

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PLANIFICACION FAMILIAR"  
NECESIDAD DE PATROCINIO POR EL ESTADO DE GUATEMALA

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias  
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

CARLOS ANTONIO MAYORGA RUIZ

En su acto de Investidura de  
MEDICO Y CIRUJAN O

Guatemala, noviembre de 1967

## PLAN DE TESIS

TITULO: "La Planificación Familiar, Necesidad de Patronio Por El Estado En Guatemala".

### INTRODUCCION:

OBJETIVO: Demostrar la necesidad de desarrollar programas de planificación familiar en Guatemala a través de la participación del Estado, tomando en cuenta las características de nuestra población, los programas actuales para el desarrollo y la actividad a favor de la planificación familiar que se realiza en Guatemala.

### IV. DESARROLLO:

- 1.- Resumen de las características de Guatemala.
- 2.- Resumen de nuestros problemas como país en vías de desarrollo, de nuestros recursos y planes para el desarrollo económico del país.
- 3.- Presentación del Estado actual de la planificación familiar en el panorama mun -

... dial. -

4.- Presentación de la actividad desarrollada en Guatemala a favor de la planificación familiar.-

5.- Estudio de 100 grupos familiares con el objeto de conocer, a este nivel su opinión acerca de la planificación familiar, así como las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales en que se desenvuelven.

V. COMENTARIO DE RESULTADOS:

VI. CONCLUSIONES:

VII. RECOMENDACIONES:

VIII. BIBLIOGRAFIA:

## INTRODUCCION

Fue mi intención al desarrollar este trabajo de tesis, tomar un tema de proyección social para nuestra población. En la planificación familiar encuentre el motivo para ello, pues proclama: La oportunidad de decidir el número y el espaciamiento de los hijos como un derecho humano básico; basandose en motivos humanos y de salud e indicando para los países en vías de desarrollo, como el nuestro, atender razones económicas y sociales en vista de la crisis en que se desarrollan sus poblaciones.

A través de la información, extensamente transcrita en este trabajo de publicaciones Gubernamentales en relación con las características de nuestra población, planes para el desarrollo del país; se conoce el retraso en que se desenvuelve, la preocupación por la acelerada multiplicación de la población al tener una tasa de cre-

cimiento entre las más altas del mundo y sin embargo se observa la indiferencia con que el estado toma este problema al no aparecer entre las necesidades a solucionar.

Se presenta la actividad anticonceptiva en el panorama mundial a través de la información de la última conferencia de la FIPF así como la actividad desarrollada en nuestro país a favor de la planificación familiar por la asociación pro-Bienestar de la familia Guatemalteca: Al conocer sus programas, actividad, y resultados obtenidos hasta el momento, resalta que es pequeño el esfuerzo que se realiza frente a la magnitud de este problema en el país.

De un pequeño número de grupos familiares, que consultan a un centro de asistencia estatal, se presentan los resultados obtenidos en una encuesta acerca de su opinión sobre la planificación familiar,

las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales en que se desenvuelve cada uno de estos grupos, habiendo pasado estos casos a formar parte del archivo del Servicio Social, pude comprobar que en él existe una mayoría con características similares a los presentados en este trabajo.

Con lo anterior se intenta motivar al Estado a tomar una actitud definida y apoyar en forma decidida la planificación familiar en nuestro país. Al incluirla en sus programas de salud y aplicarla a través de los centros de asistencia que sostiene (alrededor de 200) dará un beneficio incalculable a nuestra población. El aspecto del aborto no se analiza en este trabajo por haberse realizado recientemente en el trabajo de tesis "Legislación Racional del Aborto"; tampoco es discutido el criterio religioso, limitándome a exponer su posición frente a la planificación familiar: "Acepta el derecho de la Planificación familiar

por razones socio-económicas instruidas en las leyes de Dios"; estando en discusión la aceptación de los métodos anticonceptivos artificiales.

to

R

u

ii

ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION  
DE GUATEMALA: (\*)

(\*) De acuerdo con la dirección General de Estadística en su publicación Censos de Población 1964 las características de la población de Guatemala son las siguientes:

Población Total y Crecimiento Intercensal

En el lapso de 186 años transcurridos entre 1778 y 1964, la población de Guatemala se ha multiplicado por lo.8, es decir prácticamente se ha venido duplicando cada 37 años. Su ritmo de crecimiento ha variado en los períodos intercensales registrándose tasas que contrastan bastante.

