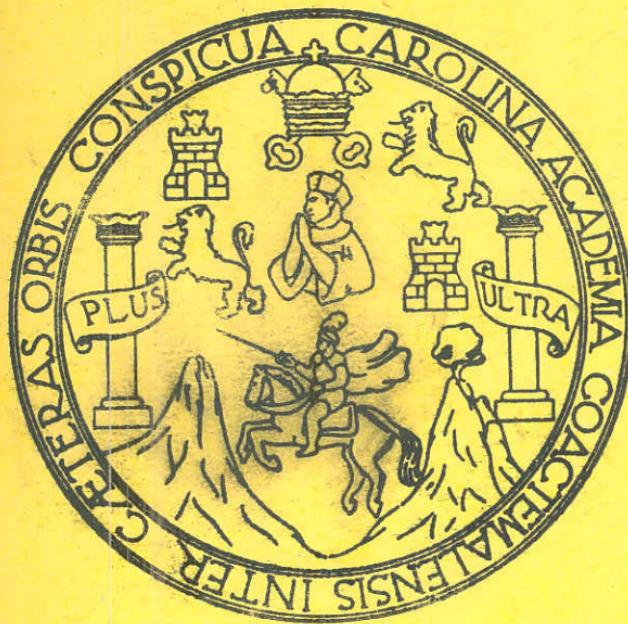


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
COMAPA, DEPARTAMENTO DE
JUTIAPA"

ARTURO ANTONIO ZAMORA MONGE

Guatemala, Abril de 1975

ESQUEMA DE PRESENTACION DEL INFORME DE INVESTIGACION

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODO
- IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
 - A. POBLACION
 - B. DESCRIPCION GENERAL
 - C. RASGOS HISTORICOS GENERALES
 - D. DATOS DEMOGRAFICOS
 - E. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES:
 - a. Educacion
 - b. Producción en el Municipio de Comapa
 - c. El medio
 - d. Vivienda
 - e. Los daños (morbilidad, nivel y estructura por edades y causas urbana y rural en los meses de febrero a junio en el año 1974)
 - f. Otros estudios de morbilidad (tuberculosis, parasitismo, anemia nutricional)
 - g. Mortalidad
- V. POLITICA DE SALUD

ESQUEMA DE PRESENTACION DEL INFORME DE INVESTIGACION

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODO
- IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
 - A. POBLACION
 - B. DESCRIPCION GENERAL
 - C. RASGOS HISTORICOS GENERALES
 - D. DATOS DEMOGRAFICOS
 - E. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES:
 - a. Educacion
 - b. Produccion en el Municipio de Comapa
 - c. El medio
 - d. Vivienda
 - e. Los daños (morbilidad, nivel y estructura por edades y causas urbana y rural en los meses de febrero a junio en el año 1974)
 - f. Otros estudios de morbilidad (tuberculosis, parasitismo, anemia nutricional)
 - g. Mortalidad
- V. POLITICA DE SALUD
- VI. PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES

Presentamos a la consideración de la sociedad guatimalteca y a la Facultad de Medicina, el trabajo sobre área rural, práctica realizada recientemente por el último año del estudiante de medicina, tal organización llamada EPS Rural (Ejercicio Profesional Supervisado), tiene como motivo palpable y verídicamente dar a conocer las condiciones infrahumanas en que vive una gran masa de gente que con nuestra indiferencia hemos contribuido a fomentar estas tristes condiciones de vida.

Después de un extremo análisis, discusiones, estudio bibliográfico de diferentes monografías, decidí, por su importancia socio-económica, cultural y estadístico, investigar diferentes temas sobre el área rural ya que es un problema que cada vez se acrecienta más en Guatemala y en América Latina. Principalmente es un problema típico de los países dominados y mi interés es mayor por ser de particular actualidad y reclama una solución urgente.

El haber desarrollado esta investigación me ha permitido tomar conciencia y conocer en el terreno de los hechos la cruda realidad de estos sectores o estratos sociales a quienes no se les ha dado ni puesto la atención que merecen.

Para la sociedad guatemalteca y a la Facultad de Medicina y otras entidades me he propuesto con este trabajo, aportar un fiel reflejo de la forma en que transcurre la vida para un considerable sector de sus integrantes que sin pecar de ingenuos creemos es desconocida para el resto del país.

Me he preocupado por investigar las causas que originan en estas comunidades la miseria, así como las reper-

Presentamos a la consideración de la sociedad guatemalteca y a la Facultad de Medicina, el trabajo sobre el área rural, práctica realizada recientemente por el último año del estudiante de medicina, tal organización llamada EPS Rural (Ejercicio Profesional Supervisado), tiene como motivo palpable y verídicamente dar a conocer las condiciones infrahumanas en que vive una gran masa de gente que con nuestra indiferencia hemos contribuido a fomentar estas tristes condiciones de vida.

Después de un extremo análisis, discusiones, estudio bibliográfico de diferentes monografías, decidí, por su importancia socio-económica, cultural y estadístico, investigar diferentes temas sobre el área rural ya que es un problema que cada vez se acrecienta más en Guatemala y en América Latina. Principalmente es un problema típico de los países dominados y mi interés es mayor por ser de palpitante actualidad y reclama una solución urgente.

El haber desarrollado esta investigación me ha permitido tomar conciencia y conocer en el terreno de los hechos la cruda realidad de estos sectores o estratos sociales a quienes no se les ha dado ni puesto la atención que merecen.

Para la sociedad guatemalteca y a la Facultad de Medicina y otras entidades me he propuesto con este trabajo, aportar un fiel reflejo de la forma en que transcurre la vida para un considerable sector de sus integrantes que sin pecar de ingenuos creemos es desconocida para el resto del país.

Me he preocupado por investigar las causas que originan en estas comunidades la miseria, así como las reper-

cusiones negativas que este empobrecimiento continuo ha dejado en los habitantes de la región. Pude comprobar el estado desastroso de su economía con ingresos insuficientes para el sustento normal de una persona y mucho menos para el sostenimiento de una familia como corrientemente sucede en el área rural.

A lo comprensible y lamentable salud que por falta de nutrición adecuada, atención médica, y tecnología al alcance de sus comunidades, están padeciendo, y podemos agregar las condiciones de inhabitabilidad de los barrancos y laderas que les han dejado para organizar los diferentes poblados, en donde es frecuente encontrar ausencia de agua potable, alimentación y vivienda adecuadas constituyendo un medio apropiado para enfermedad y muerte.

Esta situación me obligó a efectuar un pequeño estudio sobre la vivienda que alberga a familias numerosas construida con material no apropiado para las necesidades mínimas como son: palma, bambú, bajareque, piedra y adobes; construidas en un espacio escaso para ser habitadas por una persona pero, donde se ven precisados a convivir seis o siete miembros que componen la familia y animales domésticos en la mayor promiscuidad.

No podía dejar pasar por alto el estudio de natalidad y mortalidad, tampoco la morbilidad y el tratamiento proporcionado por la unidad Antituberculosa a este nivel y modo de detectar los casos de tuberculosis.

Estos y otros datos interesantes podrán observarse con la lectura de esta investigación que a no dudar habrá de contribuir aunque sea modestamente a engrosar los estudios efectuados hasta el momento, muy pocos por cierto, sobre este aspecto.

Los métodos empleados para la obtención de los datos han sido los frecuentemente utilizados en este tipo de investigación. La observación directa, la investigación sobre el terreno, la estadística y la encuesta realizada con los habitantes de las aldeas y del municipio; también tuve oportunidad de hacer importantes entrevistas a personas de la comunidad que han vivido mucho tiempo en la localidad. Tuve una serie de conferencias y consulté algunas obras consideradas importantísimas para profundizar en este tema.

Quisiera agregar por último, que al respecto de monografía he encontrado muy poco, pues hasta en este sentido es un lugar poco estudiado lo cual me perjudicó para elaborar parte de su historia.

