

LA COMUNICACION POPULAR Y SALUD MATERNO INFANTIL

Elba Villatoro.

INTRODUCCION

El estado de salud de poblaciones de países del tercer mundo, se encuentran en condiciones que están muy lejos de alcanzar el bienestar físico, mental, social, como lo promueve la Organización Mundial de la Salud. Guatemala no escapa a esta realidad.

Por otro lado, la compleja situación étnica, social y cultural de Guatemala, hace necesaria y pertinente la participación de estudios antropológicos e incluir la salud dentro de un contexto cultural. Este con frecuencia se ha soslayado, olvidando que la cultura juega un papel importante en la toma de decisiones de la población, tanto en la etiología como en el tratamiento y prevención de diferentes enfermedades.

Experiencias de trabajo antropológico en diferentes áreas rurales del país, sobre todo en el altiplano central y occidental, nos ha permitido observar de cerca las condiciones de salud.

La mayoría de estas poblaciones se desenvuelve en condiciones humanamente inaceptables, lo que repercute seriamente en la salud.

La mujer, en este caso específico la indígena, es quien se encuentra limitada hasta en sus más elementales derechos: salud, educación, recreación, etc. Esto lógicamente obedece a factores socio-económicos y culturales que en el transcurso de la historia han conformado barreras de diferente índole, y que al momento no se ha estimulado la formación de programas específicos y adecuados para llegar a dicha población.

La problemática de la mujer indígena en general, y la educación, que es un factor si no decisivo, importante para recuperar y mantener su salud y la de su progenie, fue lo que nos impulsó a aceptar la propuesta inicial presentada

por la señora Giovanna Caravaggi, Oficial de Proyectos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF—, para adentrarnos en el campo donde factores etnomédicos se interrelacionan con la comunicación popular y la educación.

Finalmente, la autora desea patentizar su agradecimiento a la Dra. Franca Suvà, de la Organización Médicos sin Fronteras, de Suiza, por su colaboración en la revisión bibliográfica y en su apoyo al desarrollo del presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala, debido a su propio estado de subdesarrollo agudizado en los últimos años por crisis política, económica y social, tiene niveles de pobreza cada vez más altos, y los esfuerzos institucionales para proveer salud a poblaciones necesitadas son deficientes e insuficientes.

En términos de cobertura en salud, la población más bien se encuentra desprotegida, ya que de los 5.65 millones de habitantes que constituye la población susceptible de ser atendida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sólo atiende a 1.97 millones o sea 35% de los restantes 3.67 millones, que significan la mayoría, 65% queda casi o totalmente desprotegida.¹

Débase tomar en cuenta que los programas de salud oficiales tienen un marcado énfasis en aspectos curativos y se encuentran principalmente concentrados en los núcleos urbanos.²

Ante esta problemática los que sufren el mayor impacto son poblaciones indígenas, quienes constituyen la mayor parte de la población (60-65%) y que por su mismo desarrollo histórico habitan en áreas rurales. No debe soslayarse que dicha población, a lo largo de casi quinientos años, viene sufriendo de una marcada marginalidad, tanto por su estratificación social como por su condición étnica.

Esto se hace evidente ante las cifras de morbilidad infantil causada por enfermedades cuya mayoría obedece a factores socio-económicos (bajo ingreso económico, hacinamiento, falta de instrucción escolar, falta de sanea-

1. Secretaría General de Planificación. Proyecciones Regionales de Población. Guatemala, 1984.

2. Carlos Gehlert Mata. Vida, Enfermedad y Muerte en Guatemala. Ed. Universitaria, Guatemala, C.A., 1980.

miento ambiental, etc). Débase tomar en consideración que de los datos registrados por el MSPAS, quedan excluidos los de poblaciones que por inaccesibilidad y desconfianza hacia el personal de salud que ejerce prácticas médicas culturalmente diferentes, no acuden a los servicios oficiales en demanda de salud.

