



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Ponce, Sergio

Alvan Feinstein o el renacimiento de la clínica

Salud Pública de México, vol. 44, núm. 1, enero-febr, 2002

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10644111>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

---

# NOTICIAS

---

## Alvan Feinstein o el renacimiento de la clínica

En un soberbio ensayo, Michel Foucault nos ha descrito cómo, entre los siglos XVIII y XIX, se reunieron las condiciones para que podamos ubicar el nacimiento de la clínica en ese tránsito de tiempo. La clínica, esa actividad que nos permite –por nuestro intercambio con el enfermo– identificar cuáles son sus padecimientos y cuáles nuestros medios para ayudarlo; es, a la vez, ese espacio de aprendizaje y ejercicio de destrezas manuales, sensoriales e intelectuales, necesarias para aprender a distinguir lo útil de lo no útil.

Paradójicamente, el siglo XX nos trajo a la vez un desarrollo tecnológico explosivo, cuyos efectos aún no alcanzamos a vislumbrar totalmente, y una progresiva deshumanización en la atención médica. Esta última atribuible a una espiral especializante de los médicos, a una mistificación de la tecnología y al desarrollo de una visión mercantil de la actividad médica. Esto alcanzó tan graves proporciones que hubo voces que llegaron a hablar de la muerte de la clínica.<sup>1</sup>

En ese contexto, la medicina de la segunda mitad del siglo XX se vio enriquecida por la actividad de un formidable clínico, investigador y pensador: Alvan R Feinstein (ARF, como gustaba de ser citado). Dado que el amanecer del siglo XXI nos ha

traído su muy lamentable fallecimiento, el pasado 24 de octubre, es mi propósito hacer una somera revisión de sus aportaciones a la medicina actual, y por ende a la del futuro, como contratendencia de aquellos agoreros de la *mort de la clinique*.

Dada la muy vasta obra de Feinstein no intentaré un recuento bibliográfico de ella. Más bien discutiré algunas de sus aportaciones conceptuales, lo que lo sitúa no sólo como un personaje importante para la medicina anglosajona, como lo pueden haber sido tantos clínicos –investigadores o no, autores de textos, cuyos epónimos acompañan a libros clásicos de amplia difusión actual (Harrison, Cecil, Sabiston, etcétera)–, sino de trascendencia para la medicina contemporánea en general, más allá de fronteras políticas o de idioma. La estatura es, sin exageración, y dejemos que la historia lo confirme, la misma de Hipócrates, Avicena, Esculapio, Pasteur, Virchow y tantos otros gigantes del panteón médico universal. Pero, demos evidencias para el sano escéptico de la afirmación previa, aparentemente desmesurada.

## Aportaciones de ARF

*Epidemiología clínica.* Ciertamente, una de las más grandes aportaciones fue la integración de un cúmulo de conocimientos que permitían

estructurar, bajo el rubro de la epidemiología clínica, la experiencia del médico, para cumplir apropiadamente sus responsabilidades de toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. No fue el único, lo acompañaron en esta empresa muchos destacados investigadores como David L Sackett, N Weiss, Thomas Chalmers y otros.

Lo aportado por ARF fue su profunda capacidad clínica y su propuesta de una reconceptualización de varios fenómenos clínicos: la identificación del estímulo iatrotrópico (la motivación precisa de acudir con un médico, que no por fuerza tiene que ser un síntoma) como un elemento pivote en la interpretación de las manifestaciones de un enfermo o un grupo de ellos, y el reconocimiento del paciente lantánico (aquel que tiene presente una enfermedad, con o sin síntomas de ella, pero que no ha decidido acudir al médico para su atención) como un sujeto que obliga a ser tomado en cuenta al interpretar el espectro de manifestaciones de una cierta enfermedad, o el pronóstico de grupos de pacientes afectados por ella. De la misma manera, la necesidad de incorporar el concepto de comorbilidad al reconocer la realidad clínica de la concomitancia de enfermedades, en lugar de su abstracción teórica como entidades independientes y claramente deslindables. El papel de los diagramas de Venn

y el álgebra booleana para la comprensión de las enfermedades y sus muy diversas formas de presentación. En fin, sólo unos botones de muestra de lo innovador en el pensamiento feinsteiniano.

No se trata sólo de un traslado de conceptos o herramientas de la epidemiología a la clínica. Es redescubrir el mensaje que encierra la enfermedad en los grupos de sujetos enfermos y en los individuos mismos. Es por ello que, sin menoscabo alguno, se podrían atribuir a Feinstein los elementos para un renacimiento de la clínica, si aceptáramos que los desarrollos del siglo XX la habían vulnerado.