Mientras que de 1778 a 1950 la población del país se incrementó a una tasa geométrica media anual de 1.3%; de 1950 el ritmo de crecimiento sufrió un ascenso notable llegando a 3.1%.

(\*) Toda la información presentada es transcrita de la publicación: Censos 1964 población.

El rápido crecimiento entre 1950 y 1964 obedece casi exclusivamente al excedente de nacimiento sobre defunciones ocurridos durante el lapso intercensal y que la migración neta de Guatemala es prácticamente nula.

La tasa de mortalidad general ha mostrado descenso al pasar de 21.8 por millar en 1950 a 17.2 por millar en 1953.

La tasa de natalidad ha variado en ese mismo tiempo entre 50.9 y 47.7 por millar. La tasa de mortalidad infantil también ha disminuido en el período 1950-63 al pasar de 106.8 a 92.4 por cada mil niños nacidos vivos.

Esta situación se ha reflejado necesariamente en un aumento explosivo del crecimiento natural de la población.

LA POBLACION DE GUATEMALA CON RESPECTO A LA -

DE OTROS PAISES:

Según cifras publicadas por el boletín estadístico del instituto Interamericano de Estadística, del mes de diciembre de 1965, la población de Centroamérica es así.

<u>País</u>	<u>Población Total En 1964</u> (millones de habitantes)	<u>Proporción</u>
CENTROAMERICA	12.2	
Guatemala	4.3	35.20%
El Salvador	2.8	23.00%
Honduras	2.1	16.20%
Nicaragua	1.6	13.10%
Costa Rica	1.4	11.50%

Nota: Toda la información presentada en este informe es de carácter preliminar y está sujeta a modificaciones.

De acuerdo con la misma fuente de información los 22 países del continente Americano, tenían en 1964 438.6 millones de habitantes, la población de Guatemala

representa el 0.9% de dicha cifra.

SUPERFICIE, POBLACION Y DENSIDAD DE CENTRO AME-  
RICA POR PAIS  
1950 y 1964

<u>País</u>	Superficie (kms)	Población (millones)		Habits. x Kms <sup>2</sup>	
		1950	1964	1950	1964
CENTROAMERICA	440.865	7.9	12.2	18	28
Guatemala	108.889	2.8	4.3	26	39
El Salvador	20.877	1.8	2.8	86	134
Honduras	112.088	1.4	2.1	12	19
Nicaragua	148.000	1.1	1.6	7	11
Costa Rica	51.011	0.8	1.4	16	27

('): Incluye hogares censales particulares y grupos no familiares.

El país que en Centroamérica incrementó su población total con mayor velocidad, en el período 1950-64, fue Costa Rica que lo hizo con una tasa de promedio del 4.0% anual, una de las más elevadas del mundo, le siguió en orden de importancia la de Guatemala con 3.1%. Dichas tasas ponen

de manifiesto un vigoroso crecimiento poblacional propio de los países jóvenes.

De estos datos se percibe en general, el sintoma demográfico más sobresaliente en Centroamérica está asociado a una elevada tasa de incremento vegetativo y no a una fuerte densidad de población con la excepción de El Salvador.