En cuanto a salud materno-infantil, los esfuerzos institucionales son igualmente deficientes e insuficientes. Se estima que la población femenina en edad reproductiva para 1985, fue de 99,825 mujeres, quienes en su mayoría no gozan de salud satisfactoria, reflejado ésto en las estadísticas de morbi-mortalidad materno-infantil.³

Estas cifras deben sumarse a que la cuarta causa de mortalidad en niños menores de un año, obedece a lesiones al nacer y partos distósicos.⁴

Desde el punto de vista de nutrición y alimentación de la mujer, se considera que el período de embarazo juega un papel muy importante, tanto por las implicaciones de salud de la madre, como la del niño.

Es conocido que una deficiencia alimentaria durante el embarazo se asocia a un bajo peso al nacer, con consecuente deterioro del desarrollo mental y aumento de la mortalidad infantil.⁵⁻⁶⁻⁷

Son alarmantes los datos registrados en los departamentos del altiplano guatemalteco; entre ellos algunos donde se efectuó la presente investigación: Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Huehuetenango y Chimaltenango, los cuales tienen las tasas más altas del promedio nacional.

Según proyecciones de SEGEPLAN,⁸ entre el año 1980-2000, se percibe que la población de algunos departamentos se incrementará a ritmo mucho

3. Unidad informática del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1979.

4. Idem.

5. Delgado H. et. al. Lactation in rural Guatemala: nutritional effects on mother and infants. Food Nutr. Bull. 1985, 7, (1), 15-25.

6. Hofrander Y. Nutrición materno-infantil. Montevideo, UNESCO, 1983, pp. 9-20. Serie de educación sobre nutrición.

7. Assignment Children. A child survival and development revolution. 1983. UNICEF 61/62.

8. Secretaría General de Planificación. Proyecciones Regionales de Población. Guatemala, 1984.

más acelerado que el nivel nacional, contándose entre los más altos, Huehuetenango (90.6%), Sololá (87%), y los restantes de 52 a 78%. Estos datos son sumamente importantes para considerar el efecto de la dinámica de población en la problemática de salud, por lo que se deben tomar alternativas para un desarrollo no tan desigual como el que hasta ahora se ha dado.

FACTORES CULTURALES Y LA SALUD

Ha existido la tendencia a considerar los problemas de salud desde una perspectiva biológica; igualmente se ha reconocido que muchos de los problemas responden a factores socio-económicos, pero se han soslayado factores culturales presentes en grandes poblaciones y que en un momento dado inciden en beneficio o deterioro de la salud.

Desde la década de los cincuenta, investigadores antropólogos⁹⁻¹⁰ han dado a conocer que, en países sobre todo tercermundistas, coexisten dos sistemas médicos, el bio-médico y el bio-cultural, cuyas relaciones generalmente han sido de menosprecio, de choque o de antagonismo.

Fue hasta el año 1978 que, en la declaración de Alma-Ata, dentro de sus estrategias para alcanzar que todos los individuos del mundo logren para el año 2000 una salud satisfactoria para un mejor desarrollo y productividad, se recomendó tomar en consideración la cultura médica tradicional, y así evitar el fracaso de los diferentes proyectos de salud.

A pesar de este reconocimiento, en Guatemala el sistema de salud oficial responde a un modelo bio-médico occidental, cuya tecnología de alto costo no responde a la realidad socio-económica del país.

Dada la complejidad cultural del país, los estudios atropológicos realizados en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas médicas en áreas rurales del mismo son exiguos, sin embargo, estos señalan que factores culturales, aunados a la falta de educación escolar y materno-infantil, inciden en el seno del hogar en la toma de decisiones terapéuticas y nutricionales. Como ejemplo de ello, la mujer rural durante el embarazo o puerperio no consume alimentos culturalmente clasificados de efecto frío, lo que limita la ingesta de los pocos alimentos disponibles en el hogar. Así también restringe la ya deficiente dieta durante el último trimestre del embarazo, para evitar niños gordos (según su

9. Paul Benjamín D. The cultural context of Health Education. Symposium Proceedings. School of Social Work. Univ. of Pittsburgh, 1953.

