

ASPECTOS PREVENTIVOS DEL SISTEMA RURAL DE ATENCION DE SALUD EN EL AREA "TABLERO DE DAMAS" DE NUEVO MEXICO

Dr. Richard Kozoll¹

Se presenta el ejemplo de un sistema rural de atención de salud, con servicios equilibrados e integrados, que se establece en una zona carente de servicios a pesar de enormes obstáculos planteados por una población heterocultural, aislada y en precaria situación económica. El sistema puede reproducirse en otras zonas rurales similares.

Introducción

Muchos planificadores y administradores tropiezan con enormes obstáculos al diseñar y poner en práctica sistemas de salud para zonas rurales carentes de servicios, ya que la mayoría de las poblaciones requiere servicios preventivos y curativos bien equilibrados. La decisión acerca de cuáles de estos deben prestarse dependerá de factores tales como las demandas de la comunidad, sus necesidades determinadas por organismos externos, las limitaciones de fondos y la eficacia y rendimiento relativos en función de los costos.

Una vez adoptada esta primera decisión, se tendrán que tomar otras varias, que incluirán el diseño del sistema o sistemas de salud para ofrecer los servicios elegidos. Es preciso considerar los obstáculos locales con que tropieza la prestación de servicios de salud y la necesidad de seleccionar un diseño de sistema apropiado para vencerlos. Tam-

bién hay que tener en cuenta las limitaciones de los fondos disponibles.

En el sistema de salud del área "Tablero de Damas", en el noroeste del estado de Nuevo México, Estados Unidos, se eligió la prestación de una serie completa de servicios de prevención y atención primaria de salud, inclusive la extensión asistencial, medios de transporte, conservación de la salud, exámenes para detectar enfermedades y diagnóstico y tratamiento limitados. Se acordó incluir además, la atención médica secundaria, también limitada, que incluía servicios de urgencia y hospitalización en un Centro Principal de Salud.

El sistema fue diseñado para hacer frente a los numerosos e ingentes obstáculos a la prestación de asistencia médica en el noroeste de Nuevo México. Muchos de ellos son característicos de las zonas rurales carentes de servicios de Estados Unidos y otras partes del mundo. El presente artículo describe estos obstáculos y el consiguiente sistema de salud diseñado para el área "Tablero de Damas". También se examinan en detalle el conjunto de servicios preventivos de salud integrados en el sistema.

¹ Director Médico, Sistema de Salud de la Zona "Tablero de Damas", Nuevo México, E.U.A.

Obstáculos a la prestación de servicios de salud en el "Tablero de Damas"

Esta apartada zona del noroeste de Nuevo México se caracteriza por su terreno árido con arroyos y mesetas yuxtapuestas con las montañas de Nacimiento, San Pedro y Jémez cubiertas de vegetación selvática. La designación de "Tablero de Damas" responde al tipo de distribución de la tierra según sus propietarios que son el gobierno federal y estatal, los ferrocarriles, los indios navajos y personas particulares. Es una región de triple cultura pues su población está integrada por 65% de indios navajos, 30% de habitantes con apellidos españoles y el resto de origen anglosajón y otros. Se trata de una zona rural con habitantes que residen en su mayoría en pequeñas aldeas o campamentos familiares dispersos. La mayor parte de los obstáculos para la prestación de servicios de salud están comprendidos en las siguientes categorías principales: "ruralismo", aislamiento, pobreza y tipo de percepción de la atención de salud.

El ruralismo del "Tablero de Damas" se refleja en la densidad de población. Los 15,000 residentes, aproximadamente, están dispersados en una extensión de más de 15,500 km², con una densidad de población de 1 habitante por km². La comunidad mayor es Cuba, con una población de 800 a 1,000 habitantes. En otras comunidades la población oscila entre 50 y 500. La mayoría de los habitantes viven fuera de la comunidad propiamente dicha. Por ejemplo, los navajos prefieren los campamentos familiares dispersos. Algunas familias tienen otros campamentos a los que se trasladan durante la época de apacentamiento del verano. Estos campamentos consisten en agrupamientos de pequeñas casas, incluidos los típicos "hogans" de los navajos, o chozas de barro de una sola estancia. A menudo puede verse a los residentes de estos campamentos en su camioneta familiar transportando agua, leña y

otros elementos esenciales, a una distancia de muchos kilómetros. La mayor parte de los habitantes no navajos viven en casas de adobe o madera, o bien en remolques-habitación ("trailers") instalados en ranchos o pequeñas aldeas.