*Arquitectura de la investigación clínica.* En este rubro las aportaciones feinsteinianas también fueron sobresalientes. Simplemente, el énfasis que ARF hacía sobre que la actividad de planear y llevar a cabo un estudio biomédico no se restringía al “diseño de la investigación”, como convencionalmente se le conoce, lo pone de manifiesto. La necesidad de comparar lo semejante desde el punto de vista pronóstico, la importancia de la estratificación pronóstica, la trascendencia del momento cero (*zero time*), el concepto de la cohorte incipiente (*inception cohort*), la adherencia, las co-maniobras, la develación de las limitaciones estructurales de los estudios *trohoc* (estudios de casos y controles –o cohortes, deletreados al revés en inglés). En la investigación de procedimientos, la importancia de distinguir los propósitos de utilización de una prueba diagnóstica, la importancia del espectro clínico-patológico-comórbido, tanto en los sujetos que tienen la enfermedad por detectar, como entre los que no la tienen, así como los sesgos específicos que el investigador debe evitar en estos menesteres.

Todos esos conceptos, y muchos otros, nos han permitido estructurar más adecuadamente la enseñanza de la investigación clínica y su meto-

dología, en los programas de posgrado que durante los últimos 20 años han permitido hacer de la formación de investigadores una actividad docente más sistemática y no fortuita, como antiguamente se acostumbraba.

*Clinimetría.* Ante la confusión generada por el desarrollo tecnológico, el clínico se encontró con que sus instrumentos de obtención de datos, el interrogatorio y la exploración física, parecían demasiado “rudimentarios” al compararlos con los obtenidos por otros medios altamente tecnificados: desde flamómetros hasta columnas de cromatografía líquida de alta presión; desde tomografías computadas o de emisión de positrones hasta resonancias magnéticas; desde análisis histopatológicos hasta las más refinadas y avanzadas técnicas de biología molecular. Feinstein fue un abanderado de la medición válida y “apropiada” de los fenómenos clínicos, sólo en apariencia “blandos”, sentando las bases para el fortalecimiento, o “endurecimiento”, de las mediciones que pueden generar los clínicos y evitando la sustitución de fenómenos (intensidad y calidad del dolor por mediciones químicas o variables neurofisiológicas). Así, introdujo el criterio de sensatez (traducción de *sensibility*) como uno más en el proceso de validación de instrumentos de medición, precisamente para definir el grado con el que se cumple el propósito de medir un fenómeno. De esta manera, sentó las bases metodológicas para llevar a cabo los estudios de validación de estos procedimientos, tanto en términos de la exactitud como de la reproducibilidad.

*Auxometría.* Este concepto lo forjó ARF para designar un procedimiento que permitiera inferir la velocidad de progresión de un cuadro nosológico –lo que es particularmente relevante en el caso de los tumores malignos–, a partir del tipo y secuencia de las manifestaciones clínicas

atribuibles al mismo, así como los intervalos de tiempo en que se desarrollaron. Así, se puede definir la gravedad o malignidad de la afección en cuestión y, por lo tanto, formular mejor un pronóstico y decidir un tratamiento. Esto, por contraposición a la tendencia actual en la que son las características histológicas o moleculares, usualmente en un solo punto en el tiempo, las que definen la “agresividad” o “malignidad” de los tumores y la fundamentación de las decisiones terapéuticas y pronósticas correspondientes. Parafraseando a Feinstein: los clínicos debemos clasificar pacientes y no tumores.

*Estratificación pronóstica.* Congruente con su apreciación de la clinimetría, de la auxometría y de la riqueza contenida en los expedientes clínicos, después de publicar una señera serie de trabajos.<sup>2-6</sup> ARF y sus colaboradores desarrollaron estratificaciones pronósticas para neoplasias malignas diversas (recto, laringe, enfermedad de Hodgkin, leucemias agudas, mama, endometrio, próstata, pulmón y cuello uterino, cuando menos), además de otras para entidades no neoplásicas como diabetes mellitus, SIDA, fibrilación auticular, insuficiencia cardíaca congestiva y pancreatitis aguda.