10. Foster George. The new field of medical anthropology in Medical Anthropology, Washington Wiley, 1978.

concepción, mayor de 2,500 gr) en primer lugar por el peso que representa para realizar las pesadas actividades diarias, y luego por el temor a un parto complicado.

Desde luego, estos temores están asociados al difícil acceso a centros hospitalarios y al rechazo de prácticas obstétricas culturalmente diferentes.¹¹⁻

12-13-14-15

En cuanto a comunicación social, su importancia es indiscutible, es a través de ella que se hace posible y comprensible la interacción individual, constituye la base sobre la cual se considera al hombre como un ser social capaz de cooperar con otros y realizar actividades socialmente útiles. La comunicación hace que el arte, la ciencia, la literatura sean igualmente posibles y comprensibles.

El instrumento básico de comunicación que relaciona al individuo con el medio ambiente social es el lenguaje, o sea la acumulación de experiencias humanas simbolizadas. Es importante señalar que el lenguaje son palabras que se apoyan en y representan una realidad, así mismo, las palabras no son cosas sino símbolos que representan cosas, por lo que constituye la parte medular para que una comunicación sea efectiva.¹⁶

A este respecto, Herkovits opina que al contrario del animal, el hombre se define por su función simbólica, y la cultura puede ser representada con varios sistemas simbólicos - el lenguaje, los mitos, el arte, la economía, etc. Es a través de estos sistemas que se establece la comunicación entre los

11. Elba Villatoro y Elena Hurtado. Estudio sobre nutrición y salud en una comunidad de Huehuetenango. Informe final. INCAP, 1985.

12. Walter Stuardo Mejicanos V. Conocimientos, creencias y prácticas tradicionales sobre alimentación de la mujer durante el embarazo en una comunidad rural. (San Antonio Palopó, Sololá). Fac. de Ciencias Médicas, USAC, Tesis, 1987.

13. Hurtado Elena. Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena del altiplano de Guatemala. En Etnomedicina en Guatemala, Centro de Estudios Folklóricos, USAC, 1984.

14. Elba Villatoro. El baño de vapor tradicional un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco. La Tradición Popular, No. 59. Centro de Estudios Folklóricos, USAC, 1986.

15. Elba Villatoro. Prácticas y creencias médicas en una comunidad indígena de Guatemala. Tradiciones de Guatemala, No. 28. Centro de Estudios Folklóricos, USAC, 1987.

16. Los Medios de Comunicación Social. Estudios sobre Comunicación Pública. Rec. Introd. y Comentarios de Charles s. Steinberg. Ed. Roble, México 1979.

hombres de una misma comunidad.¹⁷ Esto define que los medios de comunicación social son mensajes elaborados con sistemas simbólicos propios, y destinados a grupos humanos culturalmente diferentes, pueden resultar incomprensibles, tergiversados e inoperantes para lo que se persigue.

En la actualidad los medios de comunicación masivos han alcanzado un desarrollo científico-tecnológico sin precedentes, constituyen un excelente vehículo para la difusión de ideas y prácticas nuevas. Sin embargo, los mismos están orientados a poblaciones urbanas, los mensajes son difundidos en el idioma oficial y estructurados de acuerdo a intereses mercantilistas e ideología de los grupos hegemónicos. Por otro lado, pocas son las investigaciones acerca del impacto que estos producen en la población y en qué forma influyen en los cambios de actitudes.

