

Repercusiones éticas de los programas de pesquisaje masivo en el control del cáncer

[Juan J. Lence Anta](#)

Resumen

Los programas masivos de pesquisaje para el control del cáncer provocan riesgos de orden biológico, psicológicos y sociales. El presente trabajo pretende reflexionar sobre algunos aspectos éticos actuales relacionados con la implantación de dichos programas. La puesta en marcha de un pesquisaje debe responder a un minucioso análisis de los procedimientos diagnósticos que permitan minimizar sus efectos colaterales. Se requiere que el pesquisaje sea efectivo en función del costo, esto es en sí mismo la justificación para su puesta en marcha. La disminución de la mortalidad entraña una menor carga para la sociedad, sin embargo, la reflexión ética inclina a pensar que el beneficio debe ser esencialmente individual antes que colectivo. La suposición de que el diagnóstico temprano es siempre beneficioso y que el tumor detectado en una etapa temprana produciría los mejores resultados terapéuticos, ha sido objetada para algunos tipos de cánceres. La política de los programas de pesquisaje del cáncer está cambiando en los años recientes. Su baja efectividad, las consecuencias éticas que se derivan del diagnóstico precoz o el alto costo de determinadas estrategias, hacen que se evalúen nuevas formas de abordar esta problemática que permitirá disponer de los recursos para ser utilizados en métodos menos costosos y de menor riesgo. La certeza de que más del 80 % de los cánceres pueden atribuirse a conductas riesgosas tales como el hábito de fumar y las dietas ricas en grasas animales, supone orientar las políticas de salud hacia la promoción de una vida saludable.

Palabras clave: Programas de pesquisaje masivo, control del cáncer, ética.

Introducción

La ciencia ha ido proporcionando al hombre un conocimiento cada vez más amplio de los procesos que afectan la salud y la tecnología aporta el medio de intervenir en niveles cada vez más complejos. Se abre entonces un campo importante de decisiones de gran alcance y el conocimiento científico no proporciona todas las determinaciones, es necesario pues un avance ético ya que se ha abierto un nuevo campo a la responsabilidad. En la medida en que se incrementa el conocimiento científico, este se ve más impregnado de contenido ético y humanista. El científico tiene que implicarse necesariamente en juicios morales que van desde la selección del objeto de investigación hasta la ejecución y generalización de los resultados que emanan de su trabajo.¹

El surgimiento y desarrollo de los códigos de la moral profesional, se ha considerado uno de los índices del progreso moral de la humanidad, en la medida en que

históricamente han expresado y reforzado el crecimiento del valor del hombre, confirmando los principios humanistas en las relaciones interpersonales.²

De modo más general se señala que el concepto de bioética comprende los problemas relacionados con valores, conductas y principios que surgen en todas las profesiones de la salud y son aplicados a las investigaciones biomédicas. Abordan además, cuestiones sociales relativas a la salud pública (organización, financiamiento y prestación de servicios) y amplía su marco hasta la experimentación en animales y los problemas del medio ambiente.³

Desde la época de *Hipócrates* hasta el siglo pasado, la eficacia de la medicina era bastante marginal y el médico decidía lo que era bueno para el paciente (modelo paternalista). La evolución de la sociedad ha determinado relaciones éticas diferentes que han otorgado al paciente la posibilidad de decidir lo que le conviene y lo que desea de la vida -principio de autonomía- así como postulados de bioética en los que los pacientes y médicos se asocian en busca de la mejor decisión.^{4,5}

Lo cierto es que se vislumbra en este camino un importante problema ético que se presenta cuando el paciente ignora lo relativo a su enfermedad y su terapéutica, lo que lo limita no sólo para opinar, sino también para tomar decisiones ante su futuro inmediato. Similar situación se presenta con individuos sanos sometidos a programas de pesquiasaje y prevención. En el primer caso la ética impondría a los médicos asistenciales la necesidad de informar a sus enfermos con el fin de otorgarles la posibilidad de decidir, en el segundo los planificadores de salud deben informar y educar a la población sobre los riesgos y beneficios que implica la práctica de ciertas tecnologías.