En este rubro, en la parte conceptual, nos dio a conocer el fenómeno de Will Rogers<sup>7</sup> (epónimo asignado en memoria de un cómico cuyo repertorio incluía un *sketch* en el que relataba el efecto de la migración de grupos entre dos poblaciones), que explica bien cómo los cambios en el pronóstico de pacientes tratados por neoplasias supuestamente en estadios semejantes, en diferentes épocas pueden ser sólo aparentes y explicables simplemente por una mejor estadificación, debida a mejores tecnologías diagnósticas de la época más reciente, y no tanto por mejoría en los recursos terapéuticos para tratar ese fenómeno.

Decía Will Rogers: “Cuando los Okies salieron de Oklahoma y se cambiaron a California, elevaron el nivel de inteligencia en ambos estados...”.

Aquí, un reto intelectual que queda por aclarar es por qué, no obstante la claridad y fortaleza metodológica de las diversas estratificaciones de que he hecho mención, éstas no hayan sido incorporadas por la comunidad médica oncológica, la cardiológica y la de la medicina interna en general. Es claro que la calidad no se lleva necesariamente con el factor de impacto.

*Taxonómica.* En su apasionamiento por el rigor de investigación, identificó y compartió su percepción de la necesidad de estructurar cuidadosamente los formatos para categorización y codificación de las variables de interés en un cierto estudio. Si bien aparentemente superado este concepto por el acelerado desarrollo de programas de captura y procesamiento de datos, cada vez más “amigables”, la disciplina descrita por ARF en 1970 sigue vigente y puede bien seguir siendo tema de estudio en cualquier curso de análisis de datos para aquellos interesados en la investigación médica.<sup>8,9</sup>

*Neologismos.* No es mi propósito hacer una relación exhaustiva de los múltiples términos que ARF acuñó. Afortunadamente, se encargó de prepararnos la relación en la última de las 57 entregas de la serie *Clinical Biostatistics*, que durante 11 años publicó en la revista *Clinical Pharmacology and Therapeutics*.<sup>10</sup> El punto aquí es destacar la enseñanza que nos dejó sobre la importancia de desarrollar los términos necesarios para poder comprender y comunicar los múltiples fenómenos que nos muestran los enfermos, las enfermedades, los padecimientos, las investigaciones clínicas y su desarrollo. El romper con las camisas de fuerza que nos impone una estruc-

tura lingüística obsoleta permite incorporar y asimilar mejor los problemas que cotidianamente enfrentarnos en la atención, la enseñanza y la investigación.

*Docencia.* Seis libros (cuadro I) y más de 400 artículos primarios (según su particular clasificación) resumen sus aportaciones. Si bien los primeros libros ya se han agotado, su falta de interés mercantil lo llevó a invitarnos, en alguna visita a nuestro país en la que le plantearon este problema: “...xerox them, I don't care...” (“...fotocópienlos, no me importa...”). Su afán docente siempre estuvo presente, ya enseñando a alumnos de pregrado los secretos de la nosología, ya creando para el posgrado el *Clinical Scholars Program*, ya escribiendo infatigablemente numerosos ensayos e investigaciones, ya revisando las tareas de sus alumnos o impartiendo conferencias y participando en congresos en todo el mundo, ya familiarizándonos con el “*academic toilet training*”. En pocas palabras, Alvan Feinstein era todo un maestro.

Nos permitió entender las complejidades de la estadística en términos asequibles a los clínicos y nos abrió el camino a una nueva mirada hacia los enfermos y sus problemas.

#### Cuadro I TEXTOS DE ARF

- Feinstein AR. *Clinical Judgment*. Baltimore (MD): Williams & Wilkins, 1967. (Reprinted, Melbourne (FL): Robert E. Krieger Pub. Co., 1974.
- Feinstein AR. *Clinical Biostatistics*. Saint Louis: The CV Mosby Co., 1977.
- Feinstein AR. *Clinical Epidemiology*. Philadelphia (FL): WB Saunders, 1985.
- Feinstein AR. *Clinimetrics*. New Haven: Yale University Press, 1987.
- Feinstein AR. *Multivariable Analysis*. New Haven: Yale University Press, 1996.
- Feinstein AR. *Principles of Medical Statistics*. Boca Raton (FL): Chapman & Hall/CRC, 2002.

Pero una de las más importantes enseñanzas fue su escepticismo, la actitud iconoclasta, que nos permitió desmitificar todos los textos y analizar críticamente la investigación que sustenta cualquier evidencia invocada en la toma de decisiones.

Sólo nos queda terminar diciendo: adiós Alvan. Pacientes y clínicos agradecemos tu obra. No será en vano. La medicina del siglo XXI quedará marcada indeleblemente por la escuela que iniciaste.

