

Origen y evolución del control de salud

Origin and evolution of periodic health check-ups

Risso Agostina^a, María Victoria Ruiz Yanzi^a, Camila Volij^{a,b}, Lara Alonso^{a,b}

Resumen

Los controles periódicos de salud son aquellos cuidados médicos realizados a intervalos regulares, motivados por la necesidad de evaluar la salud en general y prevenir enfermedades a futuro.

Se presume que comenzaron a ponerse en práctica durante el siglo XIX para la detección precoz de la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas. A principios del siglo XX fueron difundidos los programas de examinación médica en el contexto de la estimación del riesgo de enfermedad y/o muerte previo a la contratación de seguros de vida. El desarrollo tecnológico posterior a la Segunda Guerra mundial fomentó el interés en estas examinaciones periódicas con la implementación de pruebas masivas de rastreo, lo que aumentó de manera considerable de la mano de los servicios de medicina prepaga.

En los últimos años se han realizado múltiples esfuerzos por cuantificar los beneficios de estos controles. Si bien existen diversas opiniones respecto a su utilidad, pareciera ser que el enfoque actual del control periódico de salud implica tener en cuenta las necesidades de las personas, el riesgo individual y la relación médico-paciente como eje de la discusión.

Abstract

Periodic health check-ups are medical care performed at regular intervals, motivated by the need to assess general health and prevent future diseases.

It is presumed that they began to be implemented in the 19th century for the early detection of tuberculosis and other contagious diseases, and later spread in the early 20th century in the context of estimating the risk of illness and/or death prior to taking out life insurance. The technological development after the World War II encouraged interest in these periodic examinations with the implementation of mass screening tests, which increased considerably with the introduction of prepaid medical services.

In recent years, multiple efforts have been made to quantify the benefits of such controls. While there are varying opinions as to their usefulness, it appears that the current approach to periodic health check-ups is to take into account the needs of individuals, their individual risk, and the doctor-patient relationship at the core of the discussion.

Palabras clave: Salud, Atención Médica, Prevención Primaria. Keywords: Health, Medical Care, Primary Prevention.

Risso A, et al.. Origen y evolución del control de salud. Evid Actual Pract Ambul. 2022;25(4):e007049. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v26i1.7049>.

Los controles periódicos de salud

Los *chequeos médicos* o controles periódicos de salud se definen como aquellos cuidados médicos realizados a intervalos regulares, motivados por la necesidad de evaluar la salud en general y de prevenir enfermedades a futuro¹. Constituyen una de las principales razones por las cuales las personas adultas buscan atención médica. Por ejemplo, en los EE.UU., entre 2002 y 2004, 44 millones de adultos por año realizaron una visita médica de chequeo², mientras que en Canadá, representa el segundo motivo de consulta, con un total de 10,5 millones de visitas al año³. Su origen preciso es desconocido y varias son las teorías respecto de cómo comenzó su implementación.

Inicios de los controles de salud

Muchos autores rastrean sus inicios hacia mediados del siglo XIX, de la mano de un reconocido médico británico de aquella época, Horace Dobell, experto en tuberculosis. Dobell sostenía que los controles periódicos de salud podrían ser una forma de identificar *estadios tempranos de baja salud* que precedían a las enfermedades, lo que permitiría implementar esfuerzos terapéuticos más efectivos. En 1861 propuso una examinación médica periódica que incluía una anamnesis exhaustiva, un examen físico meticuloso y múltiples pruebas de laboratorio, motivo por el cual es considerado el padre de los rastreos masivos⁴.

Ideas similares surgieron en los EE.UU. George Gould, otra reconocida figura dentro de la comunidad médica, propuso la

realización de *examinaciones biológicas personales* como método para ganar conocimiento científico sobre la historia natural de las enfermedades⁵. Hacia finales de 1800 se iniciaron además, evaluaciones periódicas de salud en las escuelas para detectar enfermedades contagiosas, y en 1915 la Asociación Nacional de Tuberculosis de ese país designó una semana para que todas las personas se realizaran una examinación física completa, como herramienta para la detección temprana de enfermedades en general y de tuberculosis en particular⁶. Es así que las bases del control periódico de salud parecerían estar sentadas sobre preocupaciones científicas y humanitarias, con el fin de prevenir enfermedades que aún no estaban completamente comprendidas o efectivamente tratadas.

A su vez, el origen del control periódico de salud también ha sido estudiado desde la perspectiva económica. Junto con el desarrollo de los seguros de vida, a principios de 1900, comenzaron a implementarse programas de examinación médica para quienes aspiraban a contratarlos, con el fin de pronosticar su riesgo de muerte y estimar los costos del aseguramiento⁷. También desde la industria privada comenzaron a promoverse los controles periódicos de salud en contrapartida a la legislación de la compensación laboral, con el objetivo de detectar condiciones físicas que pudieran predisponer a los trabajadores a lesionarse a sí mismos o a sus compañeros durante su labor⁵.