Distribución Geográfica de la Población de Guatemala:

Según los dos últimos censos realizados (1950 y 1964) se puede ver claramente que el departamento de Guatemala, donde se localiza la capital de la República ocupa el primer lugar en ambas distribuciones:

Departamento	1950		1964	
	millares habitantes	Por ciento	millares habitantes	por ciento del total
República	2791	100.0	4210'	100.0
Guatemala	439	15.8	778	18.5

San Marcos, Huehutenango, Quezaltenango y Alta Ve-

rapaz continuaron figurando en 1964 en la lista de los departamentos que tienen mayor participación en la población total del país, más sin embargo todos ellos disminuyeron su tasa entre 1950 y 1964.

En 1950 los indicados cuatro departamentos absorvieron en conjunto 29.1% en tanto que la cifra relativa para Guatemala variaba del 15.8% a 18.5% revelandose la tendencia hacia una mayor concentración de la población en la ciudad capital por efecto de las corrientes migratorias internas provenientes de los departamentos, que determinaron que la población de esta ciudad se haya incrementado a un ritmo bastante acelerado variando:

<u>1950</u>	<u>1964</u>
294.3 miles	577.1 miles

Acusando una tasa media de crecimiento geométrico del orden de 4.9%.

La cifra anterior presupone el exodo de la población de los departamentos hacia el centro urbano, el cual no siempre está respaldado por una garantía y muchas veces ni siquiera por una oportunidad real de encontrar ocupación en la capital. Complementando la información anterior, se calculó la densidad media de la población por kilómetro cuadrado en cada uno de los 22 departamentos de la república, para lo cual se dividió la población de cada departamento entre su respectiva superficie.

Densidad media de la República	1950	1974
Habitantes x Km <sup>2</sup>	26	39

Aumento que obedece al crecimiento natural de la población, ya que el saldo migratorio por su escasa magnitud, no tiene ningún significado.

Densidad del Departamento de Guatemala	1950	1964
	206	366

cifra que corresponde al primer centro comercial e industrial del país.

CRECIMIENTO DE LA POBLACION POR DEPARTAMENTO:

Entre 1950 y 1964 la población de la república se vio aumentada a una tasa geometrica media anual 3.1%.

Todos los departamentos sin excepción mostraron esa misma situación.

Los departamentos de Isabal (5.3) Escuintla (5.1) acusaron las tasas más elevadas aventajando aún a Guatemala (4.2).

POBLACION URBANA Y RURAL:

65.9% de la población o sean 2.8 millones, se encontró en 1964 en el area rural. 44.0% de la población urbana en 1964 se concentro en la ciudad de Guatemala.

SEXO:

En 1964 la proporción de hombres y mujeres fue de 50.0% para cada uno.

Es indudable que la estructura de la población por edades, tiene consecuencias económicas y sociales importantes. Cuando existe una alta proporción de menores de 15 años y una proporción moderada de los grupos de 15 a 64 años, se produce una distribución desproporcionada entre la población en edad de trabajar y la que está en edad improductiva, formada, en términos generales por personas demasiado jóvenes ó ancianos para trabajar. En el caso de Guatemala y conforme el censo de 1964, resultó que por cada 100 personas de 15 a 64 años de edad (o sea las consideradas como aptas para el trabajo), había en promedio 95 personas correspondientes a los grupos de menores de 15 años y mayores de 65 (que por lo regular se considera en edad dependiente); de allí que la carga que en Guatemala implica el mantenimiento de una población inac-

tiva por su edad, es sensiblemente mayor que la que corresponde a países que tienen tasas de natalidad menores que la nuestra.

#### ESTADO CIVIL:

La mayor parte de la población Guatemalteca es unida, al absorber este grupo el 34.7% del total. El grupo de los solteros registró un 33.8% del mismo total.

El coeficiente de participación para los casados ha experimentado entre 1950 y 1964 una alza notoria al pasar de 18.5% en 1950 a 26.0% para 1964.

Considerando la población indígena y la no indígena de 14 años y más según su estado civil para 1964 se observa: en el grupo indígena la mayor proporción de la población es unida ( 43.9%); en la población no indígena predomina el grupo de los solteros con el 38.2%.

El porcentaje de casados es bastante mayor en la población no indígena 29%; en comparación con la indígena 21.9%.