II. OBJETIVOS

A. GENERALES:

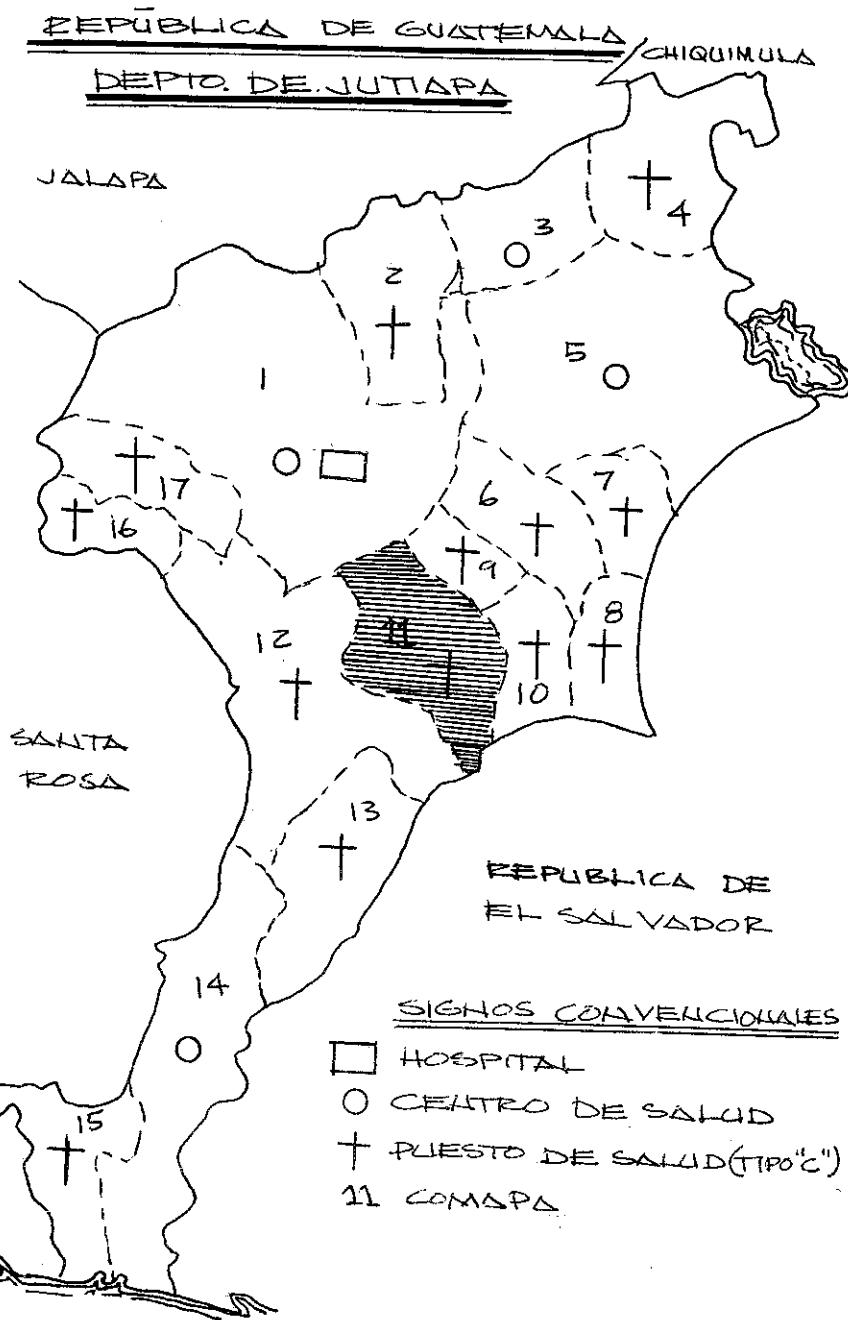
- a. Contribuir con la Facultad de Medicina, a través del diagnóstico de salud en la realimentación de su sistema educativo.
- b. Contribuir con el Ministerio de Salud Pública para orientarse a mejorar la forma de vida y salud de estas comunidades.
- c. Dar a conocer a la sociedad guatemalteca hechos reales de nuestras áreas rurales.
- d. Integrar las actividades de lucha para el mejoramiento de salud de estas comunidades.

B. ESPECIFICOS:

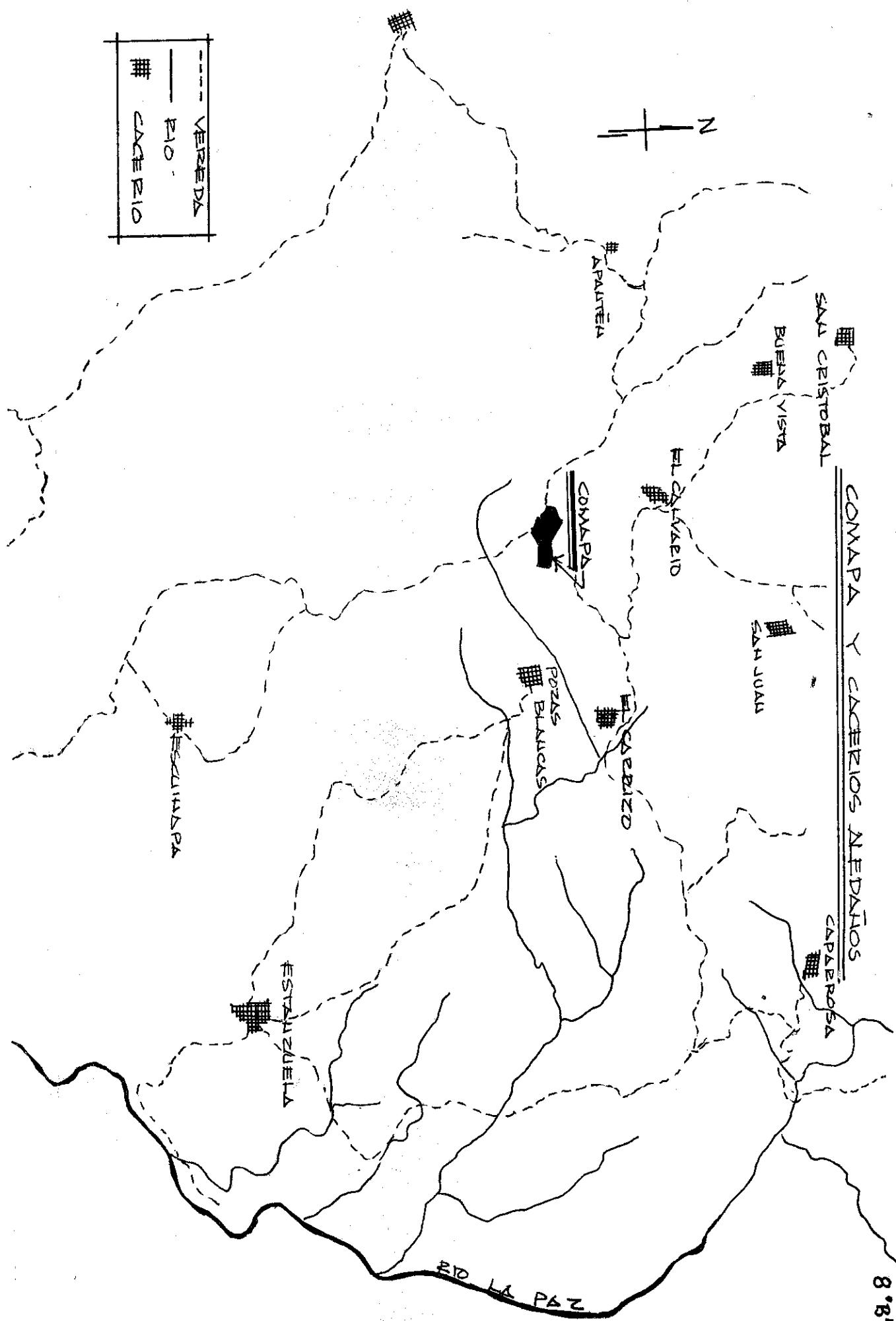
- a. Servir de base para una investigación futura.
- b. Contribuir a un plan mínimo de salud que cubra las demandas encontradas en la población.
- c. Mejorar en forma racional los registros de mortalidad y natalidad.
- d. Revisar métodos y tratamientos adecuados para cubrir a la población materno infantil.
- e. Lograr una formación más adecuada del personal de EPS en concordancia con los objetivos establecidos para el efecto por las autoridades del Ministerio de Salud Pública en un afán de cooperación por parte de la Facultad de Ciencias Médicas, dando a conocer las

b. Prospectivo

- 1) Consultas a personal de Salud, Planificación familiar, etc.
- 2) Estudio de vivienda y condiciones de saneamiento.
- 3) Entrevistas y reuniones de grupo con objetivos de investigación.



- 1.- Jutiapa
- 2.- El Progreso
- 3.- San Catarina Mita
- 4.- Agua Blanca
- 5.- Asunción Mita
- 6.- Yupiltepeque
- 7.- Atescatempa
- 8.- Jerez
- 9.-El Adelanto
- 10-Zapotitlán
- 11- Comapa
- 12- Jalpatagua
- 13- Conguaco
- 14- Moyuta
- 15- Pasaco
- 16- San José Acatempa
- 17- Quezada.



IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A. POBLACION

B. DESCRIPCION GENERAL

COMAPA, municipio del departamento de Jutiapa; municipalidad de segunda categoría, tiene una extensión de aproximadamente 122 Km.². Está situado al oriente de la ciudad capital a una distancia de 126 kilómetros y medio sobre la Ruta Nacional 2 que conduce al departamento de Jutiapa; desde Jutiapa sobre la ruta Nacional 2 hay aproximadamente 19 kilómetros donde entra con una ruta departamental que va a unirse con la Ruta Nacional 22.

Aproximadamente a 6 kilómetros y medio de dicho empalme hay otra ruta departamental que va a Comapa (aproximadamente a 20 Kms.). Durante este trayecto se pasan las aldeas siguientes: San Ixtán, Santa Clara, El Guachipilín, Santa Bárbara o San Cristóbal, Ixcanal. El municipio cuenta también con caminos de herradura y veredas que unen a sus pobladores entre sí y con los municipios vecinos.

Colinda al norte con Jutiapa, al este con El Adelanto, y Zapotitlán, al sur con la república de El Salvador y al oeste con Jalpatagua (Jutiapa). Tiene una altitud de 1250 metros sobre el nivel del mar y una latitud de 14° 064'1", longitud 89° 445'9".

Su clima es variable, notándose que aumenta la temperatura los meses de marzo y abril, y el resto es templado, sus estaciones son invierno que comprende los meses de mayo a octubre, y verano que comprende los meses de noviembre a abril.

Los recursos naturales son escasos contando con pequeños ríos, pequeños bosques, vertientes, sobresaliendo entre todos el río Paz que sirve de límite entre este municipio y El Salvador, que es límite de nuestra patria. Entre sus llanuras están dos que son, las de San Juan y las de San Luis.

Existe un manantial denominado Las Barrancas que es donde se extrae el agua para esta comunidad.

Dentro de sus recursos naturales existe la arcilla que es lo que utilizan sus habitantes para construcción de utensilios de loza, alfarería, etc., que tienen fama en la región.

