

SERVICIO DE SALUD PARA MADRES Y NIÑOS INDIOS, ESQUIMALES Y ALEUTIANOS DE ESTADOS UNIDOS*

LUCILLE WOODVILLE

*Consultora en Enfermería de Higiene Materno-infantil, División de Salud para los Indígenas,
Servicio de Salud Pública de Estados Unidos*

INTRODUCCION

No sé, verdaderamente, cómo expresarles la alegría que siento al encontrarme de nuevo entre mis amigos de México. En general, veo con más frecuencia a mis amigos norteamericanos que residen en esta zona, de modo que extendiendo mis saludos, muy especiales, a muchos de ustedes a quienes no he visto desde que hace algunos años desempeñé funciones al servicio del Gobierno de México. Las tarjetas y saludos de Navidad que recibo me producen siempre una grata emoción; además, el abrazo de algunos de ustedes con motivo de reuniones de interés común y las noticias sobre los importantes progresos y mejoras que se están logrando en México, mantienen vivos nuestros vínculos.

Me complace asimismo poder examinar con ustedes los servicios de salud destinados a las familias indígenas de Estados Unidos de América bajo los auspicios del Servicio de Salud Pública. Ustedes verán cuán semejantes son los problemas que se plantean en nuestros dos países.

El primer año de vida está lleno de peligros para el niño indígena norteamericano, como sucede en México. La mortalidad y morbilidad infantiles siguen planteando importantes problemas. Los trastornos respiratorios y digestivos y las deficiencias nutricionales causan la más alta mortalidad entre los lactantes. Entre los factores que contribuyen a crear tal situación cabe mencionar los siguientes: reducidos ingresos familiares (y pobreza de muchas familias),

aislamiento, riesgos ambientales y diferencias culturales que dificultan la aceptación de la medicina actual y los servicios de salud pública. Son muchas las razones de que el estado de salud de los indios norteamericanos se aproxime al que tenía el resto de la población de Estados Unidos de América hace una generación.

ANTECEDENTES HISTORICOS

A principios de la década de 1800-10, el Gobierno Federal reconoció que le incumbían ciertas responsabilidades respecto a la prestación de servicios de salud a la población indígena, funciones éstas que asumió y que durante los años subsiguientes se transfirieron de una dependencia a otra. Pero fue en julio de 1955 que los servicios de salud destinados a los indios norteamericanos y la población autóctona de Alaska pasaron de la incumbencia de la Oficina de Asuntos Indígenas a la del Servicio de Salud Pública. Como resultado de esta transferencia, durante los ocho años siguientes se ha autorizado el empleo de los fondos consignados para el establecimiento de centros de salud destinados, en beneficio de los indígenas, a construir hospitales locales que atendieran tanto a la población indígena como a la no indígena. En 1959, se concedió nueva autorización al Servicio de Salud Pública para construir, mejorar y ampliar las instalaciones sanitarias destinadas a los indígenas, y se asignaron fondos a este efecto. La legislación autoriza al Servicio de Salud Pública a participar junto con grupos tribales, autoridades locales y organismos públicos, y sin fines lucrativos, a la construcción de las instalaciones, así como a su funcionamiento y conservación.

* Trabajo presentado en la XXI Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad (Nogales, Arizona, E.U.A., 29 abril-2 mayo de 1963).

OBJETIVOS

Al entrar en el noveno año de actividad, nuestro objetivo sigue siendo el de "formular y realizar un programa general de cuidado de la salud que satisfaga todas las necesidades de los indígenas norteamericanos y de la población autóctona de Alaska y, de este modo, mejorar el nivel de salud de los indios como individuos y de la raza en su conjunto a fin de igualarlo al del resto de nuestra población".

ALCANCE DEL PROGRAMA ACTUAL

En un intento de lograr ese objetivo, más de 380.000 beneficiarios del programa reciben una amplia variedad de servicios de salud mediante un sistema integrado de hospitales y consultorios, servicios de salud pública e higiene ambiental. Se facilitan a individuos y grupos locales atención médica y dental, de tipo curativo y preventivo, servicios de hospitalización, de prevención de enfermedades y fomento de la salud, de educación sanitaria y en materia de nutrición, de enfermería de salud pública y de medicina social en 50 hospitales, más de 200 centros de salud, puestos o consultorios escolares y mediante servicios por contrata en lugares donde la División no mantiene personal ni centros propios.

