

## Editorial

# LA NECESIDAD DEL EQUILIBRIO ARMONICO DE LAS TRES MEDICINAS

Hay tres tipos de medicina: de cuidado primario, secundario y terciario. El primario se cumple en el consultorio del médico o en pequeños centros de salud o clínicas, dispersos en la ciudad y estratégicamente ubicados. Sirven a una población de 1.000 a 5.000 habitantes. El cuidado secundario se cumple en los hospitales de comunidad que sirven a 25 a 50.000 habitantes. Y el cuidado terciario en hospitales regionales para 500.000 a 5 millones de habitantes. Estos datos, tomados de Kerr L. White (Scientific American 229.23.1973), muestran la bien definida jerarquización de los servicios médicos.

Según un trabajo realizado en Cleveland por John H. Dingle (Scientific American 229.77.1973) en la ciudad hay 9.4 enfermedades por persona y por año. De éstas, el 60% son enfermedades respiratorias banales; 3 % enfermedades respiratorias específicas; 16 % gastroenteritis infecciosas; 8 % otras infecciones y 13 % otras enfermedades. Esto quiere decir que en la comunidad de una gran ciudad, enferma cada ciudadano 9.4 veces por año y que, de éstas, 76% son enfermedades banales. Es decir que la acción sanitaria tiene que poner énfasis en el simple cuidado primario, estructurándolo en número, distribución, eficiencia, fácil y permanente accesibilidad y buena remuneración de los agentes médicos y paramédicos encargados de servirlo. La otra patología, menor en número y variable en gravedad y requerimiento de recursos especializados, debe ser asistida en las clínicas y hospitales de la comunidad y regionales. Todo servicio de salud, está pues, jerárquicamente estructurado.

La realización de este esquema, dice White, supone un cambio en la educación de pregrado, con un equilibrio entre ciencias biológicas y sociales; en la de postgrado, con un equilibrio entre la formación de especialistas y de generalistas sico-socio y biológicamente entrenados. Un cambio en la organización médica, con equitativa distribución de la práctica individual y de las multi-

especialidades. Y finalmente un seguro médico que cubra equilibradamente el cuidado médico precoz, ambulatorio y la enfermedad mayor o catastrófica.

Los médicos sabemos, pues, que el cuidado primario es el fundamental, como elemento inicial del accionar médico integral. Decimos que hay que prestarle primordial atención y destinar para él, en su conjunto, la alícuota más importante del presupuesto de salud. Pero la realidad no es ésta. La medicina terciaria, la de las catástrofes, tiene la prioridad. Hay un motivo romántico: el poder recuperar la vida con un corazón artificial parece mucho más importante que miles de accesos de fiebre nocturna en el niño. El hombre común, quiere seguramente acceso a las dos medicinas, pero en el momento de la acción práctica, al asegurarse, relega la de atención primaria. El médico práctico que cumple sin demora y eficientemente la llamada urgente por enfermedad banal es mirado con desprecio o con lástima o es ignorado por el que hace la medicina del espectáculo. Hacemos justicia al cordiocirujano Dr. Favalaro, quien en sus conferencias y en su libro, habla del médico rural con admiración y respeto. Las autoridades sanitarias se sienten más realizadas invirtiendo y trabajando para crear un centro sofisticado que para organizar el modesto servicio médico primario de su comunidad. Son los grandes -honestos- errores de la moda moderna de la propaganda, que aleja a las cosas de la comunidad de los valores fundamentales.