Entre los poblados rurales se encuentran las aldeas siguientes:

- 1) El Pinal, que está aproximadamente a 12 Kms. de la cabecera.
- 2) San Cristóbal, que está aproximadamente a 5 Kms. de la cabecera con sus caseríos: Las Animas, El Jocote, El Ixcanal.
- 3) El Carrizo, que está aproximadamente a 1 Km. de la cabecera con sus caseríos: San Antonio, Copalapa, El Cuje, Pozas Blancas, El Comalito, San Ramón, Depenance.
- 4) Guachipilín, que está aproximadamente a 17 Kms. de la cabecera con sus caseríos: La Laguna, El Puntito, Talpetate.
- 5) Estanzuela, que está aproximadamente a 12 kms. de la cabecera con sus caseríos: San Blas, El Almenchor, El Jicalito.
- 6) Caparroza, que está aproximadamente a 10 Kms. de la cabecera con sus caseríos: El Playón, El Limón, El Platanar Viejo, Las Perlas, El Coco, El Mamey.

- 7) Esquinapa, que está aproximadamente a 12 Kms. de la cabecera con sus caseríos: El Remolino, La Crucita, El Coyolito, El Tempisque, Las Pilas, San Miguel, Los Ranchos.
- 8) El Melonar, que está aproximadamente a 12 Kms. de la cabecera con sus caseríos: El Jícaro, Apantén, El Coyol, El Chajuite, Pululá, Pepescas, La Isleta.
- 9) San José, que está aproximadamente a 11 Kms. de la cabecera con sus caseríos.

La mayoría de estas aldeas tienen como único medio de comunicación caminos de herradura, que en época de lluvia impide la movilización de sus habitantes.

En total el Municipio cuenta con un pueblo, 9 aldeas y 33 caseríos.

C. RASGOS HISTORICOS GENERALES

Jutiapa formaba parte de la provincia de Chiquimula de La Sierra, en los tiempos subsiguientes a la independencia. Antes de la conquista existió el reino de Nictlán, una poderosa nación que se extendía hasta Metapa (hoy Metapán en El Salvador).

La provincia de Chiquimula de la Sierra, tenía las siguientes colindancias; Oeste La Verapaz; Este Comayagua; Sur Escuintla, Sacatepéquez y Sonsonate, y al Norte con el Mar del Norte o sea, el de las Antillas. Por lo tanto, Jutiapa estaba incluida en ese enorme territorio chiquimulteco. Chiquimula de la Sierra tenía 30 pueblos y 12 curatos, algunos valles y muchas haciendas. Existían dos corregimientos, el de Zacapa y el de Acasaguastlán.

Este pueblo aparece como dependencia del curato de

Jutiapa en el partido de Chiquimula en el índice alfabético de las ciudades, villas y pueblos del reino de Guatemala y se describió al circuito de Jalpatagua cuando se distribuyeron los pueblos del estado de Guatemala, para administración de justicia por el sistema de jurados que adoptó el código de Livingston y decretó la asamblea el 27 de agosto de 1836.

Al dividirse el departamento de Mita en tres distritos para su mejor administración según lo dispone el decreto de 23 de febrero de 1848, el pueblo de Comapa pasó a formar parte del distrito de Jutiapa, y cuando este lugar se elevó a categoría de departamento por el decreto 8 de mayo de 1852, Comapa fue uno de los pueblos que integraron y hasta la fecha permanece en esa jurisdicción.

El departamento fue evangelizado por los misioneros católicos venidos de España con los conquistadores, los que se procuraron medios y obligaron por sí a construir templos católicos, los que han resistido la acción del tiempo y hoy son orgullo arquitectónico de aquellos lugares.

Su etimología: proviene de comitl = olla; atl = agua y pan = lugar. Voces mexicanas, lugar de ollas en el agua, el dialecto era el cinca.

Entre sus principales costumbres resalta la de entierros con música de cuerda y queman pólvora y que la cruz la lleva la madrina, distinguiéndose esta costumbre entre los pueblos de oriente.

Entre otras está la de venerar al patrón del pueblo que es San Cristóbal, acompañado de sus cofradías y fiesta en la comunidad.

El domingo de resurrección hacen un baile en el ce-

menterio donde se oye el tun y la chirimía. En el momento que aparece un hombre disfrazado con cuernos de animal bailando al compás de la música soñadora, le llaman "El baile del Venado". Acostumbraban a sacar en hombros a San Cristóbal, santo hecho a mano por los antiguos de este lugar; éste tenía una dimensión de más o menos 2 metros, habiéndolo vendido este año.

Entre sus vestuarios se encontró muy poco pero se supone que por ser descendientes de los pipiles utilizaban sus mismos vestuarios. Entre su religión la principal era de cofradías y la religión que impusieron los españoles al conquistar dichos pueblos pues lo demuestran sus iglesias antiguas que se pueden contemplar en todas las aldeas del municipio y luego vinieron a establecerse sectas protestantes.

Con respecto a su folklore; existe una cueva del Cuto partideño, un legendario ladrón que asoló toda la comarca, esa cueva está en el lugar denominado La Estancia que se supone es algo que correspondía al siglo pasado. Existe también una piedra denominada de "los fierros" que se cree fue esculpida por los propios pipiles y la cual está al margen del río Paz, ese escultipimiento consiste en grabaciones en la piedra indicada con caras y figuras en forma de jeroglíficos.

Hay otras ruinas llamadas Hacienda Vieja que se sabe pertenecía a los Jesuitas quienes cultivaron el añil, cuyos tanques que todavía existen tienen vistosos colores que el tiempo no ha podido borrar; esos colores son los que impregnó el añil.

Existe otro lugar llamado la "torre" en la parte más alta del municipio, dos kilómetros distantes de la cabecera municipal rumbo poniente en donde se domina perfecta-

14

mente las cabeceras municipales de Jalpatagua, Zapotitán, Conguaco y los poblados salvadoreños, Tacuba, Ahuachapán, Turín, Atiquizaya, Chalchuapa.

Las fiestas patronales; una de ellas se celebra el 14 al 18 de diciembre en honor a San Cristóbal, y la otra, del 17 al 20 de agosto en ocasión en que se celebra a la patrona del lugar, la Virgen de Concepción.

D. DATOS DEMOGRAFICOS

Estando clasificado por grupos:

Niños menores de un año:	490
de 1 a 6 años:	2483
de 7 a 14 años:	2468
de 15 a 17 años:	707
de 18 a más años:	<u>5380</u>
	11528

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y RAZA, URBANO Y RURAL. COMAPA, JUTIAPA, 1964

Masculino	Femenino	Indígena	Ladino	Urbano	Rural
5862	5666	147	11381	791	10737
Total: 11528		11528		11528	

Fuente: Censo de Población de 1964.

15

Siendo su tasa de natalidad de:

50.7 X 1000 habitantes

Siendo su tasa de mortalidad de:

20.3 X 1000 habitantes

Crecimiento vegetativo:

30.4 X 1000 habitantes

La densidad de la población:

94.49 habitantes X Km²

Entre los datos nacionales estimados para el año de 1973 tienen
un total de habitantes de: 14288

Estando clasificados por sexo: masculinos = 7131
femeninos = 7157

Teniendo un total de habitantes del área rural: 13305
urbana: 983

Entre los datos nacionales estimados para el año de 1974
se tienen

un total de habitantes de: 14655

Estando clasificados por sexo: masculino = 7309
femenino = 7346

Teniendo un total de habitantes del área rural: 13636
urbana: 1019

Según los datos anteriores se pueden interpretar que la población en general es eminentemente rural y por lo tanto, es agricultor a pesar de que la han clasificado por grupos étnicos; hay más ladino que indígena, pero no es un factor que contribuya en la producción nacional.

También se puede ver con base a los datos que el crecimiento es diez veces mayor en el área rural que urbana.

Según los datos de natalidad se puede ver que el año pasado murieron tres veces menos que los que nacieron llevando a comprender que la natalidad es demasiado grande.

Tomando los datos probables del municipio de Comapa en el año 1973 con un total de nacimientos de: 646 comprobándose según los datos del registro municipal que es casi similar, por lo que con base a las probabilidades en el año de 1974 se espera un total de nacimiento de 657; continuando el aumento en el área rural con un total de... 613 y el área urbana de 44 niños. Es un municipio que aumenta cada año demasiado y las defunciones continúan casi la tercera parte.

El número de miembros por familia se obtuvo a través de la entrevista que se hizo a las personas que consultaron al centro de salud y se comprobó que los extremos son 6 a 12 por familia, siendo su promedio 9 miembros por familia.

E. FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES

a. EDUCACION

La educación en la cabecera municipal y aldeas es una lucha por parte de todos los maestros pues en tiempos de cosecha se nota la ausencia de los niños debido a que los

padres los obligan a trabajar con ellos para aumentar la mano de obra y la poca importancia que para ellos representa la educación. Actualmente, Comapa cuenta con 14 escuelas rurales y una urbana que por la tarde actúa como centro de Educación básica; en la mayoría de estas escuelas cuentan con pupitres en mal estado como también la ausencia de una buena higiene de salud.

La educación es llevada por maestros titulados y empíricos, y especializados que imparten las clases de primaria en los horarios de 8 a 12:30 horas

Cuadro No. 2

CLASIFICACION DE LA POBLACION MAYOR DE SIETE AÑOS SEGUN ACTIVIDAD ESCOLAR. COMAPA, JUTIAPA, 1964

	Alfabetos	Analfabetos	Asistentes	Activos*	Inactivos**	Flotantes***
Urbana	305	285	82	220	370	1
Rural	1699	6266	442	3235	4730	97
Total	2004	6551	524	3455	5100	98

* 7 y más años que asisten a la escuela.