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital italiano de Buenos Aires. agostina.risso@hospitalitaliano.org.ar, maria.v.ruiz@hospitalitaliano.org.ar,

^b Departamento de Medicina, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. camila.volij@hospitalitaliano.org.ar, iara.alonso@hospitalitaliano.org.ar



En 1922, la Asociación Médica de Norteamérica aprobó el *control periódico de salud* de manera oficial y al año siguiente publicó un manual detallado de los exámenes recomendados y la interpretación de sus resultados⁷. Sus objetivos eran la detección temprana de trastornos y enfermedades, el reconocimiento de factores ambientales y hábitos de vida adversos, la promoción de la aptitud física y mental y la mejora de la calidad de vida⁸. Además, la Primera y Segunda Guerra Mundial, y el desarrollo tecnológico luego de esta última, también fomentaron el interés en estas exámenes periódicos, con la implementación de pruebas masivas de rastreo⁵.

Una influencia final importante fue el desarrollo de los servicios de medicina prepaga a mediados del siglo XX, que comenzaron ofreciendo controles periódicos de salud a pequeños grupos de trabajadores y en pocos años alcanzaron un total de 25.000 chequeos médicos al año, para lo que desarrollaron pruebas multifacéticas de tamizaje con equipos automatizados y baterías de pruebas diagnósticas⁹.

El cuestionamiento de los controles de salud

De esta manera, y de la mano del desarrollo tecnológico, fue creciendo cada vez más el interés por la medicina preventiva y la implementación de programas masivos de rastreo. Los chequeos médicos comenzaron a ser cada vez más demandados por las personas. Sin embargo, a medida que iba creciendo el entusiasmo en la población, muchos profesionales empezaron a cuestionar el valor de este tipo de cuidados de salud, y llevaron a cabo investigaciones para evaluar sus beneficios, de las cuales ninguna pudo demostrar que estas prácticas disminuyeran la mortalidad⁷.

El reconocimiento de esta falta de evidencia empírica estimuló importantes reevaluaciones del *control de salud* desde 1970 hasta la actualidad. Por un lado, Frame y Carlson evaluaron la precisión de las pruebas diagnósticas y la efectividad de las intervenciones tempranas, estableciendo una serie de criterios para realizar el tamizaje de condiciones clínicas (ver Tabla 1)^{7,8}.

Tabla 1. Criterios de Frame y Carlson para el tamizaje de condiciones clínicas. Todos los criterios deben cumplirse para justificar la implementación del rastreo de un condición en particular. Fuente: Ciapponi A. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2000;20(2):35-40⁸

- 1) Que se trate de una causa frecuente de morbimortalidad (además de prevalente, debe tener impacto clínico)
- 2) Que esta condición clínica sea detectable y tratable durante una etapa presintomática, la que debe ser prolongada
- 3) Que existan pruebas diagnósticas precisas, seguras y aceptables para la detección de la condición clínica
- 4) Que los resultados de la instauración precoz (durante la etapa presintomática) de cierto tratamiento sean superiores a los de su aplicación cuando ya han aparecido los síntomas
- 5) Que el daño potencial de la intervención sea menor que el del tratamiento no temprano

Por otro lado, tanto la Fuerza de Tareas Canadiense en 1976⁵ como la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF, por sus iniciales en inglés) en 1984¹⁰, reconceptualizaron el concepto del control periódico de salud, descartando la idea de un examen único anual indiscriminado para todas las personas de pies a cabeza y sustituyéndolo por una evaluación individualizada, a la medida del perfil de riesgo de cada individuo y fundada en el paradigma de la medicina basada en la evidencia^{6,7}.

El control de salud ha pasado entonces por varias etapas: de ser ignorado a ser altamente solicitado, de ser resistido a

ser ampliamente recomendado, para final (y continuamente) ser redefinido por la comunidad médica, siendo su utilidad y sentido objetos de frecuente revisión y debate.

El control de salud en la actualidad

En los últimos años se han realizado múltiples esfuerzos por cuantificar la *utilidad* de los controles de salud. Una revisión sistemática Cochrane de ensayos clínicos aleatorizados publicada en 2013 y actualizada en 2019, concluyó que los controles de salud tienen poco o ningún efecto en reducir la mortalidad¹¹. Semejantes conclusiones han dado a pensar (y publicar) un ida y vuelta de innumerables opiniones y puntos de vista en diversas revistas científicas sobre el fundamento de los controles de salud, lo que ofrece perspectivas de lo más variadas, desde quienes concuerdan en la futilidad de dichos controles^{10,12}, hasta quienes defienden su permanencia, presentando una visión más amplia del control de salud que la mera realización de pruebas de rastreo¹³.