El aislamiento de gran parte de la población de la zona viene a complicar aun más el problema de la baja densidad demográfica. Aproximadamente el 95% de las carreteras no están pavimentadas (1). En su mayoría carecen de señales y los surcos que se han ido formando las hacen en muchos casos intransitables durante las nevadas del invierno y las lluvias del verano. Sin embargo, las carreteras son de poca ventaja para aquellos que no poseen ningún medio seguro de transporte motorizado. Una encuesta reveló que alrededor del 20% de las familias no tenían acceso a ningún vehículo y para utilizar un teléfono se veían obligadas a recorrer una distancia de uno o más kilómetros. Las familias que disponen de servicio telefónico no llegan al 5% (1). La mayoría de las familias no hablan inglés como primer idioma. Según una encuesta realizada, la proporción de familias fuera del pueblo de Cuba que hablan navajo o español como primer idioma varía entre el 50 y el 90% (4). Sin embargo, estas familias tienen que utilizar el inglés para solicitar muchos servicios. Entre el 70 y el 80% de las familias estudiadas fuera del pueblo de Cuba vive a una distancia de más de seis kilómetros de un consultorio. En el área de Cuba la proporción era de 38% (1).

Una tercera serie de obstáculos refleja la gran pobreza de la región. Se considera que en ciertas comunidades el desempleo llega al 50% o más. El ingreso familiar del 85%, aproximadamente, de las familias es inferior al nivel de pobreza definido por la Oficina de Igualdad de Oportunidades (E.U.A.). En Cuba, la comunidad más privilegiada (el 30% de las familias) vive de un ingreso inferior a este nivel (1). Una encuesta de mues-

treo reveló que el 37% de las familias se alojaba a razón de más de 1.51 personas por habitación, el 63% carecía de una o más unidades de fontanería y el 60% no disponía de inodoro (1). Las encuestas llevadas a cabo por Darby y colaboradores (2) y por la Universidad de Pittsburgh (9) sugieren que los navajos se encuentran en estado nutricional inferior al nivel adecuado.

Por último, la percepción típica de la atención de la salud por parte de los distintos grupos de poblaciones del "Tablero" también representa una difícil barrera. Muchos navajos y habitantes de origen español de mayor edad son renuentes a utilizar los servicios de asistencia médica a menos que sus enfermedades les impidan desempeñar sus tareas cotidianas. El concepto de servicios preventivos de salud no se ha captado de un modo general. Por añadidura, muchos navajos y personas de habla española confían considerablemente en los curanderos y otros practicantes tradicionales, y recurren exclusivamente a ellos o utilizan de manera simultánea sus servicios y los de las instalaciones modernas.

Diseño del sistema de salud para el "Tablero de Damas"

Desde 1971, el sistema de salud del área del "Tablero" ha sido administrado por los Servicios Médicos Presbiterianos, una corporación no lucrativa que se estableció en 1965. Comenzó como un proyecto de demostración financiado por el Servicio Social y de Rehabilitación de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos para ensayar la eficacia de un nuevo modelo de sistema de atención de salud a una zona rural en precaria situación. La mayor extensión y el perfeccionamiento del modelo han permitido obtener fondos federales y estatales más permanentes. Como ya se ha advertido, el sistema se extiende a sectores apar-

tados, facilita medios de transporte, ofrece servicios de conservación de la salud, examen para detectar enfermedades, diagnóstico y tratamiento limitados de pacientes externos y atención médica secundaria también limitada, que incluye servicios de urgencia y hospitalización en un centro principal de salud. Entre los aspectos innovadores del diseño del sistema para vencer muchas de las dificultades mencionadas figura un sistema clínico satélite, la integración de servicios "no clínicos", un sistema de circulación de información y la "mezcla" de recursos humanos.

Sistema de clínicas satélite

El ruralismo y el aislamiento de la población del "Tablero" obligó a establecer un sistema de clínicas satélite para acercar lo más posible los servicios más esenciales de salud a los habitantes. La zona cuenta con seis consultorios satélites que prestan casi los mismos servicios. Cada uno de ellos dispone de una sala de espera, una oficina con servicio de radiocomunicación, sala de exámenes, laboratorio, farmacia y sección de registros médicos. También cuentan o contarán, en su mayoría, con un gabinete dental. Todos los consultorios están bajo la supervisión de una enfermera familiar diplomada o de un asistente médico que están constantemente en contacto por radio o teléfono con un médico profesional. El personal incluye también asistentes miembros de la comunidad que han recibido adiestramiento para ayudar en los servicios clínicos; realizar visitas domiciliarias; practicar procedimientos sencillos de laboratorio; entregar, previa explicación sobre su uso, los medicamentos ya empacados y aconsejar y educar a los pacientes. Para las visitas domiciliarias y el transporte de pacientes y de personal, cada consultorio cuenta con vehículos propios que en su mayoría están provistos de equipos de radiocomunicación.

El Centro Principal de Salud en Cuba consta de una sala de espera, un consultorio médico, un consultorio dental con sectores para rayos X y laboratorio, 10 camas para pacientes hospitalizados y una unidad de maternidad, un servicio de urgencia que funciona las 24 horas del día, una farmacia central, un laboratorio central, una unidad de rayos X, una sala central de radiocomunicaciones, almacén central de suministros y oficinas. Cada unidad se encuentra bajo la supervisión de un miembro del personal profesional o administrativo y además está dotada de personal profesional o paraprofesional complementario, bajo la dirección de otro personal más capacitado o con mayor experiencia. Asimismo, el Centro dispone de dos ambulancias y otros vehículos, todos provistos de equipos de radiocomunicación. Los servicios más especializados del sistema solo se ofrecen en el Centro Principal. Los pacientes que necesitan servicios aun más complejos se envían a los grandes centros médicos de Albuquerque, Gallup y Shiprock en Nuevo México.

Integración de los servicios "no clínicos"

La orientación de la población de la zona hacia los servicios curativos obligaba a integrar numerosos servicios preventivos tanto "no clínicos" como clínicos. Asimismo, las condiciones rurales y de pobreza de la zona requerían también la integración de servicios "no clínicos", tales como los de urgencia y de atención de salud escolar. Estos servicios estarían a cargo de otro personal en sectores más densamente poblados y en mejores condiciones económicas.

Mediante contratos con los sistemas escolares locales para proveer servicios de salud, se ha aprovechado hasta el máximo el potencial para la interacción del sistema de salud con la población de edad escolar. A

16 escuelas de la zona se suministran servicios de atención médica limitada de casos críticos, inmunizaciones, otros servicios de control de enfermedades transmisibles y exámenes de detección de enfermedades, así como educación y consejos de salud que ofrecen las enfermeras escolares y auxiliares. Las órdenes permanentes permiten que las enfermeras escolares provean tratamiento secundario *in situ*. Se dispone de medios de transporte y cuidado clínico para niños con problemas más graves. Periódicamente se llevan a cabo evaluaciones físicas en coordinación con un equipo encargado de exámenes médicos de selección. Se facilita la comunicación entre enfermeras escolares mediante reuniones en servicio y de planificación.

La evaluación física de los escolares está a cargo de un equipo que realiza los citados exámenes médicos selectivos. El personal profesional y paraprofesional trilingüe del equipo lleva a cabo estos exámenes que comprenden medición de la presión arterial y de la agudeza visual, audiometría de impedancia, análisis de orina, reconocimiento ortopédico, auscultación cardíaca y otros. En cuanto se localiza un problema, los niños se tratan *in situ* según órdenes permanentes, o bien, son referidos a una clínica de pacientes externos, lo cual es el primer paso del proceso de observación de casos por el personal examinador. Las evaluaciones se realizan anualmente en las escuelas con la ayuda del personal escolar. Los maestros y enfermeras escolares reciben información sobre los resultados de los exámenes físicos y se hacen recomendaciones a cada escuela a la semana siguiente al examen. Los resultados encontrados se analizan cada verano y los hallazgos suelen utilizarse como base para modificar los procedimientos del próximo año.

Por medio del sistema se procede al examen selectivo periódico de adultos, niños y lactantes en todas las clínicas de pacientes externos. El personal que ofrece este servicio puede proceder al examen completo del pa-

ciente en una sola visita o al examen parcial durante varias visitas para atender cualquier enfermedad u ofrecer otro servicio. Se han preparado protocolos para el examen de pacientes asintomáticos así como para los afectados por ciertas enfermedades crónicas. El personal médico modifica periódicamente estos protocolos. El proceso se facilita en el Centro mediante un servicio de selección de casos de enfermedades crónicas, a cargo de una enfermera especialmente adiestrada. Los datos obtenidos por este servicio y mediante la verificación de registros se utilizan para modificar los protocolos.

Un servicio "no clínico" de importancia es el Programa de Suplementación Nutricional para mujeres, lactantes y niños, financiado con fondos federales. En los consultorios médicos se examinan a mujeres gestantes o lactantes y niños para determinar la posibilidad de un mayor riesgo nutricional según normas establecidas. Los clasificados como expuestos al riesgo reciben periódicamente vales para adquirir ciertos alimentos en almacenes de campo o tiendas locales de comestibles. La ratificación periódica del certificado ofrece la oportunidad para la enseñanza sobre nutrición y otras materias de salud, y para proveer atención del niño sano y otros servicios para toda la familia.

Las asistentes de la comunidad ofrecen servicios de salud a domicilio, bajo la supervisión de enfermeras de salud familiar o ayudantes médicos disponibles en el sistema. Estos servicios se consideran como una prolongación lógica de los consultorios satélites, y consisten en educación sanitaria, inmunizaciones, control de enfermedades transmisibles, vigilancia de las enfermedades crónicas, diagnóstico y tratamiento de afecciones de menor importancia y evaluación de las condiciones en el hogar. El personal clínico cuenta con la ayuda de enfermeras de salud pública contratadas por el sistema. Cada consultorio satélite dedica un día o dos por semana a las visitas domiciliarias.

Una interesante innovación reciente ha sido el establecimiento de un programa de salud pública en cooperación con el Organismo de Salud del estado de Nuevo México y el Consejo de Planificación de la Familia del propio estado. Los contratos con estas instituciones permiten que el sistema preste una serie de servicios ofrecidos gratuitamente en las oficinas estatales de salud a los residentes del condado más poblado del "Tablero". En estos servicios está incluida la planificación de la familia, la determinación del estado de salud del niño sano, el examen para detectar los casos de tuberculosis y de hipertensión, investigación y observación ulterior de casos y contactos de enfermedades transmisibles, así como las visitas domiciliarias y consejos por parte de enfermeras de salud pública. Los servicios, que se ofrecen en los locales de las clínicas existentes del condado, están a cargo de los empleados y de otro personal bajo contrato. Si este programa piloto tiene éxito, se podrán utilizar contratos similares para otros condados del "Tablero".

Otro de los servicios "no clínicos" proporcionados por el sistema consiste en la atención de urgencia ambulante y el transporte. Dos ambulancias estacionadas en el centro principal están a cargo de técnicos médicos de urgencia, miembros del personal en el pueblo de Cuba. Los casos de urgencia se llevan a la sala de urgencia de 24 horas, en el centro de salud, antes de ser trasladados a otros centros más importantes. Periódicamente se ofrecen cursos de capacitación de técnicos médicos de urgencia, en cooperación con la Universidad de Nuevo México.

Sistema de información

El "ruralismo" y el aislamiento de las zonas atendidas por el sistema de salud del "Tablero de Damas" pronto exigieron el establecimiento de procedimientos regulares de

registro y transmisión de información. Además, las numerosas personas que prestan servicio en el sistema deben tener fácil acceso a esta información. Uno de los elementos esenciales del sistema de información es el registro médico. Se utiliza una ficha médica orientada hacia los problemas, que es una modificación de la de Weed. La misma lista de problemas está disponible para todo el personal que presta servicios múltiples a pacientes internos y ambulatorios. Las notas acerca del estado de los problemas facilitan la atención prestada cuando está a cargo de múltiples personas en múltiples lugares. Se utiliza un formulario por cuadruplicado para cada visita de pacientes en la sala de urgencia y servicio ambulatorio. La segunda copia pasa al consultorio satélite o al centro principal, lo que permite disponer de una serie completa de fichas médicas de cada lugar. La tercera y cuarta copias se usan para las facturas, reclamaciones de seguro contra daños a terceros y auditoría de médicos y otros. Las hojas de información sobre el mantenimiento de la salud permiten disponer de una base mínima de selección de casos en todos los consultorios.

En cada consultorio de pacientes ambulatorios se lleva un registro de enfermedades crónicas que facilita la observación de pacientes que experimentan problemas continuos. La mayoría de los consultorios utilizan el registro o una especie de libro diario de los servicios periódicos que requieren los enfermos crónicos. De esta manera queda asegurada la atención complementaria a domicilio y en el consultorio, y se dispone de datos sobre enfermedades crónicas que sirven para la evaluación y planificación de programas.

Se dispone de un sistema de radiocomunicación que permite el contacto inmediato entre el Centro Principal de Salud, los centros terciarios de salud de Albuquerque y Gallup, los consultorios satélites, las ambulancias y otros vehículos. Igualmente permite a los médicos y otro personal supervisar por control

remoto a los trabajadores de salud. El sistema cuenta con su propia estación radiorrepetidora instalada en la cumbre de una montaña cerca de la localidad de Cuba que conecta los equipos a una red de comunicaciones de urgencia de todo el estado.

La información que entra y sale del sistema se controla por el centro de comunicaciones del Centro Principal de Salud. Por intermedio del Centro los pacientes frecuentemente se envían a hospitales, consultorios especializados y médicos particulares. Los informes por escrito, tales como los resúmenes de altas hospitalarias, se reproducen y se devuelven a los registros del Centro Principal y consultorios satélites. El Centro también controla el progreso de los pacientes atendidos por el sistema que están hospitalizados para su atención secundaria o terciaria en otros lugares. Esta información se retransmite entonces a familiares, amigos y al personal del sistema de salud.

“Mezcla” de recursos humanos

El sistema de la zona del “Tablero” asigna unas funciones ampliadas o “no tradicionales” a muchas de las categorías de personal de salud. Esta práctica permite reducir el número de médicos y profesionales de salud de categoría intermedia, que reciben alta remuneración, y al mismo tiempo permite capacitar y contratar a personas de la localidad.

Los asistentes de salud de la comunidad, bajo la supervisión de una enfermera familiar o de un ayudante médico, se encargan de la mayor parte de la atención preventiva y primaria. En todos los locales para pacientes ambulatorios, estos asistentes prestan servicio para ayudar en los trabajos clínicos; practicar pruebas sencillas de laboratorio; entregar previa explicación sobre su uso los medicamentos ya envasados; hacer visitas domiciliarias; servir de intérpretes, dar consejos y ofrecer educación sanitaria. Todos los

asistentes son miembros legos de la comunidad que han recibido cierto adiestramiento por medio del sistema de salud u otras instituciones externas. En su mayoría son bilingües y trabajan en los servicios ambulatorios de sus respectivas comunidades.

El sistema contrata igualmente a enfermeras familiares de salud y a ayudantes médicos, quienes en su mayor parte se encargan médica y administrativamente de las actividades y del personal de cada consultorio de pacientes ambulatorios. Cada uno de ellos trabaja bajo la supervisión de un solo consultor médico. Todos participan en un plan de primera visita en el Centro Principal de Salud, practican cirugía menor y atienden partos sin complicaciones bajo la supervisión de un médico. Los ayudantes médicos constituyen el primer contacto para la mayoría de los habitantes que participan en el sistema. Este personal ofrece los primeros cuidados y trabaja en estrecha cooperación con los asistentes de la comunidad en la prestación subsiguiente de atención médica y conservación de la salud. Los pacientes que requieren atención de más cuidado se envían a los médicos de guardia pero luego son atendidos, en su mayoría, por los ayudantes médicos.

Los médicos que prestan servicio en el sistema dedican gran parte del tiempo a las consultas que le hace el personal y a su adiestramiento. Cada médico sirve de consultor de uno o varios consultorios satélites, a los que suele visitar una vez por semana. En esos días el médico atiende las consultas de casos más complejos que han sido referidos, continúa el estudio de otros casos complicados e inspecciona los datos registrados de pacientes seleccionados que ha visto la semana anterior. Por lo común, el médico hospitaliza y atiende a todos los pacientes de "su satélite" que requieren ser internados. Las actividades del médico en el Centro Principal de Salud son análogas a las que hace en los consultorios satélites. El médico asiste también todos los partos y participa en un

plan de segunda visita. Los pacientes hospitalizados son atendidos ya sea por el equipo de médicos y ayudante médico, o bien por el médico solamente. En el plazo de 24 horas todos los médicos examinan todas las órdenes dadas por los ayudantes acerca de los pacientes internos. El médico destina también un tiempo considerable a reuniones no formales y sesiones didácticas con otro personal de salud. Además de los médicos propios del sistema, se utilizan periódicamente los servicios de especialistas para ciertas consultas clínicas en el Centro Principal de Salud. Estos especialistas, ya familiarizados con el sistema, facilitan el movimiento de pacientes y la entrada y salida de información del sistema respecto a la atención especializada ofrecida en otros lugares.

Los odontólogos están asignados al Centro Principal pero efectúan visitas periódicas a los consultorios satélites. En la actualidad trabajan según los métodos tradicionales, pero están elaborando un plan para ampliar las funciones de los auxiliares dentales a fin de que incluyan la educación, la aplicación tópica de fluoruro y la profilaxia. Con frecuencia los dentistas y médicos se consultan mutuamente acerca de problemas orales y faciales.

Los técnicos en urgencias médicas, que han seguido un curso de 80 horas ofrecido por la Universidad de Nuevo México, prestan servicio en la sala de urgencia y conducen y tienen a su cargo las ambulancias estacionadas en el Centro Principal de Salud. También se dispone de técnicos suplentes de este tipo, para las funciones de conductor y asistente, que son miembros de la comunidad graduados en el curso que se organiza periódicamente en Cuba. Los técnicos en urgencias médicas han recibido también adiestramiento en servicios radiológicos básicos o para servir de suplentes en estos servicios prestados fuera de las horas de consulta. Cuando no están ocupados, estos técnicos se dedican además a obtener electrocardiogra-

mas y a aplicar otros procedimientos, así como prestar ayuda en los departamentos de pacientes internos y ambulatorios del Centro Principal de Salud.

En la misma manera se emplean otras muchas categorías de personal de salud. En la actualidad se está estudiando la posibilidad de ampliar las funciones de este personal.

Conjunto de servicios preventivos

Ciertos aspectos del diseño del sistema de salud del "Tablero", tales como el sistema de consultorios satélites, la integración de los servicios no clínicos, el sistema de circulación de información y la "mezcla" de recursos humanos, facilitan la prestación de una serie de servicios preventivos normales a la población atendida. Este conjunto de servicios se ofrece no solo en los consultorios sino también a domicilio y en las escuelas. La prestación de estos servicios mediante un sistema rural único de salud, con un medio interno de circulación de información evita gran parte de la duplicación de esfuerzos que comúnmente se observa en otros sectores. El empleo de ayudantes médicos y de asistentes adiestrados de la comunidad permite ofrecer muchos de estos servicios a un costo menor que en cualquier otra parte. El actual conjunto de servicios preventivos incluye los siguientes:

1. Reconocimiento general del niño sano y observación subsiguiente de la población preescolar.
2. Examen médico de detección y observación subsiguiente de todos los escolares.
3. Examen médico de detección y observación subsiguiente de adolescentes y adultos.
4. Determinación del riesgo nutricional de mujeres, lactantes y niños.
5. Servicios extensivos de planificación de la familia, de educación y clínicos.
6. Inmunizaciones.
7. Investigación y observación subsiguiente de casos y contactos de enfermedades transmisibles.

8. Educación de salud que incluya la población escolar.

9. Evaluación, observación subsiguiente y educación de salud de la familia.

Es muy posible que este conjunto de servicios se modifique después de que el sistema de salud acumule datos sobre el costo/beneficio de la prestación de servicios específicos.

El reconocimiento general del lactante y del niño "sano" se efectúa en los consultorios de pacientes ambulatorios. Se trata, con todo empeño, de que los lactantes se sometan a este examen en cuatro ocasiones durante el primer año de vida, y de administrar en esas visitas las inmunizaciones requeridas. En la medida de lo posible, después del primer año los niños se someten a un examen anual hasta que llegan a la edad escolar. El reconocimiento general consiste en la anotación de los datos y antecedentes del niño y en un examen por enfermeras familiares de salud o ayudantes médicos. Hacia el final del primer año se procede a la determinación del índice hematocrito. Con frecuencia se determina el estado de los lactantes y niños cuando se les hace un diagnóstico o se tratan de una enfermedad de menor importancia, o cuando sus hermanos u otros miembros de la familia visitan el consultorio. Siempre que se ofrece la posibilidad se procura aconsejar individualmente a la madre del niño. El ayudante médico y los asistentes de la comunidad se encargan de esta labor.

El examen médico de detección de los escolares ya ha sido descrito. El programa funciona en ciclos a medida que el grupo examinador pasa de una a otra de las 21 escuelas y de los programas "Head Start"² de la zona. La primera semana se dedica a la labor de detección propiamente dicha, y la segunda a la observación subsiguiente de niños que presentaron alguna anomalía y a facili-

² Programas de promoción educativa de la población menesterosa de E.U.A., iniciados alrededor de 1962.

tar información a los maestros. La mayor parte de los servicios de diagnóstico y tratamiento médico se ofrece por conducto del sistema de salud del "Tablero". Los servicios de diagnóstico del desarrollo están actualmente a cargo de un grupo profesional de la Universidad de Nuevo México.

Para el examen médico de detección de adolescentes y adultos, descrito ya en parte, el personal médico ha establecido una serie básica de datos mínimos, por edad y sexo. A intervalos sugeridos se administran estos exámenes específicos de los pacientes dispuestos a aceptar los servicios de conservación de la salud que, en la medida de lo posible, se efectúan en el momento de la visita clínica para otros propósitos. Muchas veces se hace el diagnóstico y se establece el tratamiento en ese momento.

Ya se ha hecho referencia al Programa de Suplementación Nutricional para mujeres, lactantes y niños. Los consultorios de pacientes ambulatorios por lo general aprovechan la certificación trimestral de los beneficiarios del programa para ofrecer instrucciones acerca de la selección y preparación de alimentos, así como sobre el cuidado del lactante. Estos consejos nutricionales parecen ser más provechosos cuando van acompañados de vales para la obtención de alimentos.

El sistema ofrece servicios de planificación de la familia a todas las personas que los solicitan. Los servicios se facilitan mediante contratos adjudicados por el Servicio de Salud de los Indios de E.U.A. o del Consejo de Planificación de la Familia de Nuevo México. Los servicios de extensión asistencial y educación están a cargo de personal profesional y paraprofesional de los consultorios satélites o del programa de salud pública. En todos los sitios se ofrecen servicios clínicos, y en la medida de lo posible, los servicios de planificación de la familia se prestan conjuntamente con otros servicios médicos.

Durante las visitas de niños sanos o en otras de atención de la salud se procede a las vacunaciones que requieren los lactantes, niños y adultos. Se lleva un registro completo de las inmunizaciones en el consultorio satélite más cercano al domicilio del paciente, en el Centro Principal de Salud y en las escuelas. Así se evitan las inmunizaciones innecesarias.

Como parte del programa de control de enfermedades transmisibles, los casos y contactos de afecciones o condiciones enumeradas a continuación son objeto de investigación y vigilancia subsiguiente: difteria, enfermedades venéreas, fiebre tifoidea, hepatitis, meningitis bacteriana, mordeduras de animales, rubéola, salmonelosis, sarampión, shigelosis y tuberculosis. A menudo una enfermera de salud pública toma las medidas necesarias después de la notificación por un médico o un ayudante médico. Se ha proporcionado a las enfermeras de salud pública protocolos para la observación subsiguiente a la notificación de cada una de esas afecciones.

Para el programa de educación escolar de salud, que en parte ya se ha descrito, se ha preparado una guía de información médica, una guía de recursos y material informativo. Para el año escolar de 1977 a 1978 se está preparando una serie de seminarios sobre temas de salud dedicados al personal docente y a los padres. Además, las enfermeras y auxiliares escolares ofrecen enseñanza y consejos individualmente o en grupo a los mismos estudiantes y a sus familiares.

Las actividades de evaluación, vigilancia y educación de salud de la familia están a cargo de asistentes de la comunidad con la cooperación de las enfermeras de salud pública y, si es necesario, del ayudante médico. A menudo los servicios preventivos antes mencionados se ofrecen al mismo tiempo, y tanto estos como los servicios de educación de salud suelen ofrecerse a varias personas durante una sola visita domiciliaria. Cuan-

do el caso lo requiere, se envía al paciente a un consultorio para que reciba la debida atención.

Resumen

El sistema de salud de la zona denominada "Tablero de Damas", del estado de Nuevo México (E.U.A.), constituye un ejemplo de sistema rural de salud en el que se ofrecen servicios bien equilibrados de conservación de la salud y la detección precoz de enfermedades. En el diseño del sistema se tuvieron en cuenta los obstáculos con que tropieza la prestación de estos servicios en una zona rural necesitada del noroeste de Nuevo México, con una población de triple cultura (indios navajos, habitantes de apellido español, anglosajones y otros). La mayor parte de los obstáculos se distribuyen en las categorías de "ruralismo", aislamiento, pobreza y tipo de percepción en cuanto a la atención de salud. Entre los aspectos innovadores del diseño del sistema para vencer estos obstáculos se mencionan un sistema de

consultorios médicos satélites, la integración de servicios "no clínicos", un sistema de circulación de información y la "mezcla" de recursos humanos.

Los servicios preventivos se organizaron en conjunto y, a pesar de las diferentes fuentes de los fondos, se integraron en el sistema. El actual conjunto de estos servicios incluye:

- 1) Reconocimiento del niño sano;
- 2) examen médico y observación subsiguiente de todos los escolares;
- 3) examen médico y observación subsiguiente de adolescentes y adultos;
- 4) determinación del riesgo nutricional de mujeres, lactantes y niños;
- 5) servicios extensivos de planificación de la familia, educativa y clínicos;
- 6) inmunizaciones;
- 7) investigación y observación subsiguiente de casos y contactos de enfermedades transmisibles;
- 8) educación de salud, inclusive de la población escolar y
- 9) evaluación, observación subsiguiente y educación de salud de la familia.

La mayor parte de la atención preventiva y primaria está a cargo de asistentes legos de la comunidad que han recibido adiestramiento especial y que prestan servicio bajo la supervisión de personal médico y de enfermería profesional. □

REFERENCIAS

- (1) Presbyterian Medical Services. Final Report, Vol. I. A Model for a Health Delivery System in a Distressed Area of New Mexico, 30 de junio, 1975.
- (2) Darby, W. J., C. G. Salsbury, W. J. McGanity, H. F. Johnson, E. B. Bridgeforth y H. R. Sardstead. A study of the dietary background and nutriture of the navajo indian. *J Nutr* 60(Suppl. 2):3-85, 1956.
- (3) Rogers, K. y K. Reisinger. Nutrition Survey of the Lower Greasewood Chapter, Navajo Tribe, 1968-69. Informe del Departamento de Medicina Comunitaria, Universidad de Pittsburgh, Escuela de Medicina, 1969.

Preventive aspects of rural health care delivery: The "Checkerboard Area" health system of New Mexico (Summary)

The Health Care System of the so-called "Checkerboard Area" of the state of New Mexico (U.S.) is an exemplary case of a rural

health system offering well-balanced health care and early disease detection services. The system was designed to deal with the obstacles confront-

ing the delivery of these services in a needy rural area of northwestern New Mexico with a triple-culture population (Navajo Indians, Hispanics, Anglo-Saxons and others). The majority of the obstacles come under the headings of "ruralism", isolation, poverty and type of perception as regards health care. Mentioned among the innovative aspects of the system designed to overcome those obstacles are a system of satellite medical consultation offices, the integration of "non-clinical" services, an information circulation system and the "mixture" of human resources.