En el año 1973, la asamblea de representantes de la Asociación Americana de Hospitales⁶ aprobó la declaración de derechos de los enfermos a conocer todo lo relativo a su enfermedad, tratamiento y riesgos potenciales, con el fin de poseer óptima información para tomar decisiones.

En el año 1981 se adoptó por la xxxiv Asamblea Médica Mundial, la Declaración de Lisboa⁶ sobre los derechos del paciente. En esta declaración se enfatiza sobre la libertad del enfermo a escoger a su médico, ser adecuadamente informado sobre el tratamiento y poder decidir si lo rechaza o acepta. Se plantea además, en otra declaración, los derechos referidos a vivir y morir con dignidad y a recibir o rechazar asistencia espiritual o moral.

No se encuentra implícito en ninguna de estas declaraciones, ni en otras revisadas a la luz de estas reflexiones, los derechos de las personas sanas ante la aplicación de nuevos métodos de pesquiasaje para la prevención de ciertas enfermedades.

Las tecnologías más simples se emplean hoy más intensamente que en el pasado para fines de diagnóstico y prevención, pero también por razones netamente rutinarias. El uso indiscriminado de la tecnología genera tasas altas de iatrogenia clínica, además de daños culturales y sociales.⁷

El empleo abusivo de la tecnología diagnóstica se ha incrementado en los últimos años: exámenes de laboratorio de rutina, pruebas radiológicas, ultrasonográficas,

endoscópicas, entre otras, constituyen ejemplos claros de esto. *Vilarde* en 1990, en su trabajo sobre problemas éticos de la tecnología médica, menciona diferentes ejemplos tales como un estudio llevado a cabo en Los Estados Unidos en el que de 6 200 análisis practicados a 2 000 pacientes, más del 60 % no se justificaba.⁸

En una población sana, cuyos miembros son susceptibles de padecer un día una enfermedad cancerosa, los problemas éticos no son menores en relación con los programas de pesquiasaje en lo que concierne al aseguramiento de la calidad, y de la evaluación médica y socioeconómica, donde a los posibles beneficios individuales se oponen las dificultades económicas y la orientación de las políticas de salud.⁹

En algunos casos el pesquiasaje acarrea un diagnóstico precoz que incluso podría determinar un detrimento en la calidad de vida del individuo. Los estudios costo-efectividad pueden proporcionar cambios en las estrategias y políticas de salud, priorizando otras intervenciones menos costosas y de mayor efectividad, o destinando los recursos hacia otras áreas, tales como el saneamiento ambiental.

Los programas masivos de prevención, tales como los programas de pesquiasaje del cáncer, de igual modo que la mayoría de las tecnologías en salud provocan riesgos de orden biológico y/o psicológico, por lo que tomar en cuenta la seguridad de los individuos en términos de *un juicio de la aceptabilidad del riesgo*, es imprescindible desde el punto de vista ético.¹⁰

Por otro lado no debe pensarse sólo en el riesgo implícito a la propia tecnología, sino también el que se deriva cuando no se dispone del personal suficientemente calificado, o no se cuenta con una infraestructura sanitaria adecuada.

El presente trabajo pretende reflexionar sobre algunos aspectos éticos relacionados con la puesta en práctica de programas masivos de pesquiasaje para el control del cáncer.

Desarrollo

Para muchos médicos el pesquiasaje es todavía una noción vaga y mal asimilada. A menudo incluso hay cierta confusión entre pesquiasaje y diagnóstico precoz. El pesquiasaje es por definición la selección en una población presuntamente sana de un cierto número de personas presumiblemente enfermas.

Wilson y Youngner han definido los nueve principios fundamentales necesarios para la puesta en marcha de un pesquiasaje masivo del cáncer, a los cuales la mayor parte de los autores hacen referencia:^{11,12}

- Tratarse de una enfermedad frecuente y conocida.
- Con una fase de enfermedad preclínica o período de latencia lo suficientemente largo.
- Que pueda ser puesta en evidencia por una prueba relativamente sencilla, fácil de realizar y que no entrañe secuelas para el paciente.
- Que sea una prueba con suficiente y probada validez (medida por su sensibilidad, especificidad y valores predictivos).
- Que existan pruebas subsiguientes para confirmar el diagnóstico.