** 7 y más años que no asisten a la escuela y están inscritos.

*** 7 y más años no inscritos.

Fuente: Censo de 1964.

Se puede notar en el cuadro anterior que el número de analfabetos tanto en el área rural como en el área urbana, es demasiado grande lo que proporciona un alto grado de

falta de orientación sobre la salud y lo cual también es un medio para que no puedan desenvolverse en otro medio que no sea el agrícola. También el número de activos es muy bajo en comparación de los inactivos por las diferentes circunstancias que se enumeraron anteriormente. Los flotantes se pueden notar más en el área rural por las cosechas en determinados meses.

Cuadro No. 3

b. PRODUCCION EN EL MUNICIPIO DE COMAPA
CON BASE AL CENSO DE 1964
(Superficie en manzanas y producción en qq.)

	FINCAS	SUPERFICIE	PRODUCCION
Maíz	1297	2403	23191
Frijol	393	907	4696
Maicillo	1203	2131	18422
Total	2893	5441	46309

Fuente: Censo de 1964.

Cuadro No. 4

NUMERO DE FINCAS, SUPERFICIE DE PRODUCCION
DE HENEQUEN EN EL MUNICIPIO DE COMAPA
1964 (Superficie en manzanas y producción en
quintales de fibra)

# de Fin- cas	SUPERFICIE		PRODUCCION	
	En producción	En planta	# de Fin- cas	Cantidad
37	4	2	34	111

Fuente: Censo de 1964.

Cuadro No. 5

NUMERO DE FINCAS Y CABEZAS DE GANADO
CABALLAR, MULAR, ASNAL Y CAPRINO,
MUNICIPIO DE COMAPA, 1964

CABALLAR		MULAR		ASNAL		CAPRINO	
#	#	#	#	#	#	#	#
Fin- cas	Cabe- zas	Fin- cas	Cabe- zas	Fin- cas	Cabe- zas	Fin- cas	Cabe- zas
366	778	218	384	34	48	24	71

Fuente: Censo de 1964.

Cuadro No. 6

20

**NUMERO DE PRODUCTORES, PERSONA FISICA, Y SUPERFICIE EXPLOTADA
SEGUN GRUPO ETNICO**

TOTAL		NO INDIGENA		INDIGENA	
Número de Productores	Superficie	Número de Productores	Superficie	Número de Productores	Superficie
1531	14705	1046	12259	485	244

Cuadro No. 7

**NUMERO DE FINCAS Y SUPERFICIE SEGUN FORMAS SIMPLES
DE TENENCIA DE TIERRA**

TOTAL		FORMAS SIMPLES DE TENENCIA		PROPIAS ARRENDADAS	
Número de fincas	Superficie	Número de fincas	Superficie	Número de fincas	Superficie
1356	12369	1040	11754	306	585

CUADRO No. 8

**NUMERO DE FINCAS Y SUPERFICIE SEGUN USO DE LA TIERRA;
SUPERFICIE DE MANZANAS**

TOTAL		USO DE LA TIERRA					
Número de fincas	Superficie	De cultivos temporales		Donde se perdió la cosecha		Pastos temporales	
		F	S	F	S	F	S
1531	14705	1485	2931	133	178	95	538

CUADRO No. 9

**NUMERO DE FINCAS, SUPERFICIE Y PRODUCCION DE LAS FINCAS SEGUN
CULTIVOS SOLOS, TEMPORALES O ANUALES
SUPERFICIE EN MANZANAS Y PRODUCCION EN QUINTALES**

MUNICIPIO	MAIZ			FRIJOL			MAICILLO		
	No. fincas	Superficie	Producción	No. fincas	Superficie	Producción	No. fincas	Superficie	Producción
COMAPA	195	410	6349	50	62	866	30	31	403

21

Con base en los cuadros anteriores sobre producción agrícola, producción pecuaria, artesanal y consumo de alimentos.

- 1) Que la base de alimentación o producción en gran escala es el maíz, frijol, y maicillo.
- 2) También que el frijol tipo arábigo es el que más se cultiva, en mayores áreas de superficie como mayor cantidad de quintales siguiéndolo en producción el maíz. Cultivándose en poca cantidad arroz, papa y haba.
- 3) Otra fuente de producción es la caña de azúcar, de donde producen panela y miel virgen.
- 4) Como cultivo principal de su industria tienen el henequén que utilizan para trabajar todo tipo de material de pita (jarcia), pero en el censo aparecen pocas fincas con producción escasa, comparada durante mi tránsito por toda el área urbana en donde pude comprobar que es su mayor industria y lo cultivan en mayores cantidades.
- 5) En cuanto a productos elaborados de animales bovinos se puede notar que es poca la cantidad obtenida y es, porque en épocas de verano no tienen todos los animales para poder hacer un cálculo determinado sobre los productos que se pueden extraer de ellos; a pesar que, se puede notar que la crianza de ganado es abundante.
- 6) En el cuadro de nacimientos y defunciones de ganado vacuno se puede observar que están casi idénticos pues es debido a su utilización marcada como medio de consumo pero fuera de la comunidad.

- 7) Se puede observar que en el ganado caballar y mular, asnal y caprino se creña bastante pues lo utilizan como medio de transporte y como fuerza de trabajo.
- 8) Respecto a la tierra se puede observar que hay una gran superficie en pocas manos.
- 9) También podemos notar que la tierra está en manos de los clasificados entre los no indígenas quienes, tienen gran cantidad de hectáreas de terreno y los indígenas tienen poca superficie como también, es muy poco el número de productores con base a este censo.
- 10) Respecto a la tenencia de tierras, se puede observar que la mayoría de fincas son propias y con grandes extensiones de superficie. En cambio, el número de arrendadas es 306 y con una superficie de 585 metros lo que no les permitiría cultivar un área proporcional para una buena producción que les proporcionaría un mejor ingreso.
- 11) Se puede observar que la tenencia de tierra comunal es muy poca, como la inexistencia de colonato.
- 12) Se puede notar que en el uso de superficie es muy poca la utilizable por su tipo de terreno que es muy quebrado como lugares inhábiles para producción.
- 13) Se puede observar en el cuadro de número de fincas según su actividad la mayor cantidad de ellas se dedica a la agricultura. Se puede notar también que su mayor producción es de maíz, frijol y maicillo, extrayendo mayor cantidad anual de maíz que frijol y maicillo.

c. EL MEDIO
FUENTE DE AGUA

Las fuentes de agua que proporciona a esta comunidad son extraídas de dos lugares, uno de ellos recibe el nombre de El Izote que queda aproximadamente a 5 ó 6 kilómetros de la cabecera municipal y que es el agua que la gente le llama de "la pitona" por estar colocada su medio de recipiente en la que llaman plaza principal y la que la mayoría de gente utiliza para beber ya que no cuentan con agua a domicilio.

La otra fuente de agua proviene de la aldea San José que está aproximadamente a 5 kms. de distancia y que es reunida en un tanque cubierto con lámina, pero de difícil acceso para su limpieza, por lo cual el agua en ciertas ocasiones, de invierno, llega achocolatada y es la que ingresa a la mayoría de casas que tienen agua intradomiciliaria como a los chorros públicos, que utilizan la mayoría de personas para realizar lavado de ropa y de recipientes de cocina.

El porcentaje de viviendas con agua intradomiciliar es muy poco; aproximadamente unas 30 casas cuentan con este servicio siendo aprovechada en mayor cantidad en los lugares que tienen menos declive. No se puede decir que se cuenta con agua potable sana en vista de la experiencia que tuve al observarla durante mi estancia en tal comunidad, la cual, fue llevada a analizar al Departamento de Saneamiento Ambiental en esta capital, en donde no se efectuó el análisis con conciencia, en beneficio de esta comunidad.

Respecto a pozos son pocas casas las que cuentan con ellos, y en su mayoría en verano se secan completa-

mente. Los dueños de los pozos que quedan funcionando durante el verano, los utilizan como fuente de ingreso económico.

El número de chorros públicos es de cinco que son aprovechados por la mayoría de personas.

EXCRETAS

No existe alcantarillados ni fosas sépticas locales.

Contando actualmente, con 107 letrinas distribuidas en el año 1972 por el Departamento de Saneamiento Ambiental del departamento de Jutiapa; comprobando que la mayoría de ellas no han sido bien utilizadas y que son pocas las personas que las han utilizado como letrinas sanitarias, quedando el gran porcentaje de letrinas insanas, a pesar de que se les dio las indicaciones de cómo lograran mantenerlas en formas higiénicas.

d. VIVIENDA

Según el censo de 1973 las viviendas están distribuidas de la siguiente manera:

TOTAL DEL MUNICIPIO:

Total.....	2376
Particulares.....	2376
Colectivas	0
Formales	1171
Informales	20
Ranchos	1185

ÁREA URBANA	
Total	17600
Particulares	176
Colectivas	0
Formales	156
Informales	0
Ranchos	237

Refiriéndonos al tipo de construcción de estas casas, son en la mayoría formales entendiendo como formales construidas con ladrillo, adobe o piedra, sus pisos son de ladrillo de cemento ó torta de cemento; su cielo es machihembrado; sus techos son de lámina o teja de barro, y el porcentaje ocupacional por unidad habitacional es de más o menos 3 a 4 personas por habitación.