Además, se están instalando sistemas de abasto de agua y servicios de saneamiento, y se enseña a la población indígena a utilizarlos y a mantenerlos y, con el tiempo, a encargarse plenamente de su funcionamiento.

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA PRESTACION Y ACEPTACION DE SERVICIOS DE SALUD

La población indígena, que comprende más de 380.000 habitantes, vive en una zona geográfica muy amplia, constituida por 250 reservas, colonias y colectividades en 23 Estados y en centenares de aldeas en Alaska.

La organización de un programa que combine los aspectos curativo y preventivo y tenga por objeto atender las necesidades en materia de salud de los beneficiarios, se

complica considerablemente por el aislamiento en que viven y por su amplia dispersión geográfica. Hay, sin embargo, muchas otras complicaciones: como el indio ha vivido en un medio cultural distinto, no le es fácil muchas veces cambiar de actitudes y aceptar los conceptos de la medicina moderna. Esto ocurre tanto en México como en los Estados Unidos de América. En algunas de las reservas, los indígenas siguen recurriendo a los curanderos y a veces tienen tan gran confianza en la competencia en el arte de curar de éstos, que están en pugna con el tratamiento médico propiamente dicho.

Entre algunas tribus hay todavía una barrera lingüística que dificulta las relaciones con muchos de los beneficiarios y requiere el uso de intérpretes para tratar con las numerosas personas que no hablan ni entienden el inglés. Por ejemplo, un 60 % de la población de los navajos, y un 35 % de los papagos, no hablan inglés.

Pese a estos obstáculos y diferencias culturales, la población indígena, tanto individualmente como mediante sus organismos directivos oficiales, comienzan a contribuir activamente a los progresos que se realizan en virtud del programa de salud destinado a ella.

El transporte es un problema grave, tanto para los indios y la población autóctona de Alaska que necesita de servicios de salud, como para el personal que los facilita. Muchos pacientes tienen que recorrer largas distancias para llegar a nuestros hospitales, consultorios y centros, y los enfermos muy graves y los que necesitan tratamiento de urgencia deben ser transportados en ambulancia o por avión, a veces a centenares de millas de distancia. El revestimiento de las carreteras suele ser muy primitivo—en algunos lugares ni siquiera lo hay—y el terreno es escarpado, lo que acentúa el aislamiento de la población y aumenta las dificultades tanto de quienes buscan servicios de salud como de quienes los facilitan.

Para resolver el problema del aislamiento, en Alaska, ha sido necesario organizar

visitas de campo con fines clínicos, regularmente programadas, a cargo de personal médico de los hospitales locales, y complementadas con asesoramiento médico facilitado por radio.

Algunas veces, como resultado de conversaciones por radio, un médico o una enfermera se trasladan al lugar donde se requieren sus servicios para atender al paciente y prescribirle el tratamiento médico que sea necesario. En otras ocasiones, cuando la información recibida indica que es urgente proceder a la hospitalización, se transmiten por radio las instrucciones para el traslado del paciente al hospital.

Las primitivas condiciones sanitarias en que viven los indios norteamericanos y la población autóctona de Alaska, explican en gran medida la elevada tasa de mortalidad y la breve duración de la vida, que estamos tratando de combatir. Hay decenas de miles que sólo disponen de agua contaminada para beber y otros usos, e incluso ésta debe traerse de lugares muy distantes. Muchas personas no disponen de convenientes instalaciones sanitarias para la eliminación de desechos humanos o domésticos. Debido a estos últimos factores, se concede alta prioridad a la construcción de sistemas de abasto de agua y otras obras de saneamiento para los hogares y colectividades indígenas, y a las prácticas de salud pública y de higiene preventiva, además de los servicios curativos.

ESTRUCTURA ORGANICA

La estructura orgánica de nuestro Servicio se asemeja a la de México; tiene la sede en Washington, D. C., pero sus funciones están descentralizadas en Oficinas de Zona, situadas principalmente en la región occidental del país y en Alaska. Para establecer vínculos más estrechos entre el programa de salud y la colectividad o reserva indígena, cada zona se ha dividido en unidades de servicios. La más extensa de nuestras reservas, la de los navajos (24.000 millas cuadradas, o sea 51.580 Km², y 80.000 habitantes) está dividida en ocho unidades de servicios.

