

Debate

En apoyo a la inversión en cribado

Supporting the investment in screening

Nieves Ascunce Elizaga

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Navarra, Pamplona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2013

Aceptado el 19 de marzo de 2013

On-line el 11 de mayo de 2013

Concepto de cribado

El cribado, en el marco de los sistemas sanitarios, se refiere a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están. En principio se trata de una actividad de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz de una determinada enfermedad con el fin de mejorar su pronóstico y evitar la mortalidad prematura o la discapacidad asociada a ella. Además, si también es posible detectar lesiones o situaciones previas a la aparición de la enfermedad en cuestión, su tratamiento permitirá reducir el número de enfermos.

Como toda actividad sanitaria, el cribado tiene beneficios y efectos adversos. Además de los posibles efectos adversos asociados a las pruebas y al tratamiento, los pacientes en quienes la detección precoz no suponga una mejora en su pronóstico sufrirán un periodo de morbilidad mayor por el adelanto diagnóstico que el propio proceso implica. La detección de anomalías de pronóstico incierto o de lesiones precursoras puede derivar en un sobrediagnóstico y un sobretratamiento.

¿Cuándo está indicado realizar un cribado?

Por lo expuesto anteriormente, y por otros muchos motivos que podríamos considerar, evidentemente el cribado no es una panacea y ni mucho menos está justificado en sí mismo. Para empezar, no todas las enfermedades pueden controlarse mediante cribado. Los criterios a este respecto son claros¹: la enfermedad debe ser un importante problema de salud, con una evolución natural bien definida y conocida, etc. Tampoco se puede, ni se debe, considerar cualquier tipo de prueba; un test de cribado debe ser válido, fiable, simple, seguro y aceptable por la población a la cual va dirigido. Debe haber un claro consenso respecto al proceso de confirmación diagnóstica, y evidencia de que el tratamiento en fase presintomática es más efectivo que cuando se aplica en fase sintomática.

Pero además de todo esto, antes de recomendar un cribado debe estar claramente demostrada, en estudios científicos de calidad, la eficacia en la reducción del riesgo de mortalidad o morbilidad. Además, los resultados de tales estudios deben poderse extrapolar al

contexto real en que se va a implantar y desarrollar el programa de cribado. Sin embargo, como ya se ha comentado, también deberán valorarse sus posibles efectos adversos, y demostrar que en el balance riesgo/beneficio el resultado es positivo.

Basándose en estos criterios y en los resultados de impacto de los numerosos programas en desarrollo, no sólo en España sino en Europa, diversos organismos e instituciones han elaborado recomendaciones sobre las enfermedades que pueden abordarse mediante programas de cribado. A modo de ejemplo, en relación con el cribado del cáncer, el Consejo de la Unión Europea² y la Estrategia del cáncer del Sistema Nacional de Salud³ recomiendan que se desarrollen programas de cribado del cáncer de mama, de cuello de útero y de colon y recto. Para el resto de los tumores malignos, no hay suficiente evidencia de que el cribado produzca un beneficio que compense los efectos adversos que podría suponer, por lo que no se justifica su realización, tanto desde el punto de vista individual como poblacional.

Organización e impacto del cribado

Un cribado se considera «cribado poblacional» cuando la actividad preventiva se aplica a todas las personas residentes en la comunidad, con independencia del sistema de aseguramiento que cada persona tenga, de manera sistemática, con invitación individual a cada miembro de la población que se haya definido como objetivo y dentro del marco de un programa organizado. Es, por tanto, un proceso organizado e integrado en el sistema de salud, en el cual todas las actividades están planificadas, coordinadas, monitorizadas y evaluadas dentro de un marco de mejora continua de la calidad, garantizando los principios de eficiencia y equidad. Sólo de esta manera se conseguirá obtener el beneficio que el proceso conlleva, minimizando los efectos adversos inherentes al propio proceso.