#### ANALFABETISMO:

En 1950 los analfabetas alcanzaron el 71.9% según el censo de 1964 más de las tres quintas partes de la población de 7 y más años de edad de Guatemala son analfabetas 63.3%.

Como era lógico de esperarse, para 1964 de cada 100 analfabetas 59.1 eran indígenas y 40.9 no indígenas. De cada 100 alfabetas 84.4 correspondieron al grupo de no indígenas y 15.6 al de indígenas.

La mayor parte de alfabetas 56.6% del total eran hombres, mientras que el 54.2% de los analfabetas eran mujeres.

#### Población Económicamente Activa e Inactiva:

En el censo del 64 la población total, de 7 y más

años de edad, ascendió a 3.2 millones de personas de los cuales 1.3 millones (41.5%\_ eran económicamente activos y 58.5% inactivos, cifras que demuestran la carga económica que gravita sobre la población trabajadora de Guatemala.

GRUPO ETNICO:

En la república de Guatemala se reconoce la existencia de dos sectores de la población: El indígena y el no indígena, entre los cuales se encuentran diferencias significativas en sus características.

Población de la República de Guatemala por Grupos Etnicos:

GRUPO ETNICO	1950	1964	Porcentaje	
Indígena	1497	1821	43.3%	
No Indígena	1294	2389	56.7%	CIFRAS EN MILLARES
TOTAL	2791	4210	100. %	

En el curso de los últimos 14 años la población indígena ha sufrido una reducción relativa del 10.3%

lo que puede interpretarse como una tendencia a integrarse socialmente.

EDAD:

La composición demográfica, se caracteriza en Guatemala por una alta proporción de menores de 25 años, representando dicho grupo alrededor de un 63% de la población total, tanto en 1950 como en 1964.

Los cinco grupos que en 1964 concentraron las mayores proporciones de habitantes fueron los correspondientes a:

EDAD	PORCENTAJE
0 - a - 4 años	17.6%
5 - a - 9 años	15.7%
10 - a - 14 años	12.7%
15- a - 19 años	10. %
20 - a - 24 años	8. %
TOTAL	64.0%

En los dos grupos étnicos se ve, en 1964, un notorio predominio en el número de personas menores de 25 años,

siendo un poco más alta la proporción entre la población no indígena con el 64.1% en tanto que el grupo indígena absorbió el 63.9% del total respectivo.

La edad media de la población de la República en 1950 fue de 17.8 años; en 1964 la misma experimentó una leve baja bajando a 16.6 años.

Estas cifras indican que la población de Guatemala es joven ya que cerca del 50% del total se encuentran en un grupo de edad menor de 17 años; la que en términos generales no es económicamente productiva.

En 1964 el 25% de la población del país alcanzó edades hasta de 6.9 años; registrándose un 75% de la misma hasta 32.6 años.

Para 1950 la población de 7 y más años de edad era de 22 millones correspondiendo un 45% a la población activa y el 55% restante a la inactiva.

Las cifras anteriores indican que en los últimos 14 años la población inactiva ha tendido a aumentar su

participación en tanto que la población económicamente activa ha sufrido contracción .

La distribución porcentual por sexo en 1964 corresponde 87.3% para los hombres y 12.7% para las mujeres.

En todos los departamentos de la República sin excepción se registró en 1964, mayor número de personas inactivas que las activas.

La mayor concentración de población económicamente activa en 1964, se observó en el departamento de Guatemala 19.7% en cuanto a la población inactiva la mayor concentración se observó en el departamento de Guatemala 18.4%.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE 7 Y MAS AÑOS  
DE EDAD DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA SEGUN OCUPACION;  
1950 Y 1964