- La prueba debe ser atractiva y no invasiva: de modo que se facilite su aceptabilidad por la población beneficiaria y se minimicen los riesgos.
- Efectiva: a un costo adecuado de modo que este no sea desproporcionado en relación a los costos de la atención médica.
- Debe existir un tratamiento oportuno y adecuado, que conlleve a minimizar el detrimento de la calidad de vida del enfermo.
- Eficaz: los resultados clínicos experimentales de los pacientes diagnosticados por la prueba deben ser mejores que los diagnosticados de otro modo.

Es necesario entonces la evaluación de la pertinencia teórica del tamizaje teniendo en cuenta todas las características antedichas que necesita una prueba diagnóstica para formar parte de un pesquisaje masivo, los recursos con que se cuenta y las prioridades de salud, sobre una base epidemiológica competente.

La puesta en marcha de programas de pesquisaje impone además a la comunidad médica un conjunto de reflexiones y decisiones administrativas con sus respectivas implicaciones éticas.

En materia de prevención se citan cuatro principios éticos deseables: *respeto a la persona y a su autonomía, no maleficencia, beneficencia y el principio de justicia social, en cuanto al acceso al pesquisaje*.¹²

El respeto a la autonomía de las personas, el respeto humano, requiere de una información clara, leal y apropiada a partir de un consentimiento informado. Particularmente, tratándose de una medida de prevención propuesta por el médico, las explicaciones deberían ser perfectamente comprendidas por el paciente para que este pueda dar su aprobación.

El individuo debe estar consciente de su papel en la salud pública, debe comprometerse después de saber cuáles son sus riesgos y sus beneficios, cuáles son sus derechos, y de esta manera comprometerse también con los derechos de la sociedad, elevando su conciencia sanitaria.

El principio de no maleficencia se basa fundamentalmente en minimizar los aspectos nocivos o negativos del pesquisaje. La puesta en marcha de un pesquisaje masivo organizado debe responder a un minucioso análisis de los procedimientos diagnósticos, *per se* ansiogénicos, que permita minimizar los efectos colaterales, los que a su vez repercutirán en una inaceptabilidad al pesquisaje por parte de los beneficiarios. En este sentido los sujetos *falsos positivos* conllevarán a exámenes diagnósticos más complejos. El simple hecho de proponer estos exámenes provocará en el sujeto una carga no despreciable de ansiedad. Así un resultado falso positivo incrementará la angustia del paciente y el costo global del pesquisaje. Un ejemplo de ello son los sujetos sometidos a pesquisaje de cáncer colorrectal mediante una prueba de *Sangre oculta en heces fecales*, prueba de baja especificidad (alta tasa de falsos positivos), lo que obliga a un alto porcentaje de sujetos a someterse a una prueba tan costosa e invasiva como la colonoscopia.

Un resultado *falso negativo*, aun cuando haría desaparecer la ansiedad, provocaría una falsa expectativa de salud. El paciente sería diagnosticado cuando los síntomas

aparecieran. Para el paciente esto constituye un verdadero retardo en el diagnóstico y con frecuencia una pérdida de las oportunidades de curación.

El principio de beneficencia radica en la necesidad de que el pesquiasaje masivo sea efectivo, es decir que la detección y el pronóstico deben ser mejorados, fundamentalmente una disminución coherente de la mortalidad. Esto es en sí mismo la justificación para su puesta en marcha. Ello obliga, por un lado, a estudios epidemiológicos muy serios y por otra, a una organización perfecta con un sistema paralelo y confiable de información estadística que permita conocer la incidencia de la enfermedad y los casos detectados por el programa. La disminución de la mortalidad entraña, más que beneficios individuales, una menor carga para la sociedad. Los casos diagnosticados serán cada vez más casos en estadios menos avanzados de la enfermedad, con mayores oportunidades de curación.

En principio, la implantación de un programa organizado es considerado como una forma de reducir las desigualdades sociales en materia de salud y bienestar social. El respeto a la justicia social en torno al pesquiasaje debe asegurar al paciente facilidades de acceso y gratuidad de las medidas preventivas. Sin embargo las deficiencias organizativas, el déficit de información y la falta de recursos, aun frente a una cobertura potencialmente global resultan en un freno a este acceso.