Si utilizamos el cribado del cáncer de mama como ejemplo, a pesar de las controversias que en los últimos años ha habido, se ha demostrado su impacto en términos de disminución de la mortalidad cuando se aplica en el ámbito poblacional y con todos los requisitos de calidad exigibles a este tipo de actividades. No vamos a entrar en un debate sobre los números, y los únicos que comentaré seguro que tienen respuesta con otros provenientes de otros estudios, pero lo importante en este momento es su significado. Según los datos de las últimas evaluaciones de

Correo electrónico: nascunce@cfnavarra.es

programas de cribado del cáncer de mama⁴, por cada 1000 mujeres entre 50 y 69 años de edad exploradas cada 2 años se evitarían 7 a 9 muertes de las 30 esperadas. El mismo estudio concluye que este beneficio se acompaña de 4 casos sobrediagnosticados y 200 mujeres con un resultado falso positivo, 30 de ellas sometidas a una prueba invasiva para descartar la enfermedad. Por muy bien que se organice y desarrolle un programa de cribado, los efectos adversos van a producirse y la población debe ser consciente de su existencia. Evidentemente, la participación debe ser consecuencia de una decisión individual basada en la información sobre los beneficios y los riesgos⁵. Tanto en toda Europa como en España se ha trabajado mucho el tema de la comunicación, y hoy día todos los que trabajamos en cribado somos conscientes de su importancia, pero también debemos ser conscientes de que no es una tarea fácil. En un reciente estudio sobre el tema de la comunicación, en este caso en relación al cribado del cáncer colorrectal⁶, se concluye que la población quiere tener una completa información sobre los riesgos y los beneficios del cribado, y que igualmente quiere oír una recomendación «experta». Es nuestro deber recomendar el cribado cuando debe recomendarse, pero también lo es, y quizá con más responsabilidad por su trascendencia, no sólo no recomendarlo sino aconsejar su no realización cuando no esté demostrado su beneficio o los efectos negativos superen a los positivos.

Cuestiones como «no enfermedad» y «prevención cuaternaria» tienen una amplia relevancia en este campo y deben ser consideradas⁷, pero igual que no hay que maximizar el beneficio tampoco hay que maximizar el riesgo. En los últimos años también se ha avanzado mucho en el estudio y la evaluación de los efectos negativos del cribado^{8,9}, y sería bueno seguir apostando por la investigación en este campo, con el objetivo de mejorar la calidad de las actividades en marcha o que se pretenden incluir como prestaciones del Servicio Nacional de Salud.

La Ley General de Salud Pública de 2011¹⁰ hace referencia a la práctica de actividades de cribado y a los principios básicos que deben regir su realización. Es importante, y especialmente significativo, que limite los llamados «reconocimientos laborales» y la práctica de pruebas de detección precoz de enfermedades a su justificación explícita según riesgos laborales específicos, y que exija los mismos principios de calidad que para cualquier tipo de cribado.

Algo que debemos tener claro todos, los que trabajamos en cribado, los que se oponen a él y la propia población, es que ni en el mejor de los casos nuestro objetivo puede pretender hacer inmortales a las personas que participan en estos programas. Decir, como hacen algunos autores, que el cribado del cáncer de mama no merece la pena porque en definitiva no modifica la mortalidad general de las mujeres que se someten a él, no deja de ser un argumento fuera de lugar. El cribado del cáncer de mama, por seguir con el mismo ejemplo, disminuirá la mortalidad por esta enfermedad, aumentará la supervivencia real del conjunto de las mujeres a quienes se les realiza, y además, y no por último menos importante, mejorará su calidad de vida. Está claro que morirán por otra causa, ¿pero qué actividad de la práctica asistencial hace inmortal a la población?

Un tema que no puede obviarse es la realización de actividades de cribado de forma aislada, con carácter individual (también llamado cribado oportunista), en el marco de la práctica asistencial diaria, que se ofertan dentro de los servicios de salud a petición del interesado o aprovechando una consulta por otro motivo. En este tipo de cribado no hay una clara evidencia de los beneficios en salud esperados ni de las consecuencias de los efectos adversos que de ellos derivan. No se garantiza la calidad del proceso en su conjunto (detección, confirmación diagnóstica y tratamiento), no es posible una evaluación del proceso ni de los resultados, y su impacto en salud es incierto. Nunca un cribado oportunista debe emplearse como sucedáneo de uno poblacional. Si la enfermedad

puede ser sometida a cribado y tenemos seguridad de su impacto positivo, deberá ofrecerse, pero sólo en el marco de programas poblacionales.