Ocupación	1950		1964'	
	millares	%	millares	%
TOTAL	968	100.0	1317	100.0
Profesionales, técnicos y trabajadores afines	16	1.6	29	2.2
Gerentes, Administradores y Directores	14	1.5	25	1.9
Oficinistas y Trabajadores afines	17	1.7	28	2.1
Vendedores y Similares	32	3.3	55	4.2
Agricultores, pesca, caza y Maderos	651	67.3	849	64.5
Trabajadores en ocupaciones de minas y canteras	3	0.3	2	0.2
Trabajadores en operaciones de Transporte	12	1.2	24	1.7
Artesanos, operarios de fábrica y afines	135	14.0	179	13.6

Ocupación	1950		1964	
	Millares	%	Millares	%
Trabajadores manuales y jornaleros n.e.oc.	17	1.7	32	2.4
Trabajadores en servicios similares.	67	7.0	87	6.7
otros trabajadores n.e.o.c en ocupaciones ignoradas o mal definidas	4	0.4	7	0.5

Muestra del 5%

RESUMEN DE NUESTROS PROBLEMAS COMO PAIS EN VIA DE DESARROLLO; NUESTROS RECURSOS Y PLANES PARA EL DESARROLLO ECONOMICO DEL PAIS. (\*)

Nuestros Problemas y Conflictos      Analfabetismo (1964)  
Deficiencia de la Educación:

Población no inscrita 1964	Población total	63%
de 5 a 6 años      92%	Indígena	59.1%
de 7 a 14 años      53%	No indígena	40.9%
de 15 a 20 años      93%	total de hombres anal- fabetas.	43.4%
de 5 a 20 años      72%	Total de mujres anal- fabetas.	54.2%

(\*) Los datos presentados son en su totalidad extractados de la revista "Guatemala merece mejor destino" publicación de la Secretaria General del Consejo de Planificación Económica, Junio 1966.

Mortalidad y Natalidad

Tasa de Mortalidad General	17.2 por millar (1963)
Tasa de Mortalidad Infantil	92.4 por millar (1963)
Tasa de Natalidad	47.7 por millar (1963)

Deficiencia Nutricional 1960:

Leche y derivados	65.5%
Huevos	62.9%
Carne	64.2%
Vegetales	64.0%
Frutas	76.4%
Pan de trigo	85.5%
Arroz	82.0%
Azucar blanca	71.2%
Grasas	61.9%

Número de Viviendas Faltantes (1962)

Vivienda Urbana por servicio	174,000
Vivienda urbana por hacimiento	83,631
Deficit de urbano total	257,631

Vivienda rural por servicios	257,631
Vivienda rural por hacimiento	450,000
Deficit rural total	524,000
Total de viviendas faltantes	781,631

Vivienda necesaria para alojar solo el crecimiento anual  
de población 28,300

Deficiencia en el Vestuario y Mobiliario (1962)

Deficit de vestuario	80%
Deficit de Mobiliario	80%

SALUBRIDAD:

Causas de defunción 1960

Gastroenteritis	15.92%
Influenza	10.80%
Neumonías	7.70
Parasitismo Intestinal	5.15
Tos Ferina	3.80
Sarampion	2.80
Otras enfermedades parasitarias o infecciosas	58.54

Número de Médicos: 1961

1 Médico por cada 5365 habitantes

1 Odontólogo por cada 24,024 habitantes

Deficit de Agua Potable: 1962

En poblaciones Urbanas 58%

En poblaciones Rurales 88%

Deficit De Drenajes: 1962

En poblaciones Urbanas 71 %

En poblaciones Rurales 88 %

Deficit de Letrinas: 1962

En poblaciones Urbanas 56 %

En poblaciones Rurales 98 %

Area Territorial Por Habitante: 25,100 metros cuadrados

Porcentaje de Población Rural 66.4 %

Porcentaje de Población Urbana 33.6 %

Población activa en porcentaje de  
la población total 30.0 %

Población ocupada en la Industria  
en porcentaje a la población activa 11.6 %

Valor de la exportación por habitante ( 1965 ) Q.40.13

Valor de la Importación por habitante ( 1965 ) Q.49.61

Kilómetro de Carretera primaria por  
cada 10,000 habitantes 4.2

Kilómetros de Carretera secundaria por cada 10,000 habitantes	14
Número de automóviles por cada 10,000 habitantes	99
Ingenieros Químicos por cada 100,000 habitantes	1
Abogados por cada 10,000 habitantes	1
Ingenieros por cada 10,000 habitantes	6
Economistas por cada 100,000 habitantes	4
Químicos Farmacéuticos por cada 100,000 habitantes	5
Número de Maestros de Educación Prima- ria por cada 10,000 habitantes	41