El hospital es el centro de actividad del programa de salud de las Unidades de Servicios. Además de proporcionar hospitalización, dispone de consultorios de medicina preventiva y curativa para la atención de pacientes externos. En otros lugares de la reserva se organizan consultas médicas ambulantes, bien sea diarias, semanales o mensuales; y, según las necesidades, también se organizan en uno o más lugares consultas especiales, tales como de atención prenatal y postnatal, de puericultura, para pacientes de diabetes, enfermos cardíacos, tracomatosos y tuberculosos, así como para vacunaciones diversas.

Las enfermeras de salud pública facilitan otros servicios durante sus continuas visitas a domicilio, de observación ulterior de pacientes de tuberculosis dados de alta, postnatales y en reuniones de educación sanitaria.

Se llevan a cabo programas de higiene escolar, tanto en las escuelas diurnas, como en los internados.

Las funciones de higiene materno-infantil, puestas en práctica por las distintas unidades de servicio, han contribuido a mejorar la salud no sólo de la mujer embarazada, sino también del niño lactante y del de edad preescolar. En la actualidad, el 86% de los nacimientos entre la población indígena ocurren en los hospitales y cada vez se acepta más la atención prenatal. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido en un 40% desde 1954, pero aún sigue siendo elevada: casi tres veces más alta que la de toda la población y, debido a enfermedades respiratorias e infecciosas, es tres veces y media mayor que ésta la registrada entre niños de un mes a un año. Es urgente inculcar a la madre y a la familia buenos hábitos de higiene, la importancia de llevar al niño al consultorio regularmente y de buscar pronta atención para el niño enfermo.

PROGRESOS LOGRADOS DESDE 1955

Como consecuencia de la comprensión y apoyo de que ha sido objeto el programa de salud para los indígenas por parte del Congreso, del interés y la activa participa-

ción de los beneficiarios indígenas y sus instituciones tribales, así como de la cooperación de otros organismos federales, estatales y locales, la labor de elevar el nivel de salud de la población indígena ha hecho importantes progresos.

Se ha constituido un cuerpo de personal para el programa de salud destinado a los indígenas, en el que están representadas las diversas disciplinas y especialidades necesarias para contar con un grupo perfectamente integrado.

Lo logrado hasta ahora puede medirse, en cierto modo por la notable disminución de ciertas enfermedades y de las tasas de mortalidad; por ejemplo, desde 1954 las tasas de mortalidad por tuberculosis entre los indios norteamericanos y la población autóctona de Alaska se han reducido en un 50 % y un 77 %, respectivamente, y se calcula que las tasas de mortalidad entre los indios, debidas a enfermedades gastroentéricas, han disminuido desde dicho año en un 46 %.

A esta tendencia descendente han contribuido arreglos y acuerdos concertados con los indígenas y otros habitantes sobre la construcción y mantenimiento de sistemas de suministro de agua potable, eliminación de desperdicios, alcantarillado y diversas instalaciones sanitarias en hogares, colectividades y terrenos indígenas. Una actividad del personal de enfermería y de otros servicios de salud, que ha desempeñado un papel importante, ha consistido en enseñar y estimular a las familias a utilizar dichos servicios; insistimos en la autoayuda y en la participación de la población indígena. Para esto se requiere personal que sea, no sólo competente en su especialidad, sino que, además, conozca y comprenda a la población indígena, su cultura y sus tradiciones.

El propio indio participa activamente en el programa. Más de la mitad del personal empleado en la División de Salud para los Indígenas es indio. Es norma de la División organizar continuamente variados programas de adiestramiento destinados a este personal. Por ejemplo, en la Escuela de

Auxiliares de Enfermería se gradúan anualmente unas 80 muchachas de ascendencia indígena. Todo este personal, ya se trate de auxiliares de sanitarios, enfermeras, ayudantes de odontología y de nutrición, es adiestrado mediante programas especiales, y trabaja conjuntamente con sus colegas no indígenas. Van aumentando los grupos de voluntarios indígenas que, después de recibir cierta orientación, y bajo supervisión, ayudan en hospitales, consultorios y otros centros de salud. Esos trabajadores, no sólo contribuyen al bienestar de las personas a quienes atienden, sino que profundizan su conocimiento acerca de la salud y las enfermedades en cuanto les afecta a ellos y a sus familias.

PROBLEMAS Y ADELANTOS EN MATERIA DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

Como la mayoría de los indios norteamericanos desconocen los conceptos actuales de la medicina, por ejemplo, la teoría germinal de la enfermedad, se concede alta prioridad a las actividades educativas, que se llevan a cabo tanto individualmente como en grupos, con miras a comprender mejor las nociones fundamentales de la vida sana. Se aprovechan todas las oportunidades para enseñarles, y la labor educativa con los pacientes es de suma importancia.

Los nacimientos son más numerosos entre la población indígena que entre la no indígena. He aquí algunos datos a este respecto:

Tasa de natalidad indígena (sin incluir Alaska).....	42,2
Alaska.....	45,6
Estados Unidos de América (todas las razas).....	23,7

La tasa de natalidad indígena es casi dos veces más elevada que la de todas las razas de los Estados Unidos de América.

La proporción de personal jóvenes entre los indios norteamericanos es muy elevada, según indican los datos siguientes:

Menores de 20 años.....	57%
Menores de 5 años.....	19%

La edad media de mortalidad es la siguiente:

Indios norteamericanos (sin incluir Alaska).....	41 años
Alaska.....	30 “
Estados Unidos de América (todas las razas)...	62,3 “

Una de las razones de este promedio de mortalidad a edad temprana es que muchos de los niños indios norteamericanos mueren al nacer.

La tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos arroja las siguientes cifras:

Indios norteamericanos (sin incluir Alaska).....	47
Alaska.....	76
Estados Unidos de América (todas las razas)	25,7

DIAGRAMAS Y GRAFICOS

La mayoría de las afecciones y una sexta parte de las defunciones entre la población indígena, se deben a enfermedades transmisibles que se pueden prevenir. Las defunciones por estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad. Por otra parte, los niños son especialmente propensos a la muerte prematura por enfermedades como la gastroenteritis, diarrea del recién nacido, influenza, neumonía y otras infecciones respiratorias. El 25% de todas las defunciones registradas al año entre los indígenas, ocurren entre los niños menores de un año. El estado de salud de los niños indígenas es tan bueno como el de la mayoría de los lactantes durante las primeras semanas de vida, cuando están en el hospital o acaban de llegar a casa. Pero la situación varía considerablemente entre un mes y un año de edad. En este grupo de edad, la tasa de mortalidad entre los niños indígenas es casi tres veces y media más elevada que la de los niños de todas las razas (la tasa correspondiente a la población autóctona de Alaska es cuatro veces mayor). La tasa de mortalidad infantil entre los indios, que asciende a unos 43 por 1.000 nacidos vivos, es ahora menor que el doble de la correspondiente a la población general, pues ha

disminuido casi al tercio de la correspondiente a la última década. Estos progresos reflejan la preferencia que se concede a los servicios destinados a las madres y niños de corta edad.

Actualmente, la causa principal de mortalidad entre los indígenas en sus hogares y colectividades circundantes son los accidentes, con sus innumerables problemas afines: salud mental, alcoholismo y problemas familiares de carácter médico-social. La tasa de mortalidad por accidentes entre los indígenas es más del triple de la general del país y la mitad de ésta se debe a accidentes de vehículos motorizados.

En segundo lugar, entre las causas de mortalidad figuran las enfermedades cardíacas y en cuarto lugar los neoplasmas malignos.

La localización intensiva de casos en relación con las enfermedades que pueden prevenirse requiere constante atención. Se ha comprobado que la prevalencia del tracoma, enfermedad que produce visión defectuosa y ceguera, es muy elevada en varios de los grupos indígenas, especialmente entre los escolares. Mediante tratamiento adecuado, esta enfermedad se puede diagnosticar y controlar rápidamente.

Quiero referirme a algunos aspectos en los que hemos concentrado nuestros esfuerzos, a fin de salvar vidas, reducir las enfermedades y fomentar la salud entre los padres, lactantes y niños.

Estamos colaborando con los concejos tribales indígenas y sus comités de salud, así como con las personas destacadas de la colectividad, a fin de destacar la importancia de la atención prenatal temprana durante el embarazo. Por primera vez, es menor el número de madres que vienen al hospital al comenzar los dolores del parto. Por otra parte, hay un mayor número de aquellas que solicitan atención médica en el primer y segundo trimestre del embarazo.

Estamos tratando de instruir a los grupos de adolescentes menores de 20 años, tanto en las escuelas como mediante actividades recreativas y de otra índole, a fin de fomen-



La madre aprende cómo cuidar a su hijo



Médico y enfermeras titular y auxiliar atienden al recién nacido



La enfermera de salud pública se despidió de la madre india y de su hijo después de la visita a domicilio.

tar el concepto de una vida sana, y contribuir así a que los jóvenes de hoy sean mañana padres física y mentalmente sanos y den al mundo hijos igualmente sanos.

Nuestro objetivo consiste en seguir en el hogar el curso del desarrollo de cada niño que nace en nuestros hospitales (así como de los pocos que nacen en el hogar). Las enfermeras de los hospitales y de salud pública y otros trabajadores de los servicios de salud, organizan conjuntamente un sistema de notificar inmediatamente a la enfermera de salud pública de la vuelta al hogar de las madres y lactantes que han sido dados de alta.

La educación de los pacientes representa un esfuerzo conjunto, de modo que la madre, que aprende la importancia de tomar al recién nacido con las manos limpias, a bañarlo, alimentarlo y cuidarlo, aplique los mismos principios cuando regrese al hogar.

Al dar de alta a la madre y al niño, se les indica la fecha de volver al consultorio del hospital, a fin de mantener la debida supervisión médica.

Se encarece la alimentación a pecho, pero si se ha de recurrir a la lactancia artificial, se le enseña a la madre a preparar la fórmula antes de salir del hospital, y la enfermera de salud pública la ayuda durante sus visitas domiciliarias.

Se recomienda a las madres y padres que pasen el mayor tiempo posible con sus hijos hospitalizados, y se hace lo posible por explicarles la causa de la enfermedad de que se trate y el método de su prevención.

Se eligen familias en las que son frecuentes los casos de niños hospitalizados para que el grupo de personal de salud integrado por el trabajador médicosocial, el médico, el educador sanitario y el nutricionista procedan a su estudio y evaluación, a fin de

averiguar a qué se debe la persistencia del problema, así como de encontrar la manera de mejorar la salud de la familia y de que ésta se ayude a sí misma.

Hemos recurrido a todos estos métodos y a muchos otros para prestar servicios de

salud a los indios norteamericanos. Aprendí algunas de estas técnicas mientras trabajaba con ustedes en México; espero que algunas de las que he mencionado les sean útiles, y de que juntos podamos mejorar la salud de nuestras respectivas poblaciones.

HEALTH SERVICES FOR INDIAN, ESKIMO AND ALEUT MOTHERS AND BABIES IN THE UNITED STATES (*Summary*)

The first year of life is full of danger for the North-American Indian baby, just as it is in Mexico. Infant mortality and morbidity are still major problems. Respiratory, digestive, and nutritional difficulties claim the highest toll among infants. Contributing factors are meager family income, isolation, environmental hazards, and cultural differences that preclude easy acceptance of modern medicine and public health services. So many combining factors produce a health status among the North-American Indian that approximates the rest of the United States a generation ago.

Most illnesses and one-sixth of the deaths among the Indians result from preventable communicable diseases. Infants are especially susceptible to premature death from such diseases as gastroenteritis, diarrhea of the newborn, influenza, pneumonia, and other respiratory infections. Twenty one per cent of all Indian deaths in a single year occur among babies less than a year old. Indian babies fare well during the early weeks of life, but in the period between one month of age and the baby's first birthday, the death rate exceeds the mortality rate for infants of all races by almost three and one half times. (The Alaska natives rate is over four times greater.) The Indian infant mortality rate of about 43 per 1,000 live births is now less than twice the rate for the general population, having dropped during the last decade from a rate almost three times higher. These improvements reflect the high priority given to services for mothers and babies. Maternal and child health activities have made

great strides in improving the health of the expectant mother, and of the infant and preschool child. Eighty-eight per cent of Indian births now take place in hospitals and there is a greater acceptance of prenatal care.

We are working with Indian tribal councils and their health committees and with individual key community leaders to interpret the value of early prenatal care. We are trying to reach the young teen-age adolescent groups through schools, recreation and other community activities to promote the concept of healthful living so that each boy and girl brings to parenthood a healthy body and a sound mind. Our aim to follow up in the home every new baby born in our hospitals, as well as the few born at home. We have a referral system which quickly notifies the public health nurse of a mother and baby discharged home. Patient-teaching is a joint effort so that the mother who learns the importance of handling the baby with clean hands applies the same principles when she returns home.

Breast feeding is encouraged but if baby must be on a formula, the mother is taught before she leaves the hospital and the public health nurse helps her during home visits. Mothers are encouraged to be with their hospitalized child and every effort is made to interpret the cause of the specific disease and method of prevention. Families in which children have repeated hospital episodes are selected for concentrated study and evaluation by the health team to determine the basis for the continued health problem and to find methods by which the family can be strengthened.