El cribado en tiempos de crisis

Entendiendo el cribado en este contexto, no se trata de decidir entre cribado sí o cribado no. Cribado sí para aquellas enfermedades en las cuales se haya demostrado su eficacia y efectividad, y únicamente en el marco de programas poblacionales y organizados. Cribado no cuando no se haya demostrado su eficacia y, por supuesto, si los riesgos que de su práctica se derivan no son compensados por los beneficios que produce.

Aunque la detección de la enfermedad en una fase precoz o incluso en una fase premaligna implica un tratamiento menos radical y el consiguiente ahorro de recursos de servicios de salud, cuando se inician programas de cribado el aumento inicial en los costes es evidente, no sólo por la infraestructura y los recursos materiales y humanos que se necesitan, sino también por el aumento de la carga que supone para el sistema de salud la confirmación diagnóstica de los casos positivos y el eventual tratamiento de los casos detectados. Sin embargo, si se valora en un horizonte temporal a medio y largo plazo, cuando el cribado se realiza de manera adecuada para obtener el máximo beneficio con el menor número de efectos adversos es una intervención con una buena razón de coste-efectividad^{11,12}.

La inversión en cribado se traducirá en una inversión en salud, pero siempre que ese cribado sea de calidad y se lleve a cabo en el marco de planes de salud integrales en combinación con otras actividades de prevención primaria, atención sanitaria, etc., lo que posibilita un impacto mucho mayor que si se realizan de manera aislada e inconexa¹³. También hay que tener en cuenta que la puesta en marcha de estos programas no sólo beneficia a las personas a quienes se dirigen, sino que de alguna forma, al conseguir mejorar la práctica asistencial habitual, reorganizar servicios, establecer protocolos, etc., acaba beneficiando a toda la población.

Siempre, pero más en situaciones de dificultades económicas como la que estamos atravesando actualmente, el acceso a los servicios de prevención primaria o secundaria y a los tratamientos oportunos y adecuados, y en consecuencia la incidencia y la mortalidad por una determinada enfermedad, están relacionados con el nivel socioeconómico de los diferentes grupos de población. En particular para los grupos más desfavorecidos, y con el fin de garantizar la equidad en el acceso a servicios de reconocida efectividad, la realización de programas de cribado de tipo poblacional no sólo es recomendable sino que es absolutamente necesaria.

El cribado en España

Es difícil resumir la situación del cribado en España, dado que no se dispone de demasiadas evaluaciones de carácter general. Cabe señalar la labor al respecto de la Red de Programas de Cribado de Cáncer¹⁴, formada por los responsables técnicos de los programas de cribado de las diferentes comunidades autónomas, que se constituyó cuando empezaron a implantarse los primeros programas de cribado del cáncer de mama, con el objetivo de mejorar su calidad y efectividad. El trabajo conjunto, las recomendaciones efectuadas y sobre todo las evaluaciones de proceso y resultados que periódicamente se realizan, han permitido que el cribado del cáncer de mama se esté realizando con carácter poblacional, con cobertura nacional, al menos hasta ahora, con una razonable homogeneidad de criterios y siguiendo las recomendaciones de calidad exigidas. Sería francamente peligroso, y de gran trascendencia en términos de impacto en salud, que en la situación actual se limitaran los recursos que hasta ahora se han dedicado y, en consecuencia, disminuyera su

cobertura, y lo que es peor, tuviera que realizarse sin el control necesario para evitar sus posibles efectos adversos. En el mismo contexto y con la experiencia del cribado del cáncer de mama, están implantándose programas, también poblacionales, de cribado del cáncer colorrectal, algunos ya con varios años de experiencia y desde luego en la misma línea que los de mama, con garantía de calidad. Hay que apostar e invertir en este cribado para conseguir que toda la población tenga acceso a él. En este momento, la cobertura es inferior al 20%. Es un cribado de probada efectividad y uno de los más coste-efectivos. El cribado del cáncer de cuello de útero se ofrece de manera oportunista, y según las últimas recomendaciones habrá que reconducirlo para que su implantación sea poblacional y organizada. El contexto actual, con la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano, exigirá a corto plazo modificar la estrategia de cribado para que resulte lo más efectiva posible, con el menor número de intervenciones y a un coste razonable. El resto de las actividades de cribado del cáncer son oportunistas y sin que estén de ningún modo indicadas, lo que exigirá un replanteamiento serio del tema y una clara definición de recomendaciones.

Además del cáncer, en España está organizada la detección precoz de la hipoacusia neonatal, que también se realiza con carácter poblacional y siguiendo recomendaciones nacionales e internacionales. En todas las comunidades se ofrece la prueba de detección a los recién nacidos, realizando el seguimiento según protocolos más o menos homogéneos. Sería recomendable actualizar su situación y realizar algún estudio de impacto de estos programas. El cribado neonatal de metabolopatías quizá es la actividad que más tiempo se lleva realizando en España. La intervención oportuna reduce de forma significativa la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades asociadas a estas enfermedades. En este caso hay gran diversidad entre comunidades autónomas, que incluyen diferentes enfermedades. El cribado prenatal de defectos congénitos también está protocolizado y se realiza en todas las comunidades.

Es imposible conocer el impacto, tanto positivo como negativo, de las miles de actividades mal llamadas «de cribado» que a diario se realizan de manera oportunista en los diferentes servicios sanitarios. Como ya se ha comentado, es hora de evaluar su práctica, coste y resultados, y de reorganizarlas eliminando todas las que no hayan demostrado su efectividad.

Conclusión

Hay que invertir en cribado, porque invertir en cribado es invertir en salud. Es absolutamente necesario que se apueste por la consideración del cribado de ciertas enfermedades como una prestación básica del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está trabajando en este momento en la concreción de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud para el cribado. Tenemos la oportunidad de decidir qué y cómo debe ser el cribado en nuestro país, pero debemos exigir que la decisión sobre su puesta en marcha y desarrollo se tome con la responsabilidad que requiere implantar un programa que garantice una máxima calidad en todos los elementos que lo componen. Sólo

así conseguiremos obtener los beneficios que se persiguen y, como ya se ha mencionado varias veces en este artículo, minimizar sus efectos adversos. En este caso, seguro que merece la pena invertir en el cribado. De cualquier forma, la población es libre de atender o no a nuestra oferta, pero hemos de tener claro que nosotros somos responsables de todo lo que de ella se derive.

Declaraciones de autoría

N. Ascunce Elizaga es la única autora de este artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 2010.
2. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre cribado de cáncer. Comisión de la Comunidad Europea. Bruselas, 5.5. 2003. Volumen 2003/878/CE, 2003:L327/34-L327/37. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health>
3. Estrategia en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Actualización 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
4. Paci E, EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. *J Med Screen.* 2012;19 (Suppl. 1):5–13.
5. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer: evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia: 1. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer de mama. Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia, Avalia-t; 2009.
6. Waller J, Macedo A, von Wagner C, et al. Communication about colorectal cancer screening in Britain: public preferences for an expert recommendation. *Br J Cancer.* 2012;107:1938–43.
7. Márquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. *Informe SESPAS 2008. Gac Sanit.* 2008;22 (Supl. 1):205–15.
8. García M, Milà N, Binefa G, et al. False-positive results from colorectal cancer screening in Catalonia (Spain), 2000–2010. *Journal of Medical Screening.* 2012;19:77–82.
9. Román R, Sala M, Salas D, et al. Effect of protocol-related variables and women's characteristics on the cumulative false-positive risk in breast cancer screening. *Ann Oncol.* 2012;23:104–11.
10. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE 240, 5 octubre 2011. Disponible en: <http://www.boe.es>
11. Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer de mama mediante mamografía en diferentes grupos de edad (40 a 49, 50 a 69 y 70 a 75). Servicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife; 2009.
12. López-Bastida J. Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer colorrectal en la población general. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud. DL 2010. Colección Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS; 2006/23.
13. Martín-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, et al. Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer.* 2012;48:2212–8.
14. Red de Programas de Cribado de Cáncer. Disponible en: <http://www.cribadocancer.com/>