En Guatemala los medios de comunicación social disponibles a la fecha son: 5 canales de televisión, 112 emisoras de radio, 43 en la capital y 69 en los departamentos. La prensa escrita consta de 4 periódicos: Prensa Libre, El Gráfico, La Hora y el oficial Diario de Centro América. En el año 1987, salieron a luz las revistas "Organismo Judicial" y "Crónica".¹⁸

La difusión de la televisión se limita al área urbana. Según estudios realizados en el INCAP, cubre únicamente el 26% de 18,240 familias entrevistadas a nivel nacional.¹⁹ Sandoval refiere que en Guatemala y El Salvador conjuntamente da cobertura de 30% a 35%.²⁰

La difusión por la prensa escrita igualmente es muy limitada, 15 a 20% de la población tiene acceso a ella.²¹ Esto obedece al alto costo de los periódicos y el alto grado de analfabetismo registrado en el país. Aunque las cifras de analfabetismo son confusas, estimaciones de 1984 varían entre el 42 y 54%.²²

17. Herkovits Melville. **El hombre y sus obras**. Fondo de Cultura Económica, México. 1974.

18. Villacorta O. Manuel R. **La Comunicación Social en Guatemala**. Sobre los medios y otros apuntes. Editorial Plus Ultra, Guatemala, 1987.

19. INCAP. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud y nutrición**. Borrador mimeografiado. Guatemala 1987.

20. Sandoval F. J. **¿Redescubriendo la radio? Producción y uso de materiales radiales en apoyo a programas de supervivencia infantil**. Memoria 2, UNICEF, 1986.

21. Villacorta O. Manuel R. Op. Cit.

22. Dirección de Alfabetización y Educación de Adultos del Ministerio de Educación. Guatemala 1984.

Según SEGEPLAN, el área rural registra un analfabetismo del 76.9%, siendo mayor en la población indígena, donde alcanza niveles hasta del 61% en contraste con el 39% de la población mestiza.

Es conveniente resaltar que el analfabetismo en los departamentos escogidos para el presente estudio, alcanza las siguientes cifras: Huehuetenango 71%, Sololá 56%, Chimaltenango 47% y Totonicapán 61%.²³

En cuanto a difusión radial, la cobertura que ofrece es más alta que los restantes medios masivos de comunicación. Según estudios realizados por el INCAP en 1987, el 66% de las familias entrevistadas reportó tener radio receptor, con un 95.6% de aparatos funcionantes y escuchados prácticamente a diario. Todavía la mayor audiencia se concentra en la transmisión de música ranchera, de marimba y noticias.²⁴

Respecto a educación en salud, investigadores del Banco Mundial y de la Oficina Panamericana de la Salud, han encontrado una estrecha relación entre educación y morbi-mortalidad materno infantil. Mayor nivel educacional menor incidencia en la problemática aludida.²⁵ En este sentido los medios de comunicación social ocupan un lugar importante. Son instrumentos capaces de llevar mensajes a un gran número de personas simultáneamente.

En el caso de Guatemala, de acuerdo a los datos antes señalados, la radio podría ser el mejor vehículo de difusión de mensajes en salud. Sin embargo, circunstancias socioeconómicas y culturales figuran como una problemática muy especial, que exige planteamientos y resoluciones adaptadas a la propia realidad del país, y no copias indiscriminadas de experiencias en otros países.

En alusión a lo anterior, la transmisión radiofónica de mensajes educativos encuentra, entre sus principales problemas, los siguientes:

Barreras Lingüísticas, Guatemala es un Estado multilingüe, existen 23 lenguas con sus respectivos dialectos y, según Herrera, este multilingüismo está alianzado en raíces históricas vigorosas, de donde resultan comunidades

23. Secretaría de Planificación Económica. **Proyecciones Regionales de Población**. Guatemala, 1984.

24. INCAP. **Conoc., Act. y Pract. op. cit.**

25. Cochrane, S. H. et. al. "The Effects of Education on Health". **Women Education Health, PAHO. Mujeres en Salud y Desarrollo en las Américas** (Pub. científica No. 464). Wash. D.C., 1984.