Sergio Ponce de León R.  
Unidad de Epidemiología Clínica,  
Subdirector de Servicios Paramédicos,  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
Salvador Zubirán  
Correo electrónico: splr@quetzal.innsz.mx

#### REFERENCIAS

1. Boccon-Gibod L, Steg A. Mort de la clinique: Le grand déséquilibre. *Nouv Presse Med* 1979;8: 3713-3714.
2. Feinstein AR. Symptoms as an index of biologic behaviour and prognosis in human cancer. *Nature* 1966;209:241-245.
3. Feinstein AR, Spitz H. The epidemiology of cancer therapy: I. Clinical problems of statistical surveys. *Arch Intern Med* 1969;123:171-186.
4. Feinstein AR, Pritchett JA, Schimpff CR. The epidemiology of cancer therapy: II. The clinical course: Data, decisions, and temporal demarcations. *Arch Intern Med* 1969;123:323-344.
5. Feinstein AR, Pritchett JA, Schimpff CR. The epidemiology of cancer therapy: III. The management of imperfect date. *Arch Intern Med* 1969;123:448-461.
6. Feinstein AR, Pritchett JA, Schimpff CR. The epidemiology of cancer therapy: IV. The extraction of data from medical records. *Arch Intern Med* 1969;123:571-590.
7. Feinstein AR, Sosin DM, Wells CK. The Will Rogers phenomenon. Stage migration and new diagnostic techniques as a source of misleading statistics for survival in cancer. *N Engl J Med* 1985; 312:1604-1608.
8. Feinstein AR. Taxonomics: I. Formulation of criteria. *Arch Intern Med* 1970;126:679-693.
9. Feinstein AR. Taxonomics: II. Formats and codigs system for data processing. *Arch Intern Med* 1970;126:1053-1067.
10. Feinstein AR. *Clinical biostatistics: LVIII. A glossary of neologisms in quantitative clinical science*. *Clin Pharmacol Ther* 1981;30:564-577.

Alvan R Feinstein.  
*In memoriam*

Probablemente, la primera reacción al saber de la muerte de ARF fue pesar por no haber escrito más con él, tristeza porque a pesar de todo lo que le aprendí me quedo con la sensación de haberme faltado aprender más, que todavía había muchas cosas que él podía enseñarme.

No solamente me enseñó epidemiología clínica y estadística; también algo que a veces parece casi en desuso y que él llamaba "ética académica". Sus características fueron el amor a la enseñanza, al trabajo y una actitud crítica, pero, al mismo tiempo, constructiva. Siempre decía que no sólo se debe criticar sino simultáneamente construir; si se destruye algo, ¿qué se va a construir en su lugar? Cuando criticábamos algo siempre preguntaba ¿y tú, qué propones?

De su trabajo, queda constancia en sus libros. Cuando a los investigadores clínicos los deslumbraba la medición de fenómenos duros, "científicos", propuso la medición de fenómenos clínicos relevantes para los pacientes. En el centro de sus propuestas estuvo el lado humano, el bienestar de los pacientes.

Y si su trabajo académico lo tenemos en sus libros, conservamos su lado humano en muchos detalles con los que deslumbró a quienes tuvimos el privilegio de estudiar y trabajar con él.

Me gustaría compartir tres muestras de lo que fue ARF como persona: su sencillez, su capacidad de trabajo y su sentido del humor.

Su sencillez: cuando me firmó el libro "Multivariable Analysis", del que era autor, comentó que lo hacía con mucho gusto y que en 200 años ese libro sería... un libro muy viejo.

Su capacidad de trabajo: en una sesión, revisando los trabajos de investigación que se presentarían en una reunión científica, alrededor de

las 6 de la tarde, después de muchas horas de trabajo continuo, cuando los que estábamos ahí ya no veíamos errores ni podíamos criticar nada por el cansancio, él seguía reconociendo errores y haciendo sugerencias; recuerdo a John Concato, diciendo: "no es posible, cómo puede hacer eso".

Su sentido del humor: comentaba que en Chicago, donde obtuvo su master en matemáticas, aprendió a pensar y que en Yale aprendió a vestirse. Lo recuerdo de traje y corbata, siempre formal. El 31 de octubre, esperándolo para iniciar la clase, de repente vimos entrar a un ¡monstruo!: ante nuestra sorpresa, al quitarse la máscara, vimos que se trataba del Dr. Feinstein!, con esa sonrisa tan suya, que nunca olvidaremos.

ARF, te quisimos y te vamos a extrañar.