ÁREA RURAL

ÁREA RURAL	
Total	2197
Particulares	2197
Colectivas	0
Formales	1015
Informales	20
Ranchos	1162

Las observaciones sobre el tipo de construcción del área rural fueron evaluadas durante la campaña de vacunación, pues personalmente me tocó realizarlo en diferentes aldeas de la comunidad.

Su tipo de construcción en la mayoría de ellas era de bajareque, caña (vara); esta caña en algunas no estaba bien unida pudiéndose observar sus utensilios internos desde afuera. Sus pisos son de tierra; su cielo no tienen en la mayoría y su techo es de paja.

Sus habitaciones se reducen a una sola, viviendo un porcentaje de 6 a 12 miembros de familia y la cocina en la misma habitación, observando que también la casa era dormitorio de algunos animales domésticos.

El número de formales como se indica en el censo del año 1973, no se pueden llamar así por su tipo de construcción por lo que pasarían a formar parte del tipo de las informales.

e. LOS DAÑOS

Cuadro No. 10

DEMANDA SATISFECHA SEGUN GRUPOS ETARIOS Y PROCEDENCIA EN LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO EN EL AÑO 1974, MUNICIPIO DE COMAPA.

Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
1. Desnutrición y mal nutrición	143	29.42 %
2. Demás causas (las no comprendidas en la clasificación)	76	15.64 %
3. Gastritis, gastroenteritis, colitis, enteritis	63	12.96 %
4. Resto de infecciosas y parasitarias	52	10.70 %
5. Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, influenza o gripe	42	8.64 %
6. Control de embarazo y puerperio	25	5.14 %
7. Bronquitis	19	3.91 %
8. Senilidad mal definida y desconocida	19	3.91 %
9. Fiebre reumática con y sin mención de complicaciones cardíacas	16	3.29 %
10. Nefritis y nefrosis	8	1.64 %
11. Disentería todas sus formas	5	1.03 %
12. Lesiones vasculares del sistema nervioso central	5	1.03 %
13. Neumonía y bronconeumonía	3	0.62 %
14. Tuberculosis todas sus formas	3	0.62 %
15. Accidentes, envenenamiento y violencia	3	0.62 %
16. Exámenes practicados en ausencia de enfermedad (sanos)	2	0.41 %

(sigue)

Cuadro No. 10 (Cont.)

Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
17. Tos ferina	1	0.21 %
18. Varicela	1	0.21 %
TOTAL	486	100.0 %

Fuente: Registro diario del Centro de salud.

Cuadro No. 11

DEMANDA SATISFECHA, SEGUN GRUPOS ETARIOS Y PROCEDENCIA DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO EN EL AÑO 1974, MUNICIPIO DE COMAPA

EDAD	URBANA	RURAL	TOTAL
0- 1 año	3	15	18
1- 4 años	16	71	87
5- 9 años	8	39	47
10-14 años	3	10	13
15-44 años	18	129	147
45 años y más	7	58	65
TOTAL	55	322	377

El total de diagnósticos es mayor que el número de pacientes vistos, pues algunos tuvieron más de un diagnóstico.

Cuadro No. 12

ENFERMEDADES QUE MAS PREVALECIERON SEGUN GRUPOS ETARIOS EN LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO EN EL AÑO 1974 EN EL MUNICIPIO DE COMAPA.

Edad	Enfermedades más frecuentes
0- 1 año	Desnutrición y mal nutrición, gasto enteritis, enteritis, infecciones de vías aéreas superiores.
1- 4 años	Desnutrición y mal nutrición, gastro enteritis, enteritis, infecciones de vías aéreas superiores.
5- 9 años	Desnutrición y mal nutrición, gastro enteritis, enteritis, infecciones aéreas superiores, resto de infecciosas y parasitarias.
10-14 años	Gastroenteritis, enteritis, infecciones de las vías aéreas superiores, resto de infecciosas y parasitarias.
25-44 años	Infecciones agudas de vías aéreas superiores, resto de infecciosas y parasitarias. Demás causas.
45 años y más	Gastritis, gastro enteritis, colitis, enteritis, infecciones agudas de las vías aéreas superiores. Demás causas.

Al interpretar los cuadros anteriores nos podemos dar cuenta que la mayor parte de personas que asisten para consulta al centro de salud son personas de 15 a 44 años y van refiriendo problemas clasificados dentro de las demás causas, pues la mayoría se queja de dolor generalizado de tipo muscular, y se puede notar que a pesar que la mortalidad es mayor en niños los padres no recurren al centro para ser controlados por diferentes circunstancias, tal es el ejemplo que no le toman importancia porque ellos son los que trabajan. Se puede notar también que la morbilidad en el área rural continua siendo mayor como también la mortalidad.

Dentro de las principales causas de morbilidad se encuentran:

- 1) Desnutrición y mal nutrición
- 2) Demás causas: pues este diagnóstico afectó más a adultos
- 3) Gastritis, gastro enteritis, colitis, enteritis
- 4) Enfermedades infecciosas y parasitarias.

Cuadro No. 13

MORBILIDAD POR DESNUTRICION GRADO I, II, III EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGUN PROCEDENCIA EN EL MUNICIPIO DE COMAPA DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO DE 1974.

EDAD	URBANA	RURAL	TOTAL
0-1 año	3	15	18
1-4 años	16	71	87
TOTAL	19	86	105

Se puede notar en el cuadro anterior que el mayor número de desnutridos es en el área rural donde, por diferentes factores ambientales, se notó el aumento durante la consulta en el centro de salud, predominando más en la edad de 1 a 4 años; por tanto este dato no corresponde necesariamente a la población en general.

f. OTROS ESTUDIOS DE MORBILIDAD

Tuberculosis:

Tradicionalmente se hacía el diagnóstico o búsquedas de casos por Rayos X, esto traducía en cierta forma la desconfianza en el laboratorio pero a partir de 1964 después de la celebración del primer seminario regional de TBC de Maracay, Venezuela; los expertos de tuberculosis determinaron "se considera caso de Tuberculosis, desde el punto de vista epidemiológico, aquel que demuestra en la expectoración la presencia de bacilos ácido resistentes" y esto ratifica que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa que se transmite generalmente de persona a persona.

Los estudios de Rayos X son adecuados, pero se necesita de confirmarlos por medio de baciloscopía; a aquel método es bueno pero no se puede generalizar en todo el territorio nacional por carecer del servicio de Rayos X, e incluso de la electricidad en muchas de nuestras poblaciones rurales y además por el alto costo. Se está seguro de que el empleo de microscopía, en caso de ser positiva, basta para hacer el diagnóstico de tuberculosis y saber quienes lo transmiten; es un método barato y al alcance de todos los servicios de salud, aunque no todos cuenten con laboratorio local. La baciloscopía directa es un método simple que no requiere ni equipo, ni personal que sea altamente especializado. Según la división de tuberculosis refiere que existe una mortalidad de $23 \times 100,000$ habitan-

tantes y morbilidad de 1.4 % y una tasa de incidencia de la infección de más de 1 %. Ultimamente esta entidad está realizando campañas de tuberculosis departamental contando con materiales y personal especializado. A todo enfermo confirmado por la baciloscopía directa deberá instituirse el siguiente tratamiento, duración total 18 meses; durante los primeros 30 días, se deberán administrar al enfermo 300 Mgs. de Isoniacida por vía oral en una sola toma y 1 gr. de sulfato de estreptomicina por inyección intramuscular diariamente, en enfermos mayores de 50 años se les administrará medio gramo.

Durante los siguientes 11 meses se hará el tratamiento intermitente así: 2 veces por semana se les dará 700 Mgs. de Isoniacida en una sola toma y sulfato de estreptomicina 1 gramo por inyección intramuscular.

Durante los 6 meses restantes el paciente deberá tomar diariamente Isoniacida 300 Mgs. en una sola toma y puede hacerlo por automedicación, con entrega de medicina para ser consumida en un mes.

Control de tratamiento: el control bacteriológico deberá hacerse cada mes durante los primeros 6 meses y después cada 2 meses; los siguientes 6 meses los convivientes menores de 15 años deben recibir quimiprofilaxis con isoniacida a dosis de 5 Mgs. por kilo de peso durante un período de 6 meses y al cabo de este tiempo deberán vacunarse con BCG con prueba previa de Mantoux.

Durante mi estancia en la comunidad de Comapa, se comprobó que los pacientes estaban muy mal controlados por falta de personal responsable de la distribución de medicamentos y evaluación de los mismos.

Actualmente, están registrados 46 casos de tubercu-

losis por la División, los cuales los clasificaré más adelante por edad y por población; quiero recalcar que para beneficio de los pacientes de esta comunidad es necesario que se ponga más empeño en el adiestramiento, motivación de las personas responsables para que en un tiempo prudencial puedan, los pacientes realizar su tratamiento en forma adecuada, pues estos pacientes fueron detectados en el año de 1971 por los medios antes descritos y actualmente, en su mayoría continúan con el mismo tratamiento lo cual, no se adapta a lo expuesto por el folleto elaborado por la División de Tuberculosis.

Según lo referido por el médico jefe de la división de tuberculosis, para un mejor diagnóstico de estos pacientes como de los que se están detectando actualmente, se tratará de preparar a las personas que atienden en los diferentes centros de salud para que lleven un mejor control de tratamiento.

Actualmente, a nivel local estamos formando los llamados promotores de salud que son personas que se van a adiestrar en diferentes actividades para que en un tiempo no muy lejano sean los que lleven el control de estos pacientes logrando en alguna forma que se tomen e inyecten sus medicamentos frente a él, lo cual, apresuraría su curación.