lingüísticas secularmente establecidas. A la fecha no se ha logrado establecer una red eficiente de comunicación entre sus pobladores, el Estado no ha planteado políticas concretas para el tratamiento general de estas lenguas, por lo que se observa hasta el momento un alto grado de monolingüismo al interior de las diferentes comunidades.²⁶ Esto hace que las barreras lingüísticas se erijan a varios niveles: 1o. el mayor número de mensajes transmitidos son en idioma español, y la población con una comprensión clara de los mismos es poca, y aún cuando entienden el léxico, el ritmo, la entonación usada en los diferentes mensajes constituyen un obstáculo; 2o. cuando se usan traducciones a idiomas mayenses, como los que se han encontrado en Mam, Kekchí, Cakchiquel, Tzutujil, como idiomas principales, no se hacen traducciones a los diferentes dialectos de cada uno de estos idiomas.

Según Cojtí, por todas estas razones los mensajes radiofónicos no son considerados por parte de los indígenas como pertinentes o importantes y se reciben con indiferencia y laxitud.²⁷

Según UNICEF, se realiza producción de programas radiofónicos con traducción de los mensajes tanto en español como en Quiché, Mam, Kekchí, Cakchiquel, Pocomchí y otros, con el fin de que la población indígena, que es la mayoritaria, se beneficie de los mensajes, sin embargo, no se ha hecho una evaluación acerca de la percepción de los mismos.²⁸

JUSTIFICACION

La comunicación y educación en salud tiene acciones que enfatizan el fomento y la protección a la salud. Es fundamental el manejo de ciertas estrategias de comunicación social que permitan dar a conocer, en forma efectiva, mensajes orientados hacia la prevención y fomento de la salud materno-infantil en las diferentes comunidades del país. Asimismo, emitir mensajes que contribuyan a elevar o mejorar la calidad de vida de poblaciones que viven en situación de pobreza, y que en el país constituyen la mayoría.

En este sentido es indiscutible que factores económicos son los determinantes de estas situaciones, por lo que se persigue que dichas poblaciones

26. Herrera, Guillermina. Informe II Congreso Lingüístico Nacional. Ministerio de Educación. Homenaje al CL Aniversario de Fundación Instituto Indigenista Nacional 1945-1985. Sept., 1985.
27. Cojtí, Demetrio C. La penetración de la radiofonía en las comunidades tradicionales mayenses. Tesis Licenciatura. Escuela de Ciencias de la Comunicación. USAC, 1983.
28. Producción y uso de materiales radiales. En apoyo a programas de supervivencia infantil. UNICEF. Sept. 1986.

puedan aprovechar óptimamente los recursos a su alcance y que muchas veces son desperdiciados.

En este sentido, para apoyar a los programas de salud materno-infantil y lograr mayor efectividad de los mismos, es necesario conocer ampliamente las redes de comunicación que, a nivel interno, se dan en poblaciones estrictamente diferentes. Al enfocar el nivel interno, entiéndase esto como la comunicación interpersonal, por la oralidad, muchas veces siguiendo o retroalimentándose con elementos culturales de otras comunidades vecinas, o bien tomando elementos de comunicación de una cultura extraña a ellos; en este caso la mayoría de mensajes que a través de la radio, prensa, o televisión son transmitidos.

Es conocido que la comunicación social tradicional, en cualquiera de sus formas, puede ser utilizada para difundir mensajes de salud, eliminar las barreras culturales e incentivar la participación comunitaria.²⁹

Hasta ahora se han reportado ejemplos de diferentes modos de difusión en diferentes países, con mensajes sobre salud materno-infantil,³⁰ nutrición³¹ y planificación familiar,³² utilizando técnicas como marionetas³³⁻³⁴ o prestidigitación.³⁵

En México, un medio bastante común de comunicación social tradicional en salud son los espectáculos de los merolocos, quienes combinan las ventajas de la comunicación social y los canales de comunicación interpersonal. Estos programas fueron evaluados reportando cambios apreciables en comportamientos, actitudes y prácticas que no se limitaban solamente a un solo