Al margen de estas discusiones académicas, surge un interrogante... ¿dónde quedan las personas en esta discusión? Existe evidencia que señala que las personas asocian los controles de salud con mejores reportes de calidad de vida y de salud auto-percibida¹⁴. Esto puede ser producto de la construcción social en torno al control de salud llevada a cabo durante las últimas décadas. Podemos pensar entonces en el control de salud desde una perspectiva amplia, desde un enfoque basado en las necesidades de las personas, en el riesgo individual, y en la relación médico-paciente como eje de la discusión.

A modo de conclusión

Desde sus inicios, el control de salud ha ido modificando sus bases y sustentos y, hoy por hoy, se encuentra ampliamente incorporado en el constructo *salud* de las personas. Sin embargo, este constructo es percibido en forma heterogénea por las diferentes personas que consultan al equipo de salud en la comunidad a la que pertenecen. Por estas razones consideramos que, en el marco de una práctica médica actual embebida por la tecnología, la industria farmacéutica, las guías de práctica clínica y la búsqueda imperiosa de obtener certeza¹⁵, resulta esencial la necesidad de transmitir un mensaje respecto de lo que se entiende en la actualidad como un control de salud apropiado.

Sabiendo que existe evidencia que indica que la implementación de controles de salud no modifica la mortalidad de las personas en forma sustancial, y también que a través de estos controles periódicos muchas de ellas generan un vínculo muy fuerte con el sistema de salud, resulta un desafío poder transmitir y aplicar un control de salud que evite los daños potenciales de esta intervención: temor por enfermedades inexistentes, preocupación por controles innecesarios e incapacidad de llevar adelante una vida plena porque el sistema de salud (es decir, nosotros) los ha enfermado.

Sin embargo, consideramos que el intercambio *uno a uno* con las personas en el consultorio suele resultar insuficiente para transmitir este mensaje, y que son necesarias políticas institucionales y gubernamentales claras para fomentar y preservar la salud de las personas, respaldadas por evidencia científica y contextualizadas en los valores y las preferencias de los usuarios.

"Las respuestas necesariamente deben ser impulsadas por la ética y la política, porque son las únicas defensas reales que ha tenido la humanidad para enfrentar el abuso del poder y del dinero, en detrimento de los débiles y vulnerables"

Iona Heath¹⁶

Referencias

1. Sox HC. The health checkup: was it ever effective? Could it be effective? *JAMA*. 2013;309(23):2496–2497. Available from: 10.1001/jama.2013.5040.
2. Mehrotra A, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Preventive Health Examinations and Preventive Gynecological Examinations in the United States. *Arch Intern Med*. 2007;167(17):1876–83. Available from: 10.1001/archinte.167.17.1876.
3. Disease Dynamics in 2009. Insight and Outlook from IMS Health. Canadian Pharmaceutical Marketing. 2010;p. 35–36. Available from: http://www.stacomunications.com/journals/cpm/2010/04-April-2010/CPM_035.pdf.
4. Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, et al. American College of Physicians Performance Measurement Committee. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med*. 2013;158(1):55–9. Available from: 10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00560.
5. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *Ann Intern Med*. 1997;127(10):910–7. Available from: 10.7326/0003-4819-127-10-199711150-00010.
6. Virgini V, Meindl-Fridez C, Battegay E, et al. Check-up examination: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14075. Available from: 10.4414/smw.2015.14075.
7. Valdez P. Prácticas preventivas en salud: análisis en nuestro medio y predictores de cumplimiento. Estudio multicéntrico. *Rev Arg de Medicina*. 2015;2(5):32–42. Available from: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/41>.
8. Ciapponi A. Controversias acerca del screening. *Rev Hosp Ital BAires*. 2000;20(2):35–40. Available from: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/publicac/20161111141957/nexo-rev-hosp-ital-b-aires-2000-20-2.pdf>.
9. Friedman GD, Collen MF, Fireman BH. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis*. 1986;39(6):453–63. Available from: 10.1016/0021-9681(86)90112-8.
10. Gotzsche PC, Jorgensen KJ, Krogsboll LT. General health checks don't work. *BMJ*. 2014;348:g3680. Available from: 10.1136/bmj.g3680.
11. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD009009. Available from: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.
12. Heneghan C, Mahtani KR. Is it time to end general health checks? *BMJ Evid Based Med*. 2020;25(3):115–121. Available from: 10.1136/bmjebm-2019-111227.
13. Rubin R. Debating Whether Checkups Are Time Wasted or Time Misused. *JAMA*. 2019;322(2):101–102. Available from: 10.1001/jama.2019.6605.
14. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. *JAMA*. 2021;325(22):2294–2306. Available from: 10.1001/jama.2021.6524.
15. Noble M. Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina. *Vertex*. 2015;XXVI(123):343–349.
16. Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests—an essay by Iona Heath. *BMJ*. 2013;347:6361. Available from: 10.1136/bmj.6361.