Maria del Carmen Lara Muñoz.  
Facultad de Medicina,  
Universidad Autónoma de Puebla,  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente.

Se llevó a cabo la conferencia sobre embarazo no deseado y aborto inducido

Del 12 al 14 de noviembre de 2001, organizada por el Population Council, la Academia de Medicina de México y el Instituto Alan Guttmacher, se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Pública en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México, la conferencia "El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe." Los objetivos específicos que la conferencia perseguía eran 1) compartir los resultados de esfuerzos actuales de estudios de investigación; 2) fortalecer la red de investigadores en el tema de embarazo no deseado y aborto indu-

cido en América Latina y el Caribe, y 3) mejorar la capacidad de difusión de resultados de investigación.

Una de las razones que motivó la realización de dicho evento fue, según la Organización Mundial de la Salud, que la región de América Latina tiene una alta tasa de embarazos no deseados y la tasa de abortos inseguros más alta del mundo. A pesar de la existencia de estos problemas, poco se sabe sobre las características del embarazo no deseado y del aborto inducido, los factores biológicos, sociales y culturales que influyen sobre ellos, sus consecuencias sobre la salud y sus implicaciones para los sistemas de salud. Fue por ello que se organizó esta reunión científica internacional, que permitió compartir y discutir los resultados de más de 100 proyectos de investigación.

Los temas abordados incluyeron: la planificación familiar para reducir el número de abortos, la práctica del aborto legal (con medicamentos y con instrumentos), revisión de las legislaciones, y perspectivas sobre el aborto desde el punto de vista de los hombres y de los profesionales de salud. Asistieron casi 300 participantes, que representaron a 18 países de América Latina y el Caribe y de otras partes del mundo. En el último día se realizó un taller sobre cómo informar mejor los resultados de la investigación a diferentes audiencias. Los participantes calificaron el evento de un rotundo éxito, por el contenido desarrollado y por los objetivos cumplidos.

Respuesta de la Organización Mundial de la Salud al rápido crecimiento de las enfermedades crónicas: reunión de la red de los megapaíses

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera "megapaí-



ses" a aquéllos con más de cien millones de habitantes. Se trata de naciones de importancia prioritaria para la salud internacional ya que en ellos, pequeños aumentos en la prevalencia de enfermedades, se traducen en miles de personas afectadas, con el consecuente costo humano y económico.

Del 3 al 5 de diciembre de 2001 se llevó a cabo la reunión de la "*Red de los Megapaíses para la Promoción de la Salud*", en la ciudad de Ginebra, Suiza, en la sede de la OMS, con el objetivo de mejorar la capacidad de los miembros para combatir los problemas de salud, diseminando experiencias en políticas y programas de salud exitosos entre la red.

Actualmente existen once megapaíses en el mundo; México es el más reciente miembro de este grupo, en el cual se encuentran también Bangladesh, Brasil, China, India, Indonesia, Japón, Nigeria, Pakistán, Rusia y Estados Unidos de América. Estos países representan actualmente alrededor de 60% de la población mundial y tienen diversas características comunes como el ser líderes de sus respectivas regiones, contar con población multiétnica, un alto número de pobres, un sistema de salud y una coordinación intersectorial sumamente complejos, con una gran burocracia. Otra coincidencia entre los megapaíses es que las enfermedades crónicas han dejado de ser enfermedades de los sectores socioeconómicos altos, y es cada vez mayor el número de pobres que las padecen.

Puesto que en la mayoría de los países se han registrado aumentos importantes en la prevalencia y mortalidad por enfermedades crónicas, en particular enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, obesidad y cáncer asociado con el consumo de tabaco, esta iniciativa pretende promover una respuesta de transición en los servicios de salud, que permita adaptar la infraestructura

disponible a las nuevas necesidades.

En esta reunión se identificaron avances y retos importantes para la prevención de las enfermedades. Por ejemplo, existen guías de orientación alimentaria adaptadas a la idiosincrasia de cada país, pero no está del todo claro cómo difundirlas y lograr que se utilicen para mejorar el consumo. Las estrategias para la promoción de la actividad física requieren de un trabajo con buena coordinación intersectorial, lo que es sumamente difícil a menos que haya una gran voluntad política de todas las agencias y sectores interesados. Por otro lado, a pesar de que diversos países han logrado desarrollar programas exitosos de prevención, éstos son escasos en el ámbito internacional para utilizarse como modelos, y la información requerida para la toma de decisiones es pobre ya que los sistemas de monitoreo no fueron diseñados para estas enfermedades, por lo cual la planificación de políticas con buena posibilidad de impacto podría ser limitada.