29. Beglie, G. H. L'utilisation des formes de communication traditionnelles dans la diffusion des messages de santé. Etude critique. OMS, MCH 85.5. 1985.
30. E. Bushra. Perl S. S., Nigeria, My Brother's Children. Family Planning Education in Action. Int. Extension, COLL/IPPI. 1976.
31. Fishman, P. B. Teaching Nutrition with Magin. J. Am. Diet. Assoc. 77 (5) 580-582. 1980.
32. IPPF/UNESCO. Formes de communication traditionnelles: moyens modernes de diffusion et planification familiale. 1972.
33. Aloysius C. Can puppets be effective communicators? Project Support Communications Newsletter, 7 (3). 1983.
34. Walsh S. Puppet helpers. Paediatr. Nurs. 6 (2), 47. 1980.
35. Fishman, P. B. Op. cit.

objetivo, sino que se extendían a otros campos de la salud.³⁶

En Guatemala se realizó un estudio piloto en una finca de la costa sur, en el año 1975. El mismo consistió en 15 grabaciones con mensajes en salud en radiocassettes de 15 minutos cada una. Estas grabaciones se colocaron en las tres pilas (lavaderos públicos) de la finca, por la mañana y por la tarde y durante tres semanas. El éxito de la experiencia fue evaluado a nivel de información y mostró resultados positivos.³⁷

Las experiencias en el país respecto a estudios de esta naturaleza son muy pocas, no se encuentran evaluaciones, y aún menos estudios realizados en el área rural.

PERSPECTIVAS Y PRIORIDADES

Entre las primeras están crear programas de educación en salud materno infantil, basadas en modelos de comunicación social existentes y aceptados culturalmente en áreas rurales del país.

En este sentido es fundamental conocer las fuentes, modalidades y redes de comunicación comunal, su uso, manejo y penetración al interior de las comunidades. Asimismo, detectar cuál es el proceso de comunicación, o sea la formación de opinión comunal y su incidencia en la generación de criterios básicos en la toma de decisiones en el hogar. Tratándose de un programa aplicado a salud materno infantil, igualmente es fundamental investigar creencias, actitudes y prácticas que intervienen en el proceso salud enfermedad del binomio madre-niño.

Tratándose de un estudio de profundidad al interior de las comunidades, se recomienda hacer uso del método etnográfico, el cual constituye el conjunto de técnicas del trabajo antropológico. Entre ellas, entrevistas abiertas, entrevistas dirigidas, observación directa, indirecta y participativa, conversaciones formales e informales con diferentes miembros de las comunidades, así también grabaciones, fotografías y filmaciones.

Tanto el trabajo de campo como el análisis de datos cualitativos se podrá basar en el manual "Field Guide for the study of Health Seeking Behavior at the

36. Simone J. J. et al. *Merolicos and Health Education*. Bull. Pan. Am. Health Org. 17 (1): 4-13. 1983.

37. Fernández, S. and R. D. Colle. *Comunicación en la Pila*. Cycle, F. P. New York, 1977.

Household Level",³⁸ y su edición revisada *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care*.³⁹

El primero ha sido traducido al español con el nombre *Manual de Estudios Antropológicos Aplicados a Salud y Nutrición*,⁴⁰ el que además provee los instrumentos básicos para la recolección de información en comunicación social y educación.

El mismo ya ha sido probado en Guatemala y otros países con problemas similares y utilizado en investigaciones de las diferentes disciplinas del área de la salud entre ellas, Medicina, Nutrición, Psicología y Trabajo Social, etc.

En cuanto a selección de las muestras deberá tomarse en consideración las siguientes características: comunidades que registran altas tasas de morbi-mortalidad materno infantil, poco o ningún acceso a los servicios de salud institucionalizados tomándose esto en sus diferentes aspectos como son inaccesibilidad geográfica, económica y/o cultural, que pertenezcan a grupos étnicos lingüístico diferente, poblaciones predominantemente indígenas y por ende que pertenezcan al área rural.