Otras consideraciones de mayor alcance social se derivan también de la implantación de un programa de pesquiasaje.

¿Se evalúan los riesgos potenciales del pesquiasaje a corto, mediano y largo plazo que podrían sufrir los individuos, sus familiares, o la sociedad en general?

Además de las complicaciones clínicas que puede tener para un individuo la aplicación de determinada prueba diagnóstica, un diagnóstico temprano de cáncer entraña una responsabilidad que deberá ser asumida por el individuo, sus familiares y la sociedad. La prolongación de la vida, conlleva, en términos generales, a un incremento de la tercera edad y por tanto es una responsabilidad del estado establecer servicios sociales y médicos para esas personas, y garantizar la atención médica de otras enfermedades comunes a esa edad. Un cáncer detectado precozmente puede tener una mejor evolución clínica, pero, ¿se hubiera manifestado a lo largo de la vida del paciente?

La puesta en práctica de un programa de pesquiasaje exige cada vez más un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad.

La cultura de la población, sus creencias y valores son elementos esenciales a tomar en cuenta en el momento de incorporar un nuevo programa de salud, tales como los programas de prevención y educación sanitaria, que requieren de la participación activa de la sociedad, y donde el marco de referencia de valores éticos resulta determinante en el éxito o fracaso del pesquiasaje.

¿Se evalúan los costos del tamizaje en relación a sus posibles beneficios y se diseñan estudios que permitan decidir sobre otras alternativas de menor costo, o simplemente diferir el tamizaje y dedicar los recursos hacia otras acciones?

Harvey plantea la necesidad de evaluar las tecnologías de salud y asevera la complejidad de este campo de investigación en el que deben incluirse evaluaciones sobre la calidad de vida de los enfermos, así como estudios de costo-beneficio.¹³

Este aspecto constituye un verdadero problema ético, porque los estados deben discernir entre la aplicación de cierto programa, a determinados beneficios y costos y la de otros menos costosos, con beneficios casi idénticos o menores, para destinar óptimamente los recursos. Pero esto no resulta una cosa sencilla. Los programas de pesquiasaje del cáncer constituyen un ejemplo de ello, incluso en países desarrollados.

¿Se evalúa la accesibilidad a los servicios y la satisfacción con los servicios médicos relacionados con el programa, de proveedores y beneficiarios?

Muchos programas de pesquiasaje no alcanzan altas tasas de participación porque no se toman medidas acerca de las causas que dificultan la accesibilidad a dichos servicios.

Entre los servicios de salud y la población que los recibe, se derivan un grupo de relaciones funcionales que determinan su adecuada utilización: disponibilidad, costo, ubicación, horarios, confort, modo de organización, entre otras, constituyen un conjunto de obstáculos de los servicios para ser utilizados (resistencia) que tienen su contrapartida en las características de la población para vencer dichos obstáculos: ingreso, recursos de transporte, tiempo libre, tolerancia a las reglas burocráticas, conocimientos, creencias, actitudes, entre las más importantes (poder de utilización).¹⁴ Y de cada uno de ellos se derivan también consecuencias éticas.

En un estudio realizado sobre los aspectos psicosociológicos de los métodos de pesquiasaje masivo en cáncer se puso de manifiesto que las reticencias psicosociales constituyen el obstáculo mayor al éxito de una campaña de pesquiasaje.¹⁵

Estas reticencias provienen fundamentalmente de la actitud de las personas frente al cáncer y del principio intrínseco al pesquiasaje, que plantea la práctica de una prueba diagnóstica con el fin de revelar una enfermedad, en personas aparentemente sanas.

¿El pesquiasaje responde a la colectividad o al individuo?

Es necesario admitir que la reflexión ética hace pensar que el beneficio debe ser en esencia individual antes que colectivo.¹² Los gestores de un pesquiasaje deben tener presente el interés individual del paciente antes que el colectivo. El pesquiasaje debe enfocarse en el plano individual como una decisión voluntaria, para ello es necesario subrayar la necesidad de información. Es por eso que la puesta en marcha de ciertas campañas que favorecen la iniciativa personal de acudir a los exámenes de pesquiasaje es a menudo más lógica que la convocatoria personal a partir de listas que dejan la impresión de una circular administrativa.