PACIENTES EN TRATAMIENTO: 44

PACIENTES AUSENTES: 0

PACIENTES FALLECIDOS: 2

CASOS DE TUBERCULOSIS CON BACILOSCOPIA POSITIVA POR GRUPOS ETÁRIOS Y SEXO EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y POR CIENTO.
COMAPA 1974

EDAD	F	%	M	%	TOTAL	
					%	%
5-10 años	6	26.08	3	13.04	9	19.56
10-20 años	1	4.35	1	4.35	2	4.35
20-30 años	5	21.73	6	26.08	11	23.91
30-40 años	2	8.70	2	8.70	4	8.70
40-50 años	2	8.70	5	21.74	7	15.22
50-60 años	3	13.04	2	8.70	5	10.87
60-70 años	2	8.70	3	13.04	5	10.87
70-80 años	2	8.70	1	4.35	3	6.52
TOTAL	23	100.00	23	100.00	46	100.00

Cuadro No. 15

CASOS DE TUBERCULOSIS CON BACILOSCOPIA
POSITIVA SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA EN
NUMEROS ABSOLUTOS Y POR CIENTO
COMAPA 1974

Localidad	Número de Pacientes	Porcentaje
Cabecera Municipal	3	7.50
San José	13	32.50
El Carrizo	8	20.00
San Cristóbal	5	12.50
Caparroza	4	10.00
Esquinapa	7	17.50
Estanzuela	2	5.00
Pinal	1	2.5
Guachipilín	1	2.5
TOTAL	44	100.00

PARASITISMO

Con base a la ficha clínica que se elaboraba en cada paciente, especialmente en niños, se le preguntaba a las madres o a ellos si alguna vez habían expulsado algún tipo de parásitos, a lo cual respondían algunos que sí y que tenían ciertas características, y al presentarles una muestra correspondía a áscaris y otra a tricocéfalos, la mayoría respondía haber visto expulsar el tipo de Ascaris por lo cual, con base a este interrogatorio pude llegar a una conclusión que la mayoría de parásitos es el áscaris, pero que tal vez en una mínima diferencia de casos habían niños que padecían de tricocefalosis por los signos que referían las madres. Durante mi estancia realicé varias campañas de desparasitación en diferentes escuelas de aldeas de esta comunidad y al interrogar a los niños días más tarde me enteré que en su mayoría habían expulsado parásitos de tipo ascaridiasis, según el examen de agua de la comunidad que se llevó al Departamento de Saneamiento Ambiental lo reportaron como normal; aunque personalmente no pude dar cuenta que no dan mucha importancia a este tipo de estudios en beneficio de dicha comunidad.

Anemia Nutricional

Respecto a este tema no pude profundizar mucho pero me di cuenta por el tipo de alimentación y cultivos que realizan que con sólo tortilla y frijol en su mayoría de pobladores no cubriría las necesidades básicas y notaba en cada niño que se presentó al centro de salud deficiencias nutricionales.

Cuadro No. 16

g. MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE COMAPA DURANTE LOS AÑOS
1971-1972-1973 DISTRIBUIDO POR ALDEAS SEGUN DATOS
DE ALCALDIA MUNICIPAL

LOCALIDAD	1971	%	1972	%	1973	%
Comapa	8	3.10	25	7.73	17	6.25
San José	92	35.66	137	42.42	106	38.95
El Carrizo	56	21.71	65	20.12	61	22.43
San Cristóbal	31	12.02	39	12.66	25	9.19
El Pinal	11	4.26	20	6.19	10	3.68
Caparroza	15	5.81	9	2.79	17	6.25
Esquinapa	19	7.36	12	3.71	9	3.31
Estanzuela	13	5.04	8	2.48	13	4.77
El Zapote	3	1.16	-	-	1	0.37
Las Piñas	3	1.16	2	0.62	2	0.74
El Melónar	2	0.78	4	1.24	4	1.48
Guachipilín	1	0.39	1	0.32	3	1.10
El Playón	1	0.39	-	-	-	-
El Tempisque	-	-	1	0.32	2	0.74
San Miguel	-	-	-	-	-	-
TOTAL	258	100.00	323	100.00	272	100.00

Fuente: Registro de Alcaldía Municipal.

Como se puede comprobar en el cuadro anterior la mortalidad en este municipio es muy alta, notándose el aumento mayor en el año 1972 en el cual la situación de la lluvia fue un factor que aumentó la mortalidad, pues la mayoría de sus pobladores ingirieron agua de los ríos que en este período estaban más contaminadas, como también lo desprovisto de ciertas viviendas que hacía imposible protegerse bien de la lluvia, así también lo difícil que era trasladarse a la cabecera municipal en caso de enfermedad.

Cuadro No. 17

MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE COMAPA EN EL
AÑO DE 1973 SEGUN TIPO DE CERTIFICADO

Total	Médi- co	%	Empí- rico	%	Autori- dades	%	Igno- rado
272	2	0.7	269	99	1	0.3	-

Se puede notar que el médico sólo dio el diagnóstico en dos ocasiones debido a que fueron casos que ameritaron certificación médica legal. La mayoría de diagnósticos la realizó el empírico, que son personas que no han recibido ningún tipo de instrucción para poder ser responsables de dar este tipo de certificado.

Hago constar que traté de mejorar este certificado, entrevistando a los deudos, quienes me referían la historia clínica del paciente y con base a estos datos daba un certificado con varios diagnósticos que tenían que ver con su cuadro final del paciente, notando en varias ocasiones que a pesar de ser hechos por mi persona eran cambiados por el personal de la alcaldía municipal de la localidad.

Llegando a la conclusión que son personas que están tan acostumbradas al tipo de diagnóstico hecho por empíricos, que tomará tiempo para que se adapten a aceptar diagnósticos hechos por personal médico.

Cuadro No. 18

MORTALIDAD NEONATAL EN EL MUNICIPIO DE
COMAPA EN LOS AÑOS 1971 A 1973
DISTRIBUIDO POR PROCEDENCIA Y SEXO

Año	Urbana	Rural	Total	Tasa x 1000 nacidos vivos
1971	2	1	20	61.95
1972	2	31	9	64.85
1973	0	1	14	48.57

Fuente: Alcaldía Municipal.

Se puede notar en el cuadro anterior que la mortalidad en esta edad es mucho mayor en el área rural y que el sexo que más afectó fue el femenino. Se puede observar que la tasa de mortalidad es mayor en el año 1972, a pesar que el número de niños nacidos vivos fue mayor en el año 1971; lo que hace coincidir con otros cuadros que este año fue uno que causó mayores estragos en la comunidad pues ocasionó una baja en la producción, ventas, salarios y en familia.

Cuadro No. 19

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
NEONATAL EN EL MUNICIPIO DE COMAPA
DURANTE LOS AÑOS 1971 A 1973

DIAGNOSTICO	Número	%
Propias de la primera infancia (lesiones debidas al parto)	36	31.57
Gastritis, gastro enteritis, colitis, enteritis	27	32.68
Demás causas no comprendidas en la clasificación	11	9.65
Tos ferina	8	7.02
Desnutrición y mal nutrición	8	7.02
Bronquitis	7	6.14
Infecciones agudas de las vías aé- reas superiores, influenza o gripe	6	5.26
Neumonía y bronconeumonía	6	5.26
Accidentes, envenenamiento, vio- lencia	3	2.64
Fiebre reumática con y sin mención de complicaciones cardíacas	2	1.76
TOTAL	114	100.00

Fuente: Alcaldía Municipal.

Se puede notar, en el cuadro anterior, que una de las principales causas de mortalidad en este período es las que ocurren durante el parto y el mal control de las pacientes embarazadas y la evolución mal llevada hacen que aumente y siga aumentando esta causa, pues las comadronas adiestradas no cumplen bien su cargo, atribuyendo la causa a

otras personas que atienden sin ninguna instrucción. Puede notarse la persistencia de enfermedades gastro intestinales que aumentarán conforme el tiempo si no se preocupa de mejorar el medio de esta comunidad.

La tos ferina es otra de las noxas que ha hecho perjuicio a estos pobladores a pesar de las campañas de vacunación que con mayor entusiasmo se realizó este año.

Cuadro No. 20

MORTALIDAD POSTNEONATAL EN EL MUNICIPIO DE COMAPA DURANTE LOS AÑOS DE 1971 A 1973 DISTRIBUIDO POR LOCALIDAD Y SEXO

Año	Urbana		Rural		Total	Tasa x 1000 nacidos vivos
	F	M	F	M		
1971	3	3	32	26	64	92.21
1972	1	2	30	37	70	105.58
1973	2	1	34	39	76	127.30

Fuente: Alcaldía Municipal.

Puede notarse en el cuadro anterior que el número de muertes es mayor en el año 1973 pero la tasa de mortalidad en este grupo fue mayor en el año 1972, por los factores enumerados anteriormente.

Su aumento es debido a que es un período en el cual la madre se preocupa menos pues el niño es considerado fuera de peligro, retirándole la alimentación materna o permaneciendo sólo con ella durante todo el año, además creen que debe alimentarse más al que trabaja que al que está creciendo.