Para una obtención de información lo más completa posible, tanto de los medios de comunicación social como de los aspectos etnomédicos deberá investigarse a dos niveles:

- a) Nivel de hogar, seleccionar una muestra aleatoria o intencionada de un número de familias a decidir de acuerdo a la magnitud del estudio en donde se entrevistará a el o la jefe de hogar.
- b) Nivel de comunidad o líderes laicos y religiosos reconocidos por las comunidades meta. Así también, personal de salud del sistema oficial (médicos, enfermeras, técnicos en salud, promotores, etc.), sistema tradicional (curanderos comadronas, sobadores, etc.).

Finalmente y como producto de un estudio de esta naturaleza se obtendrá valiosa información acerca de modelos y costumbres de comunicación social presentes y aceptados en las comunidades en estudio con lo que

38. Scrimshaw S. C. M., E. Hurtado. *Field Guide for the study of Health Seeking Behaviour at the Household Level*. Food and Nutrition Bull, 1985 6 (2): 27-45. 1984.

39. Scrimshaw, J. CM., E. Hurtado. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care*. Anthropological Approaches to Improving Programe Effectiveness. The United Nations University, Tokio, UNICEF, UCLA Latin American Center, 1987.

40. Hurtado, Elena. *Manual de Estudios Antropológicos Aplicados a Salud y Nutrición*. Guatemala, INCAP, 1985.

se podrá ofrecer sugerencias en su aplicación a Programas de Educación en Salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Es preocupante observar en áreas rurales del país, sobre todo en poblaciones indígenas, la situación de salud en que están inmersas; los índices de analfabetismo, el nivel acelerado en que dichas poblaciones se incrementan, y más preocupante aún es darse cuenta que las políticas adoptadas para ofrecer coberturas de salud no marchan con el ritmo de las necesidades de los pobladores.

No se desconoce que la problemática tiene relación íntima con bases económicas y se está lejos de creer que esta población, que constituye los grupos más vulnerables a decisiones tales como: elevar aceleradamente el precio de productos básicos, cotizar a precio de dólar los fármacos, logren a corto o mediano plazo, elevar sus medios de vida y por ende, mejorar sus condiciones de salud.

También se conoce que los raquíuticos programas de educación están encaminados a grupos mestizos de áreas urbanas y urbanas-rurales. Por ello la población indígena femenina monolingüe presenta un alto grado de analfabetismo.

En la complejidad del problema convergen múltiples factores que no deben contemplarse en forma aislada, ni con soluciones basadas en modelos ajenos a nuestra realidad histórica, económica y socio-cultural del país.

Experiencias tanto en otros países como en Guatemala, señalan que la educación y la morbimortalidad materno-infantil tienen una estrecha relación. Entonces, se deben encaminar los programas de educación en salud hacia la mujer, tomando en cuenta que en su calidad de madre, hermana, abuela, vecina, curandera, muchas de las veces es la primera proveedora de atención en salud.

Claro está que si se quiere erradicar esas cifras avergonzantes de analfabetismo, mortalidad infantil, desnutrición, no se puede esperar a alfabetizar a esta población, por lo que se deben buscar alternativas rápidas y efectivas.

En este sentido se considera que los medios de comunicación social pueden ser un vehículo eficaz para llevar mensajes de salud, pero antes de implantarlos se deben conocer a profundidad los medios de comunicación

tradicionales, es decir aquellos que se dan al interior de las comunidades y que tienen receptividad y confianza entre los pobladores. Hay que crear modelos de comunicación social que sean aceptados culturalmente con la finalidad de implementar programas educativos en salud materno infantil.

Solamente conociendo los diferentes elementos culturales y creando programas de educación de acuerdo al contexto socio-cultural del país, se podrá usar al máximo los esfuerzos institucionales y los pocos recursos con que las poblaciones indígenas cuentan, y que muchas veces por factores culturales son subaprovechados.