La información derivada del pesquiasaje ¿es confidencial?

Por otra parte, la confidencialidad de la información debe estar asegurada. Los pacientes que no aceptaron los principios del pesquiasaje no deben ser nunca señalados como culpables en caso de contraer la enfermedad. Del mismo modo que debe exigirse el consentimiento de los individuos a participar del pesquiasaje, debe asegurárseles la

confidencialidad de la información derivada de las pruebas diagnósticas y el compromiso por parte de los proveedores de no servirse de dichos datos a título personal, sino solamente para fines de explotación y evaluación del programa.

¿Constituye un factor ético a tomar en cuenta en las decisiones sobre política sanitaria si la tecnología utilizada es eficaz y efectiva en función del costo?

Los beneficios potenciales (eficacia) de determinado programa de pesquiasaje en cáncer debe ser probado en términos experimentales antes de ser generalizado a toda la población. El ensayo clínico controlado aleatorizado es el diseño menos sesgado y el método más ético para llevar a cabo estos estudios. Pero estos beneficios deben ser probados en la práctica asistencial, después de implantado (efectividad) mediante la evaluación del impacto sobre la mortalidad de la enfermedad.

Como resultado de estas evaluaciones el programa deberá ser reconsiderado para tomar nuevas decisiones estratégicas, en cuanto a acciones, recursos y organización.

Sancho-Garnier en sus propuestas sobre problemas éticos ocasionados por las acciones de prevención, califica de no éticos aquellos programas de pesquiasaje puestos en marcha o generalizados a una población sin antes haber sido probados en términos de eficacia, y de efectos secundarios. Sin embargo, en ocasiones la práctica de un ensayo controlado es irrealizable por cuestiones éticas.¹⁶

La política de los programas de control de cáncer está cambiando en los años recientes. Hoy se discute la efectividad y los riesgos de la mayoría de los programas y se insiste en la promoción de una vida saludable.

La suposición de que el diagnóstico temprano a través del pesquiasaje es siempre beneficioso, y que el tumor detectado en una etapa muy pequeña de su crecimiento produce los mejores resultados terapéuticos fue primeramente objetado en el pesquiasaje de cáncer del pulmón.¹⁷

Esto fue seguido por la certeza de que el pesquiasaje de cáncer de mama por mamografía es ineficaz para reducir la mortalidad por esta enfermedad en las mujeres entre 40 y 49 años, al menos durante los primeros diez años posteriores al comienzo del programa. Se recomienda reevaluar regularmente estas suposiciones y evitar transferirlas de un tipo de cáncer a otro. Al establecer políticas de pesquiasaje se debe tener suficiente evidencia sobre las cuales fundamentar las decisiones que se tomen.

El pesquiasaje en cáncer está basado en la suposición de que el diagnóstico temprano, en la fase preclínica detectable (FPCD) o de sus precursores deviene en la mayor reducción de la mortalidad. Aún la convicción que soporta esta suposición es débil y fue recientemente modificada con los resultados de siete años de experiencia del estudio nacional de pesquiasaje de cáncer de mama en Canadá (NBSS).¹⁷

Resulta hoy de intensa preocupación el hecho de que en la mayoría de los lugares donde se aplican programas de pesquiasaje en cáncer, este no ha tenido el impacto deseado sobre la mortalidad. Esto expresa hoy un paradigma cambiante para la mayoría de los programas de control de cáncer que acometen un programa de pesquiasaje. Uno de los casos más representativos de este paradigma en el pesquiasaje del cáncer de próstata.

La historia natural del cáncer de próstata es heterogénea y es posible que los esfuerzos por la detección temprana de la enfermedad identifiquen algunos cánceres que no hubieran progresado a lo largo de la vida. Es también posible que algunos cánceres progresen hacia la muerte a pesar de la detección temprana y el tratamiento.

Muchos cánceres detectables son encontrados, pero ¿a qué costo, y a qué beneficio?

Podría incluso, haber un incremento de la mortalidad por cáncer de próstata debido a las complicaciones del tratamiento de la enfermedad en el anciano.