Cuadro No. 21

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POSTNEONATAL EN EL MUNICIPIO DE COMAPA DURANTE LOS AÑOS 1971 A 1973 DADO EN NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJE

Diagnóstico	Número	%
Gastritis, gastro enteritis, colitis, enteritis	113	56.60
Tos ferina	23	11.50
Sarampión	16	8.00
Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, influenza o gripe	10	5.00
Desnutrición y mal nutrición	9	4.50
Neumonía y bronconeumonía	8	4.00
Bronquitis	8	4.00
Propias de la primera infancia	8	4.00
Fiebre reumática con y sin mención de complicaciones cardíacas	5	2.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Alcaldía Municipal

Podemos notar que en el cuadro anterior las tres principales causas de muerte son:

- 1) Problemas gastro intestinales.
- 2) Tos ferina que ha atacado más a este número por factores de susceptibilidad.
- 3) Sarampión que también ha hecho sus estragos en esta comunidad, por la falta de una vacunación completa a nivel de todas las comunidades.

Cuadro No. 22

MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE
COMAPA DURANTE LOS AÑOS 1971 A 1973
DISTRIBUIDO POR LOCALIDAD

EDAD	URBANA	RURAL	TOTAL
15-44 años	3	42	45

Fuente: Alcaldía Municipal.

Este cuadro nos representa que el área rural es más afectada que la urbana y se debe a diferentes factores que expondremos más adelante.

Cuadro No. 23

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
EN EL MUNICIPIO DE COMAPA DURANTE LOS AÑOS
1971 A 1973.

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Gastritis, gastro enteritis, colitis, enteritis	30	66.58
Neumonía y bronconeumonía	4	8.89
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	3	6.67
Fiebre reum. con y sin mención de complicaciones cardíacas	2	4.44
Lesiones vasculares del SNC	2	4.44
Infecc. agudas de las vías aéreas superiores, influenza o gripe	2	4.44
Malaria	1	2.22
Demás causas	1	2.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: Alcaldía municipal.

Se nota en el cuadro anterior que las tres principales causas de mortalidad materna son:

- 1) Problemas gastro intestinales.
- 2) Problemas pulmonares.
- 3) Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En estos cuadros se menciona sólo la numeración global durante los tres años sin poder delimitar más en qué año fue mayor la mortalidad, pero se puede notar que en este grupo lo que más afectó fue los problemas gastro intestinales de todo tipo.

TRES CAUSAS MAS FRECUENTES DE DEFUNCIONES
EN EL MUNICIPIO DE COMAPA DURANTE LOS AÑOS
DE 1971 A 1973 EN LA EDAD INFANTIL

- 1) Problemas gastro intestinales.
- 2) Problemas pulmonares.
- 3) Problemas nutricionales.

Como se puede ver, los problemas gastro intestinales siguen haciendo sus estragos en este grupo etáreo, pero se agrega otro factor que es el nutricional; este se sacó de las observaciones y pláticas con algunos de los que dieron el diagnóstico quienes refirieron que sí estaba asociado este signo.

Respecto al problema pulmonar, no tengo mucha confianza en el diagnóstico pues refieren los que realizaban el certificado que habían ocasiones en que ponían el que les decían los dolientes.

V. POLITICA DE SALUD

El municipio de Comapa contaba con un servicio de salud que recibía el nombre de puesto de salud, funcionaba bajo el cargo de un enfermero auxiliar que tenía bajo su responsabilidad proporcionar los medicamentos que estaban a su alcance y realizaba los pedidos correspondientes cada tres meses.

Fue hasta en el mes de febrero de 1974 cuando fue inaugurado un centro de salud que recibía el nombre de centro de salud tipo "C" con la llegada del estudiante de EPS; este centro de salud cuenta con un médico y una enfermera auxiliar. El local está distribuido de la siguiente manera: sala de espera, clínica, esfantería de medicamentos, sala para conferencias, 3 sanitarios, 2 dormitorios y una pequeña cocina.

El centro de salud cuenta con un abastecimiento de medicina que proporciona el Ministerio de Salud Pública o Dirección General de Servicios de Salud, por una cantidad cada tres meses de Q.150.00 que no puede modificarse pues es una cuota fija para este tipo de centros, como también un tipo de medicina no aplicada al área en las cuales está localizado cada uno de estos centros. Otros recursos son los proporcionados por la unidad de tuberculosis para sus pacientes, como también diferentes métodos de planificación familiar. Tiene como recurso también, remitir a pacientes en estado de gravedad hacia el hospital regional de Jutiapa, que en ocasiones se tarda el servicio por el tipo de camino que conduce a esta localidad, especialmente en invierno.

Entre los servicios que se les proporcionan se encuentra la consulta externa para niños y adultos, prenatal, control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar y

tratamientos de pacientes controlados por la unidad de Tubercolosis. Se atiende generalmente de lunes a sábado en los horarios de 8 de la mañana a 12 del día y de 2 a 5 de la tarde.

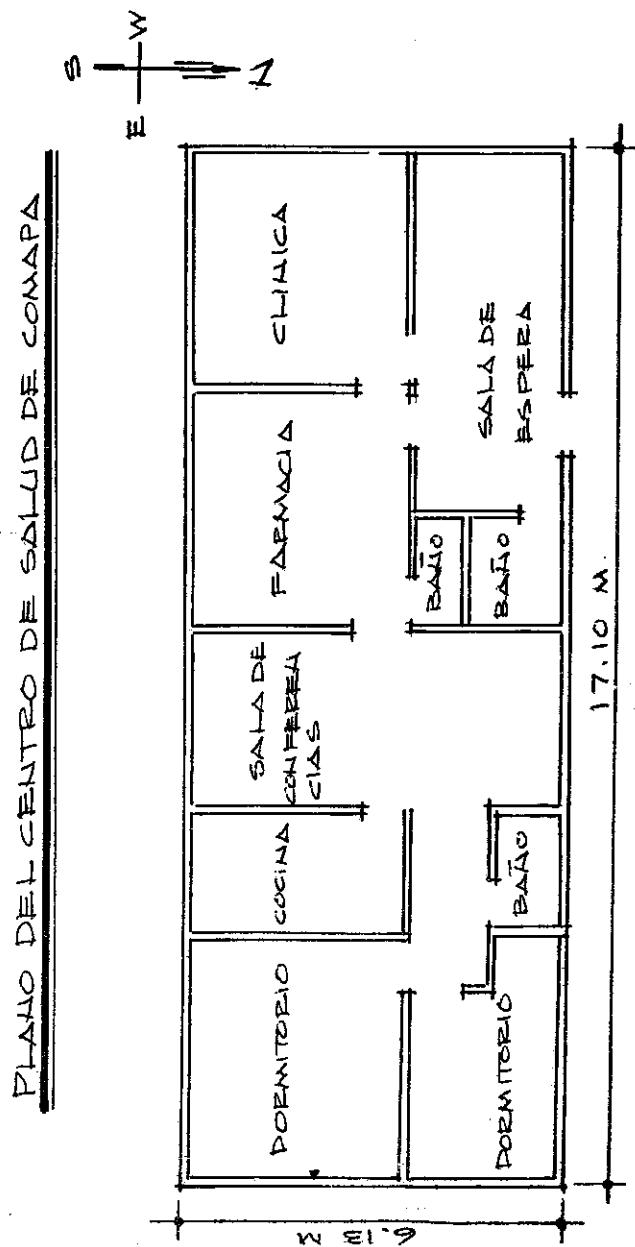
Se realizan también visitas domiciliarias si el caso lo amerita. Otro aspecto que cubre este centro es control de comadronas como la formación de promotores de salud.

PRESUPUESTO MENSUAL

PERSONAL MEDICO	Q. 165.00
PERSONAL PARAMEDICO	<u>Q. 110.00</u>
	Q. 275.00

PRESUPUESTO TRIMESTRAL

PERSONAL MEDICO	Q. 495.00
PERSONAL PARAMEDICO	Q. 330.00
MEDICAMENTOS	<u>Q. 150.00</u>
	Q. 975.00



VI. PROGRAMAS EXISTENTES EN EL AREA

MATERNO:

Número de inscritos nuevos: 25

Número inscritos antes del 5o. mes: 11

Número de consultas por madre: 2

INFANTIL Y PRE-ESCOLAR:

Número inscritos menores de un año: 18

Número de consultas por niño: 3

Número inscritos de 12 a 13 meses: 1

Número inscritos de 2 a 6 años: 97

Número de consultas por niño: 2

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS:

Se les atiende cada mes para entrega de medicamentos y se lleva nota de quienes son los que faltan y por medio del comisionado militar se les logra hacer que continúen su tratamiento. Los recursos con que se cuentan son los medicamentos que mandan la división de tuberculosis cada 3 meses. La cobertura actualmente es un 100% de los pacientes con diagnóstico de T.B.

PLANIFICACION FAMILIAR

Es parte de los servicios materno infantil.

PROPOSITOS

1. Contribuir a la reducción de la prevalencia del aborto provocado y la alta mortalidad causada por el mismo, mediante la educación a la población a riesgo.
2. Disminuir los riesgos de mortalidad perinatal mediante el espaciamiento de los embarazos.
3. Ayudar a controlar el alto riesgo obstétrico y disminuir la mortalidad materno infantil.
4. Respetar el derecho de las parejas de limitarse al número de hijos que deseen tener.

5. Contribuir a la detección de problemas de fecundidad y su solución de los mismos.

METAS
No deben existir metas hasta que no se completen los estudios, la definición y la aprobación de una política oficial de población.

1. Proporcionar información, educación y servicio anticonceptivo de mujeres en el post-aborto.
2. Proporcionar información y educación en planificación familiar de madres en control pre-natal.
3. Proporcionar servicio anticonceptivo a las madres durante el puerperio.

ATENCION

Atención de mujeres en el post-aborto.

Atención de mujeres en el post-parto.

Primigesta joven (menor de 17 años) y primigesta añosa (mayor de 35 años).