Preventive services were organized jointly and, in spite of the different sources of their funding, were integrated into the system. At present, these joint services include: 1) Check-ups for healthy

children; 2) medical examination and subsequent observation of all school children; 3) medical examination and subsequent observation of adolescents and adults; 4) determination of nutritional risks in women, nursing infants and children; 5) extension family planning, education and clinical services; 6) immunizations; 7) investigation and subsequent observation of cases of communicable diseases and their contacts; 8) health education, including school-children, and 9) family health evaluation, subsequent observation and education. Most of the preventive and primary health care is provided by lay assistants in the community who have received special training and serve under the supervision of professional medical and nursing personnel.

Aspectos preventivos do sistema rural de atenção à saúde na área conhecida como "Tabuleiro de Damas" no Estado de Novo México (Resumo)

O Sistema de Saúde na zona conhecida pelo nome de "Tabuleiro de Damas", no estado de Novo México (E.U.A.), é um exemplo de sistema rural de saúde que oferece serviços bem equilibrados para conservar a saúde e detectar, precocemente, as doenças. Ao desenhar o sistema, se levaram em conta os obstáculos com que tropeça a prestação desses serviços numa zona rural necessitada do noroeste do Novo México, com uma população de triple cultura (índios navajos, habitantes com sobrenomes espanhois, anglo-saxônios e de outras fontes). A maioria dos obstáculos se dividem em categorias de "ruralismo", isolamento, pobreza e tipo de percepção em tudo que concerne à atenção da saúde. Entre os aspectos inovadores do desenho do Sistema, para vencer todos esses obstáculos, menciona-se uma rede de consultórios médicos satélites, a integração de serviços "não clínicos", um método de circulação de informação e a mistura de recursos humanos.

Os serviços preventivos organizaram-se em conjunto e, apesar das diversas fontes de onde

surgiam os fundos, integraram-se todos ao sistema. Atualmente, em conjunto, estes serviços abrangem: 1) Exame médico da criança sadia; 2) exame médico e observação subsequente de todas as crianças das escolas; 3) exame médico e observação subsequente dos adolescentes e adultos; 4) determinação do risco nutricional de mulheres, lactantes e crianças; 5) serviços extensivos para o planejamento da família, tanto sob o ponto de vista educativo como clínico; 6) imunizações; 7) pesquisa e observação subsequente de casos e contactos com doenças transmissíveis; 8) educação de saúde, inclusive a da população escolar e 9) avaliação, observação imediatamente depois da mesma e educação da saúde da família. A maior parte de atenção preventiva e primária está sob a responsabilidade de assistentes leigos da comunidade, que receberam um treinamento especial e que prestam seus serviços sob o supervisionamento profissional tanto de pessoal médico como de enfermagem.

Aspects préventifs du système rural de santé dans la zone "Damier" du Nouveau-Mexique (Résumé)

Le système de santé de la zone appelée "Damier", dans l'Etat du Nouveau-Mexique (États-Unis) constitue un exemple de système rural de santé offrant des services bien équilibrés de con-

servation de la santé et la détection précoce des maladies. On a tenu compte, dans le dessin du système, des obstacles auxquels se heurte la prestation de ces services dans une zone rurale né-

cessiteuse du nord-ouest du Nouveau-Mexique, avec une population de triple culture (indiens navajos, habitants de noms espagnols, anglosaxons et autres). La plus grande partie de ces obstacles se distribuent dans les catégories "problèmes ruraux", isolement, pauvreté et type de perception en ce qui concerne les soins de santé. Parmi les aspects innovateurs du dessin du système en vue de vaincre ces obstacles, on mentionne un système de cabinets médicaux satellites, l'intégration de services "non cliniques", un système de circulation d'information et le "mélange" de ressources humaines.

Les services préventifs ont été organisés en ensemble et, malgré les différentes origines des fonds, ont été intégrés dans le système. L'ensemble actuel de ces services comprend: 1) Examen

général de l'enfant sain; 2) examen médical et observation subséquente de tous les enfants en âge scolaire; 3) examen médical et observation subséquente des adolescents et des adultes; 4) détermination du risque de nutrition des femmes, nourrissons et enfants; 5) services extensifs de planification de la famille, éducatifs et cliniques; 6) immunisations; 7) investigation et observation subséquente de cas et contacts de maladies transmissibles; 8) éducation de santé, y compris de la population scolaire et 9) évaluation, observation subséquente et éducation de santé de la famille. La plus grande partie de l'attention préventive et primaire est à la charge d'assistants de la communauté ayant reçu un entraînement spécial et travaillant sous la supervision d'un personnel médical et infirmier professionnel.