Entonces el entusiasmo actual por este examen debe ser revalidado. La comunidad científica internacional trabaja en este sentido, pero al parecer los resultados no estarán disponibles hasta el año 2010.¹⁸ Hasta que estos datos no estén disponibles, la decisión de usar un examen de pesquiasaje del cáncer de próstata requerirá de la comprensión de pacientes y médicos sobre los posibles beneficios y riesgos que pueden resultar y de las incertidumbres que conciernen a estos procedimientos.

Hay hechos recientes que indican que algunos de los beneficios del pesquiasaje del cáncer del cuello uterino se derivaron -incluso antes del comienzo del pesquiasaje con citología cervical- del diagnóstico temprano del carcinoma *in situ* o sus precursores.

La escasez de recursos económicos obliga a países en vías de desarrollo a adoptar y difundir sólo aquellas tecnologías de tamizaje y detección precoz del cáncer que son efectivas en función del costo. Todo ello restringe notablemente la generalización de los resultados obtenidos y por ende las posibilidades de su aplicación. Pero incluso, los recursos necesarios para la implantación de estas tecnologías podrían ser insalvables para países de bajos recursos. Se trabaja entonces en otras alternativas menos costosas de pesquiasaje.

Cuba constituye un ejemplo práctico de los aspectos discutidos anteriormente. El desarrollo incuestionable de la salud pública ha conllevado también a la puesta en práctica de programas de pesquiasaje de cuestionada efectividad, entre ellos, el desarrollo de un programa de control de cáncer provisto de costosas estrategias.

El establecimiento de las prioridades se ha realizado tomando en consideración el comportamiento de la mortalidad por cáncer de las diferentes localizaciones y la existencia de métodos diagnósticos confiables, además de una terapia efectiva. Estos programas han contado además con una infraestructura sanitaria que ha facilitado su puesta en práctica. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se ha evaluado adecuadamente su pertinencia en términos de costos, costo-beneficio y costo-efectividad, redundando en ocasiones en despilfarro de los recursos disponibles, con poco o nulo impacto sobre la mortalidad.

No se facilita la autonomía del beneficiario para elegir el uso de los recursos puestos a su disposición sobre una base de conocimientos y compromiso de participación conjunta entre beneficiarios y proveedores.

Puede afirmarse que la medicina cubana heredó el modelo *paternalista* de atención médica que existía al triunfo de la Revolución. Hoy día, aunque el modelo no ha cambiado definitivamente apunta hacia el desarrollo de uno más informativo donde el

paciente y el médico compartan el proceso de decisión. Pero ello necesita ineludiblemente de un mayor conocimiento de los riesgos y beneficios por parte de proveedores y beneficiarios.

Por otra parte, los profesionales que brindan los servicios y el personal que los recibe no están conscientes del costo de los recursos destinados a estos programas. Si a esto se une la escasez de recursos que ayuda a vulnerar la calidad de las acciones, el resultado es sin dudas, un despilfarro de los recursos, con las consiguientes consecuencias éticas. Un ejemplo de ello es que cada día se eleva el número de citologías cervicales con resultado "no útiles", debido a una baja calidad en la toma de muestra o a las dificultades con los recursos necesarios para el procesamiento de las láminas en los laboratorios de citodiagnóstico. Esta citología deberá ser repetida en un plazo no menor de un año, lo que produce desconfianza y ansiedad en los beneficiarios.

Sin embargo, a partir de los últimos años se vienen desarrollando investigaciones evaluativas que han permitido y permitirán reorganizar las políticas de pesquiasaje en concordancia con los recursos disponibles y los resultados del desarrollo científico técnico.19-21

Se puede concluir que durante el proceso de administración en salud, la investigación evaluativa viene a ser quizás, el modo en que el método científico se incorpora convenientemente a dicho proceso para fundamentar la práctica de los servicios de salud sobre la base de un verdadero balance entre recursos, acciones, efectos, población beneficiaria y ética.

Los aspectos éticos del pesquiasaje masivo del cáncer, están por tanto indisolublemente vinculados al proceso evaluativo que constituye el marco de referencia de la toma de decisiones, causa y consecuencia de este proceso.

La evaluación de la pertinencia debe ser reconsiderada localmente en función no sólo de la validez del método diagnóstico utilizado o la eficacia demostrada, sino también a la luz de las condiciones epidemiológicas regionales, los recursos, la infraestructura sanitaria, los riesgos y las características socioculturales (conocimientos, creencias y actitudes) de la población beneficiaria.

La gran ventaja resultante de la evaluación de los diferentes programas de pesquiasaje es que han permitido cambiar la mentalidad médica internacional sobre tres puntos:

1. Necesidad absoluta de un control de la calidad del pesquiasaje.
2. Necesidad frecuente de un diagnóstico pluricolegiado.
3. Necesidad de un sistema de información nacional que permita la evaluación del pesquiasaje en términos de su impacto y de los indicadores de proceso.

Un aspecto ético esencial está vinculado al conocimiento y entrenamiento del médico sobre el pesquiasaje e incluso sobre las cuestiones éticas propias y derivadas del pesquiasaje. La evaluación de la competencia médica es también un factor importante para la obtención de resultados.

El pesquiasaje puede provocar un uso indiscriminado de la tecnología, redundando en un mayor costo de los recursos de la atención médica. Es necesario considerar la historia

natural de la enfermedad para alcanzar los beneficios del pesquiasaje, historia natural que puede ser solamente apreciada estudiando los resultados del pesquiasaje.

El hecho de que un cáncer (o su precursor) sea detectado por una prueba de pesquiasaje es un indicador necesario pero insuficiente para precisar de que a ello seguirá un beneficio en términos de reducción de la mortalidad. Una vez que esto se comprenda será más fácil trabajar en sentido de la reducción del costo del pesquiasaje en que incurren aquellos que no aportan beneficios, mientras se retienen las ventajas y se disponen los recursos para aquellos que lo aportan.

La política de los programas de pesquiasaje del cáncer está cambiando en los años recientes. Su baja efectividad y las consecuencias éticas que se derivan del diagnóstico precoz o del alto costo a que se exponen determinadas estrategias, hacen que se evalúen nuevas formas de abordar este problema y que se puedan disponer los recursos hacia métodos de prevención menos costosos y de menor riesgo. La certeza de que más del 80 % de los cánceres pueden atribuirse a conductas riesgosas, tales como el hábito de fumar y las dietas ricas en proteínas y grasas animales supone orientar las políticas de salud hacia la promoción de una vida saludable.

Algunos estudiosos de la salud pública cubana, tales como el Dr. *Milton Terris*, epidemiólogo norteamericano ha señalado, que hasta fecha reciente, en Cuba, se ha introducido una alta tecnología médica, pero se ha llevado a cabo una costosa política de salud dedicada más hacia el hombre enfermo que hacia el individuo sano, descuidándose algunos aspectos del saneamiento ambiental y de la promoción de una vida saludable (Comunicación personal; 1990). Aunque esto pudiera ser en alguna medida discutible a la luz de los acontecimientos históricos, no faltarían ejemplos que justifiquen tales señalamientos.

El estado cubano ha recurrido a costosas políticas de pesquiasaje en cáncer sin que hayan producido, hasta el momento, un descenso en las tasas de mortalidad de la enfermedad. A la luz de estos acontecimientos, con las condiciones económicas actuales del país, se presenta la alternativa de evaluar métodos de prevención de menor costo y mayor efectividad. Ello probablemente entrañe consideraciones éticas en el campo de las decisiones administrativas que deberán ser enfrentadas con el rigor científico requerido.

Por otra parte, en Cuba, la participación del pueblo, en la organización y prevención de la salud pública, es un hecho innegable, que se ha venido desarrollando durante los años del período de la revolución, sin embargo, el desarrollo de la ética médica ha dejado de soslayo, lo que hoy constituye un paradigma ético en el mundo, el respeto a la autonomía del paciente (o beneficiario de la salud). En relación con el pesquiasaje masivo del cáncer de la población supuestamente sana, esto significaría una participación más activa y consciente de los individuos en las tareas preventivas de la salud pública.