Multípara de cualquier edad con 2 hijos vivos.

CONSULTA

1. Toda usuaria nueva se tomó una historia clínica y se efectuó examen físico completo, principalmente con el fin de investigar si no existía contraindicaciones al método anticonceptivo escogido.
2. Se les explica la utilidad y el funcionamiento de cada método.
3. Se clasifica en tarjetas especiales.
4. Se les recomienda un examen citológico del cuello uterino.
5. La primera consulta se cita en un mes.
6. La segunda consulta en tres meses.
7. Y luego, una reconsulta cada 6 a 12 meses.

METODOS CON LOS QUE SE CONTABA

1. Anticonceptivos orales.
2. Anticonceptivos intramusculares.
3. Diu.

METODOS DE DIVULGACION UTILIZADOS

1. La radio.
2. Los alcaldes auxiliares.
3. Pláticas con madres de familia.
4. Películas.

LOGROS ALCANZADOS

1. Fue muy poco pues el número de pacientes fue de 23.
2. Se logró divulgar lo que significa planificación familiar.

DESVENTAJAS

1. No es aceptado por toda la comunidad.
2. Sólo aceptan un método que es el oral.
3. No aceptan el examen citológico.
4. No aceptan que sea un método apropiado para la planificación familiar.

COMENTARIO:

Me animo a pensar que un programa de planificación familiar podría ser muy útil a nuestra comunidad. Semejante programa tendría que ser cauteloso e iniciarse bajo los auspicios de gente responsable, para evitar malas interpretaciones o suspicacias. Tal programa quizás deberá desarrollarse en dos etapas: una primera de investigación, tendiente a conocer a fondo los problemas y las necesidades de la comunidad en estos asuntos y una posterior de aplicación, llevada a cabo con un buen servicio social pa-

ra evitar excesos y errores que pudieran poner en peligro el concepto de seriedad y altura de miras de la planificación familiar.

VII. CONCLUSIONES

1. Es una población que en épocas de invierno es de difícil acceso, como también de sus aldeas hacia la cabecera municipal.
2. Se puede comprobar que los datos de población sacados del censo de 1973 y comparado con el del 1964 son, en su mayoría no muy exactos pero sí se puede notar el aumento de la población de esta comunidad.
3. La educación de la población puede considerarse a la par que la economía; precaria, alto grado de analfabetismo, escasa población escolar, desinterés que muestran sus habitantes para asistir a los centros educativos, abandono de las aulas en los primeros grados; todo esto, causado por la necesidad de ganar sus centavos, viéndose obligados a lanzarse al campo desde muy temprana edad para contribuir al ingreso familiar.
4. Respecto a su producción, podemos concluir que consumen mucho el maíz, frijol, y venden los anteriores, más el maicillo. El alimento principal y más común en el área estudiada según investigaciones recabadas de madres de familia son: en el desayuno, café, tortillas y frijoles; en el almuerzo, tortilla y frijoles; y en la cena, tortilla, frijoles y café. Esta dieta alimenticia nos indica claramente el estado de desnutrición que se sufre en esta área.
5. Se puede decir que este pueblo es eminentemente agrícola y que utilizan poco sus tierras por el tipo de terreno quebrado en su mayoría y por moderado latifundio que existe en esta área.
6. Se puede concluir que la mayoría se dedica a la crian-

za de ganado caballar y mular, que es el medio de transporte que utilizan y también como fuerza de trabajo.

7. Respecto al medio, se puede llegar a la conclusión que es un lugar que no tiene o no cuenta con agua potable, drenajes, ni letrinas; como consecuencia de lo anterior, esta comunidad está obligada a convivir en un medio de salud no apto para sus moradores, lo que viene a proporcionar un medio adecuado para que se propaguen las enfermedades.
8. La demanda del Centro de Salud es muy baja, pero es debido a que la mayoría de personas vive retirado y les es difícil su traslado, por lo tanto no acuden a consulta al centro de salud, también por la ignorancia en que viven, la falta de divulgación a la llegada al Centro de Salud del estudiante del EPS.
9. El tratamiento que se proporciona a los pacientes de tuberculosis es muy mal distribuido y no hay personas responsables del programa a nivel local.
10. El certificado de defunción está mal elaborado ya que no se realiza por personal adiestrado, como también falta de control en las defunciones y papelería municipal.
11. Según el estudio realizado, la posibilidad de progreso en esta comunidad es un proyecto a largo plazo, pues las autoridades no le dan importancia a los problemas comunales.
12. La desintegración familiar es muy frecuente como consecuencia de la situación socio-económica que sufren las familias.

13. El estado actual de las viviendas puede resumirse de la manera siguiente: promedio de habitantes 9 personas por vivienda; promedio de habitaciones por vivienda una; material de construcción inadecuados para resistir las inclemencias del tiempo, por lo que ofrecen escasa seguridad a las familias e incluso contribuyen a poner en mayor peligro la salud de sus moradores, agravando el problema, la carencia de servicios como se mencionó anteriormente, contribuyen a alimentar el medio inadecuado para la buena salud de la familia. Los lugares donde están ubicadas estas viviendas, por su topografía irregular, no permite la aplicación y mejoramiento de las condiciones de la vivienda.

14. La precaria situación económica de las familias en las áreas rurales se debe principalmente a la escasez de tierra como fuente de trabajo, la población económicamente activa es remunerada con salarios extremadamente bajos, debido a la impreparación técnica que repercute en el ingreso familiar, pues los trabajos que desempeñan son en su mayoría agrícolas y por consiguiente, devengan sueldos muy bajos. Es causa también de su mala situación económica el "ocio", la carencia de salud y la fuerte desnutrición en la población, todo esto, forma el círculo vicioso de pobreza, ignorancia, enfermedad.
15. También contribuyen al ingreso familiar las mujeres, que se dedican a trabajos agrícolas o perciben algunas ganancias con ventas de productos avícolas y jardinería. El ingreso familiar promedio es de aproximadamente 36.00 Quetzales mensuales que no permite mejorar sus condiciones nutricionales, culturales, vivienda y en general, su economía, pues dicho ingreso corrientemente debe soportar las cargas familiares to-

mando en cuenta el crecido número de integrantes. Otro egreso que repercute en la economía familiar es: ropa que en efecto no es causa de mayor inversión pues esta es comprada ya usada en algunas ocasiones, en útiles escolares los gastos son mayores pues son muy pocos los niños que asisten a las escuelas. El ahorro en las áreas rurales es casi imposible por la misma situación económica.

16. Esta población, necesita una atención muy especial, pues la situación en que se encuentran no es del todo culpa de ellos, pero esta necesaria atención no la reciben y hasta el momento, tal parece que las autoridades encargadas de resolver estos problemas no están en condiciones ni en disposición de brindar una asistencia especial en salud de los moradores de estas comunidades; conclusión a la que me he atrevido a llegar al realizar la investigación.
17. Las principales causas que afectan la salud son: la mala condición de vivienda, carencia de servicios como agua potable, inexistencia de drenajes y letrinas, teniendo estas como causa primaria la precaria situación económica.
18. Las principales enfermedades que minan la salud y son causas de mortalidad en los pobladores son: desnutrición, infecciones intestinales e infecto contagiosas.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Tratar de mejorar por algún medio la única vía de comunicación.
2. Mejorar los registros municipales sobre nacimientos y defunciones.
3. Realizar estudios sobre topografía y uso adecuado de tierras.
4. Realizar estudios adecuados para letrinización como mejoramiento de abasto del agua.
5. Hacer conciencia por medio de algún sistema de comunicación de asistir al centro de salud en caso de cualquier enfermedad y, especialmente en la edad infantil.
6. Realizar estudios de casos de tuberculosis en la localidad, como seguir adecuadamente su tratamiento.
7. Realizar letrinización en las aldeas cercanas para ver si se mejora la mortalidad en estos lugares y hacer conciencia a nivel local de la buena utilización de las letrinas proporcionadas.
8. Formación de cooperativas para mejor utilización de sus productos y especialmente, sobre la jarcia.
9. Tratar de introducir el agua de una fuente adecuada y que abastezca durante cualquier período de tiempo.

IX BIBLIOGRAFIA

- 1.- Díaz Castillo, Roberto, Folklore y Artes Populares. Guatemala, Imprenta Universitaria, 1968, p. 105, (colección problemas y documentos).
- 2.- Mendoza Gómez, Armando. Programa de descubrimiento y control de casos de tuberculosis pulmonar en la república de Guatemala con base en la basiloscopía, Guatemala, 1973. 12 p.
- 3.- Osorio Carías, Dalila. Monografía del municipio de Comapa del departamento de Jutiapa, Comapa 1972, p 9, (mimeografiado).
- 4.- Palma Alvarado, Enrique, Monografía mínima del departamento de Jutiapa, Guatemala, Ministerio de Educación Pública, 1959, p. 104.
- 5.- Poitevin Paz, Guellen R. República de Guatemala, Departamento de Jutiapa, población calculada año 1972-1980. Guatemala, M. de SP° y AS, UP y E., s. f. pp 9, 64-68.
- 6.- Dirección General de Estadística, Censo de población 1964 Guatemala.

Parra
BR. ARTURO ANTONIO ZAMORA MONJE

Mauricio Lopez
DR. VICTOR M. LOPEZ VASQUEZ
Asesor.

AJ
DR. HECTOR A. NUILA E.
Revisor.

Julio de Leon
DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

Mariano Guerrero Rojas
DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General

V.O. Bo.

Carlo Armando Soto G.
DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano.