujetos. No llegan a ser pacientes hasta que la prueba de tamización sea positiva⁷. Para hacer una prueba de tamización, la enfermedad debe ser lo suficientemente común como para que el beneficio encontrado por la minoría de los sí enfermos supere el daño producido a los sanos. La prueba debe, además, detectar la enfermedad en un estadio temprano y la enfermedad debe tener tratamiento, si no curativo, que sería lo ideal, al menos que aumente la sobrevida⁸. En el chequeo ejecutivo no hay una enfermedad foco de estudio sino una búsqueda basada en la tecnología a ver qué se encuentra. Y se extrapolan los resultados de programas de tamización ya definidos para justificarlo.

El examen ideal de tamización es aquel que detecta la enfermedad cuando es curable, no tiene falsos positivos, no tiene falsos negativos y no hace daño. Y este examen no existe.

Las pruebas de tamización hacen daño por varios mecanismos. Veamos algunos:

Primero, los falsos positivos que hacen daño no sólo por la ansiedad sino por la morbilidad de biopsias o de otros procedimientos diagnósticos necesarios para confirmar o descartar lo encontrado. Recordemos que la mayoría de las personas a las que se les va a aplicar la prueba no recibe ningún beneficio de ella.

Segundo, los falsos negativos que dan falsa tranquilidad a los pacientes, lo que los lleva a demorar y retardar nuevas consultas y que permite que enfermedades no detectadas lleguen a estadios avanzados.

Tercero, diferenciar diagnóstico precoz y alteración del curso de la enfermedad. Encontrar una enfermedad precozmente puede no ser suficiente. El cáncer, por ejemplo, mata no por destruir el órgano en el que se originó sino por destruir muchos otros órganos. Si el cáncer ya ha hecho metástasis en el momento en que la prueba de tamización lo detecta, el curso de la enfermedad no se altera y estaremos haciendo daño ya que el paciente tiene conocimiento de la enfermedad por más tiempo. Esto se llama el adelanto diagnóstico.

Cuarto, detectar enfermedades indolentes o cánceres *in situ* que nunca se iban a transformar en cánceres invasores y a los que les vamos a dar tratamiento o a hacer biopsias. Sabemos de la existencia de cánceres en autopsias. Esto es el sobre diagnóstico o la pseudo enfermedad. Se sustenta en que no todos los cánceres son letales como se demuestra en las autopsias. Si la prueba de tamización detecta estos cánceres no letales, causará ansiedad y tratamientos costosos y dañinos que son innecesarios. Estos cánceres no letales se contarán como cánceres detectados oportunamente y como vida salvada. Por ejemplo, en mamografía, el carcinoma ductal *in situ* es una lesión no letal. Mientras no tenga acceso a linfáticos y vasos no hará metástasis y no podrá matar.

Cualquier estudio que trate de validar la importancia y utilidad del chequeo ejecutivo verá comprometida su validez por el sesgo de selección. Los pacientes que participan en los chequeos son personas que tienen especial interés en su salud y tienden a ser más sanos que el promedio de la gente y así la prueba puede mostrarse como beneficiosa.

Después de ver las dificultades que hay para validar una prueba de tamización, llegamos al punto que actualmente los experimentos o

ensayos controlados, aleatorios son el único método aceptado para hacerlo. No es posible demostrar beneficio en sobrevida o en mortalidad si no se tiene grupo control al cual no se le aplica la prueba de tamización. Puede ser imposible eliminar todos los sesgos pero la única forma de eliminar los sesgos antes mencionados es a través de este tipo de ensayos. Y en la búsqueda realizada, no hay ningún estudio que valide el chequeo ejecutivo.

LA JUSTICIA

En la bioética personalista, la verdadera justicia consiste en dar a cada uno el bien que le corresponde⁹. La persona que va a un chequeo ejecutivo no recibe ese bien que le corresponde. Además de no poderlo mejorar porque está sano, se le está sometiendo a riesgo que puede concretarse en un daño. Este riesgo se incrementa en la medida en que se utilizan tecnologías más costosas. La bioética personalista reconoce a Hipócrates como el referente histórico de la protección a la persona desde el imperativo de “*primum non nocere*” (lo primero es no hacer daño)⁹.

El chequeo en Colombia cuesta entre COP\$1 300 000 y COP\$2 400 000. En Estados Unidos cuesta en promedio 1 150 dólares¹⁰. Sin importar quién sea el pagador, todo sistema de salud debe propender por la distribución equitativa y justificada de los recursos. Destinar estas cuantías a pruebas no validadas científicamente es ir en contra del principio de justicia.

El problema de los recursos en salud es mundial. El gasto en salud en Canadá en el 2007 fue de 160 billones de dólares que representó más del 10% del Producto Interno Bruto. Los recursos en Estados Unidos llegan al 14% del Producto Interno Bruto¹¹. A pesar de ello, hay inconformidad y la salud es objeto de permanentes reformas. Si la sociedad médica no se hace responsable de los gastos, cada vez veremos mayor injerencia en nuestro trabajo por parte de administradores, economistas y abogados. Y ese responsabilizarnos de los

gastos incluye ser garantes con los estudios que sugerimos y ordenamos. El chequeo ejecutivo no es ni responsable ni prudente en cuanto a gastos se refiere.

Hay en el chequeo ejecutivo otro factor que afecta la justicia. En todas las clínicas y hospitales que tienen el programa, la atención del paciente de chequeo tiene prioridad sobre la de los pacientes hospitalizados y realmente enfermos. Se atienden primero que los pacientes hospitalizados o realmente enfermos a quienes se les retrasan y demoran sus exámenes. Son acompañados permanentemente por una enfermera y se les atiende en forma preferencial en el laboratorio y en el departamento de imágenes. Se desvían entonces de manera desproporcionada recursos hacia personas sanas.

CHEQUEO EJECUTIVO Y MEDICINA DEL DESEO

El término “medicina del deseo” ha sido acuñado para explicar el hecho de que ya los pacientes (mejor nuevos clientes) ya no necesitan al médico para aliviar la enfermedad sino para aproximar y ajustar las condiciones del propio cuerpo al estilo de vida que desea. Y este fenómeno de medicalización de la vida crea adicciones perversas de tal manera que la demanda de servicios sanitarios termina por hacerse virtualmente infinita. Los ejemplos más claros de medicina del deseo se encuentran en la cirugía estética pero también se incluyen el diagnóstico preimplantacional para la selección de sexo, cesáreas programadas (en cuyo caso no se define bien si es el deseo de los padres o del ginecólogo), la drogas para mejorar la potencia sexual o el rendimiento físico y muchas más¹². Considero que el chequeo ejecutivo es una manifestación de la medicina del deseo porque es motivado y vendido como un medio para conservar la salud. El paciente desea saber que está sano y el chequeo se vende con esa propiedad que, como ya vimos, es falsa.

En la actualidad, la definición de salud se encuentra alterada por una confrontación de

conceptos al punto que llega a considerarse como saludable lo enfermo y como enfermo a lo sano: “Desde Hipócrates, la medicina se ha definido por el respeto y protección de la persona enferma. Se trata ahora de saber si la medicina está al servicio de la persona humana y su dignidad o si el médico se considera ante todo un agente de la colectividad al servicio de los sanos”⁹.

CONCLUSIÓN

El chequeo ejecutivo plantea problemas éticos serios que deben llevar a un análisis juicioso y discusión por parte de los comités de ética de todas las clínicas y hospitales en los que se ofrece. Aunque es fuente de recurso, se basa en falsas expectativas, verdades a medias y mentiras que no lo justifican.

A toda persona que se vaya a realizar un chequeo ejecutivo, se le debe informar sobre los riesgos y debiera solicitársele consentimiento informado después de explicarle las formas como puede hacerle daño.

También considero que al ser un procedimiento no validado, debiera realizarse en el contexto de investigación en humanos, dentro de protocolos de investigación cuyo objetivo sea encontrar la utilidad real del procedimiento y con las normas éticas vigentes para la investigación.

Aspiro a que esta mirada inicial propicie la reflexión y sea nutrida. El ejercicio médico no debe olvidar sus cimientos éticos cuando está frente a personas sanas. El chequeo ejecutivo es un producto comercial y no lo encuentro justificado por fuera de un protocolo de investigación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Fundación Cardioinfantil. Chequeo médico Advance [Internet]. Bogotá: Fundación Cardioinfantil; 2009 [acceso 25 de octubre de 2009]. Disponible en: http://www.cardioinfantil.org/html/archivos/chequeo_advance.htm
2. Asociación Médica de los Andes. Chequeo médico ejecutivo [Internet]. Bogotá: AMA; 2009 [acceso 25 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.ama.com.co/cheeje.htm>
3. Díaz-M GE. Nuestros chequeos médicos ejecutivos [Internet]. Bogotá: drgdiaz.com; 2009 [acceso 25 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.drgdiaz.com/eco/syscan.shtml>
4. Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas. Chequeos ejecutivos [Internet]. Caldas: Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas; 2009 [acceso 25 de octubre de 2009]. Disponible en: http://www.santasofia.com.co/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=69&Itemid=149
5. Soda H, Oka M, Tomita H, Nagashima S, Soda M, Cono S. Length and lead time biases in radiologic screening for lung cancer. *Respiration*. 1999;66:511–517
6. InSer. Inserto [Internet]. Medellín: InSer; 2009 [acceso 25 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.inser.com.co/vp5253/sp/programas-/programas-de-educacin-en-prevencin-de-la-infertilidad#ancla>
7. Clark R. Principles of cancer screening. *Radiol Clin North Am*. 2004;42:735-746
8. Kopans DB, Monsees B, Feig SA. Screening for cancer: when is it valid?--Lessons from the mammography experience. *Radiology*. 2003; 229: 319-327
9. Dedicar un día a la salud es poco para las molestias que se puede ahorrar durante el resto del año. *Portafolio* [Internet]. 2009 Ene 10 [acceso 25 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/archivo/documento/CMS-4747563>.
10. Little J, Potter B, Allanson J, Caulfield T, Carroll JC, Wilson B. Canada: public health genomics. *Public Health Genomics*. 2009;12(2):112-20.
11. Pediatría basada en pruebas [Internet]. Madrid: pediatriabasadaenpruebas; 2010 [acceso 7 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/>.