Summary

Ethical repercussion of massive screening programs for cancer control

Massive screening programs for cancer control imply biological, psychological and social risks. The present paper was aimed at making reflections on some current ethical aspects associated to the implementation of these programs. The performance of a

screening program should respond to a thorough analysis of diagnosing procedures that makes it possible to reduce to minimum the side effects. It is required that screening be effective in terms of cost to justify its performance. The decrease of the mortality rate entails a lower burden for the society; however, the ethical reflections makes one inclined to think that the benefit should be fundamentally individual rather than collective. The assumption that early diagnosis is always advantageous and that detection of tumor at early stage brings about better therapeutic results has been called into question by some types of cancer. The policy of cancer screening programs has changed in recent years. Low effectiveness, ethical consequences derived from early diagnosis or the high cost of certain strategies lead to the evaluation of new forms of approaching this issue, which will facilitate to avail of necessary resources to be invested in less costly and risky methods. It is certain that 80 % of cancers may be attributed to risky behaviours such as smoking and animal fat-rich diets, so this means that health policies should be oriented toward the promotion of healthy lifestyle.

Key words: Massive screening programs, cancer control, ethics.

Referencias bibliográficas

1. López Bombino L. La ética del científico: mínimo enfoque de un gran problema. En: Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Grupo de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, editores. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994.p.167-84.
2. Bankowski Z. Ética y Salud. Salud Mundial, Abril 1989,pp:2-6.
3. Scholle S, Fuenzalida-Puelma H. Introducción en Bioética. En: Bioética. Temas y Perspectivas. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.p.9-11(publicación científica No. 527).
4. Sass H. La Bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. En: Bioética. Temas y Perspectivas. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.p.18-24 (publicación científica No. 527).
5. Venin P, Taïeb S, Carpentier P. Le patient face aux chix thérapeutiques en cancérologie: vers une décision partagée? Bull Cancer. 2001;88 (4).
6. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Códigos Internacionales de Etica. En: Bioética. Temas y Perspectivas. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.p.221-4 (publicación científica No. 527).
7. Panerai, R, Peña J. Evaluación de tecnologías en Salud. Metodologías para países en desarrollo. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.
8. Vilardel F. Problemas éticos de la tecnología médica. En: Bioética. Temas y Perspectivas. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.p.25-30 (publicación científica No. 527).
9. Cappelaere P, Hoerni B. L'erreur d'Hippocrate. Bull Cancer. 2001;88(4).
10. White K. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología [introducción]. Washington, D.C.: OPS-OMS;1992 (publicación científica No. 534).
11. Miller AB. La detección temprana y el tamizaje en el control del cáncer. Bol Oficina Sanit Panam. 1995;118 (1):80-3.
12. Haehnel P. Dépistage : principes éthiques. Bull Cancer. 2001;88(4).
13. Harvey V. Evaluación de las prácticas médicas: argumentos para la valoración de la tecnología. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D.C.: OPS-OMS;1992.p.742-50 (publicación científica No. 534).

14. Frenk J. 1992 El concepto y la medición de la accesibilidad. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D.C.: OPS-OMS;1992.p.929-43 (publicación científica No. 534).
15. Scharaub S, Arveux P, Mercier M. Aspects psychosociologiques du dépistage. Bull Cancer. 1995; 82:607-10.
16. Sancho-Garnier H. Problemes éthiques poses par les actions de prevention. Bull Cancer. 1995;82:468.
17. Miller AB. Screening for Cancer: it is time for a paradigm shift? Ann RCPSC. 1994;27 (6):353-5.
18. Curtis M. The status of prostate cancer early detection. Cancer Suppl. 1993;72 (3):1050-5.
19. Lence J. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. Rev Cubana Med Gen Integr. 1994;10(3):230-4.
20. Fernández L. An evaluation of oral cancer control program in Cuba. Epidemiol. 1995; 6(4):428-31.
21. Sankaranarayanan R, Fernández L, Lence J, Pisani P, Rodriguez A. Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: a case-control study. Oral Oncol. 2002;38:131-6.

Recibido: 2 de febrero de 2006. Aprobado: 27 de marzo de 2006.

Juan J. Lence Anta. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Calle 29 e/E y F. El Vedado. La Habana 10400, Cuba.

[1Investigador Auxiliar.](#)