Como respuesta al gran reto que para los megapaíses representa la disminución en la prevalencia de las enfermedades crónicas, la red promoverá la capacitación así como la integración de un sistema de monitoreo del cual se obtendrá la información necesaria para políticas efectivas. También enfatizará y apoyará iniciativas nacionales orientadas a mejorar la dieta, controlar el peso, tener un estilo de vida más activo y disminuir el tabaquismo y, finalmente, respaldará a los grupos de investigación locales y multinacionales que generen propuestas que contribuyan a mejorar la situación actual.

Esta gran iniciativa coincide de forma importante con el Plan Nacional de Salud de nuestro país, en el cual entre los principales puntos están la prevención y la disminución de la prevalencia de enfermedades

crónicas que actualmente representan la principal causa de mortalidad. El conocimiento de las intervenciones realizadas en otros países, y la retroalimentación de las experiencias en problemas comunes, fomentarán la atención y la conciencia de los grupos de investigación y de toma de decisiones sobre su importancia prioritaria y sus graves consecuencias.

Por lo anterior, es necesario un avance en por lo menos tres áreas, tanto en nuestro país como en el resto de los megapaíses, para lograr los objetivos de los planes nacionales de salud: a) mejora significativa de la infraestructura para monitoreo de enfermedades crónicas (ya que los sistemas de monitoreo actuales han sido adaptados de los utilizados para el control de enfermedades infecciosas), desarrollo de programas de prevención (con énfasis especiales en los niños y jóvenes), y detección oportuna de enfermedades y mayor investigación sobre la interacción que los estilos de vida, dieta y otros factores ambientales, socioeconómicos y genéticos tienen, y su relación con el riesgo de enfermedades crónicas en nuestro país.

Simón Barquera.  
Jefe de Departamento de Enfermedades  
Crónicas y Dieta,  
Centro de Investigación en Nutrición,  
Instituto Nacional de Salud Pública.

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud afirma que la inversión en la salud global generará importantes rendimientos

En Londres, el 20 de diciembre de 2001 la Doctora Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recibió el informe seminal sobre la relación entre la macroeconomía y la salud. El informe es el

resultado de dos años de trabajo de la Comisión de Macroeconomía y Salud, compuesta por 18 economistas y expertos en la salud.

La Doctora Brundtland, al recibir el informe del Profesor Jeffrey D. Sachs, economista de Harvard quien encabezó la Comisión, afirmó: "este informe determinará la priorización y coordinación de la asistencia para el desarrollo en los próximos años."

La Dra. Brundtland, quien encabezó hace 15 años la Comisión del Desarrollo y Ambiente de la Organización de las Naciones Unidas, creó la Comisión para definir la relación entre la salud y el desarrollo económico. Seis grupos de trabajo de expertos la apoyaron en esta tarea.

El informe demuestra que una gran parte de las muertes evitables en los países pobres se debe a unos cuantos problemas de salud, y que la aplicación adecuada de intervenciones utilizando la tecnología disponible en la actualidad podría evitar cerca de 8 millones de muertes por

año, y generar beneficios económicos anuales de más de US \$360 millardos de dólares para el quinquenio 2015-2020.

La Comisión plantea que la inversión adecuada en recursos humanos de un país es un poderoso motor del crecimiento económico. Simple y sencillamente, la buena salud es un prerrequisito esencial para el desarrollo y la globalización equitativos.

El informe propone un marco conceptual a través del cual los países de ingresos bajos y medios comprometan más recursos financieros nacionales y liderazgo político. En muchos casos, dicho marco permitiría también mejorar la transparencia y rendición de cuentas, así como mejorar la participación comunitaria en la salud. Los países de altos ingresos podrían someterse a un corte financiero para ayudar a los países que necesitan ayuda con mayor urgencia.

La Directora General de la OMS señaló: "Es importante considerar

que el informe no es sólo una petición más de mayores recursos para la salud. La Comisión propone un abordaje global e integral a la asistencia para el desarrollo, lo cual subraya la necesidad de inversión para lograr metas concretas en periodos de tiempo definidos.

La OMS analizará minuciosamente este informe, y considera que tendrá una gran influencia sobre la forma en que la OMS y organismos colaboradores mejorarán y priorizarán su labor para el mejoramiento de la salud global.

La clave para la acción es garantizar que la salud se tome seriamente en los niveles más altos del liderazgo político".

The Commission on macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Disponible en: <http://www.who.int/homepage>