## NUESTROS RECURSOS

### Nuestro Territorio:

La extensión territorial de Guatemala cubre un área de 131,800 Kms<sup>2</sup>, incluyendo los 22,900 del territorio de Belice.

Sin incluir Belice, Guatemala está formada por 22 departamentos y 325 municipios. Debido a las características topográficas determinadas por las diversas montañas, la naturaleza ha dividido el territorio en segmentos claramente definidos, casi totalmente aislados entre sí, tanto física como socialmente.

Hasta hoy los Guatemaltecos hemos usado una parte mínima de nuestro territorio. Vivimos prácticamente amontonados en un rincón del país a pesar que la parte no explotada es donde se encuentran las mayores fuentes de agua, las principales riquezas minerales, inmensos recursos forestales y grandes extensiones de tierras inex-

ploradas . Con las riquezas que encierra nuestro territorio, Guatemala no debiera ser un país pobre.

La Naturaleza y La Falta de Integración Nacional:

Los esfuerzos efectuados por los Guatemaltecos, desde la independencia hasta nuestros días no han sido suficientes para unir el territorio Nacional, hacer accesibles los recursos naturales y unir y organizar la población en sus anhelos y en su destino.

Los esfuerzos que hasta hoy se han hecho para establecer una integración territorial se circunscriben fundamentalmente a la construcción de carreteras y ferrocarriles en una región limitada del país. Dada la extensión del territorio podemos concluir que los esfuerzos son insignificantes, si se considera que la mayoría de las obras públicas se han concentrado en la región del pacífico en tanto que los recursos mineros y forestales del area norte siguen demasiado alejados de la

producción. La población del altiplano ha estado prácticamente abandonada, no obstante que su vida se desarrolla en limitados recursos de tierra en donde predomina el minifundio, la incapacidad para comerciar, la falta de servicios, la desatención educativa, el hacinamiento en las viviendas etc.

Los sistemas montañosos dan lugar a la formación de fértiles valles y sabanas, al nacimiento de abundantes ríos y a la existencia de diferentes climas que permiten el cultivo tanto de productos agrícolas tropicales como de clima frío. Unido a lo caudaloso de algunos ríos las montañas han constituido barreras naturales de mayor o menor grado que no se han podido romper por no haber habido suficiente decisión y coraje para ganar a la lucha de la naturaleza; existen en esa forma barreras naturales que han dificultado la integración social y económica del país, principalmente por haber impedido el acceso a las regiones sep-

tentrionales en donde los recursos mineros, forestales, turísticos y de tierras son abundantes, para estimular la industrialización el comercio exterior y la elevación del nivel de consumo de la población.

Riqueza Nacional:

Característica especial de nuestra estructura económica, es que Guatemala es un pueblo muy pobre asentado sobre un territorio inmensamente rico en recursos naturales,. De consiguiente, nuestra pobreza es el resultado de nuestra mala organización y esfuerzo y de la falta de oportunidades de trabajo, educación y cultura, así como de la falta de participación comercial de la mayoría de los habitantes especialmente de los que viven en el area rural. Nuestra pobreza es también una consecuencia directa de nuestra actitud contemplativa de la naturaleza sin el complemento de la agresividad promotora para sacarle inmediata utilidad

y provecho para que todos los habitantes vivan mejor.

Nuestros Bosques:

(a) Los recursos madereros de Guatemala constituyen una de las mejores riquezas del territorio.

Recursos Hidraulicos:

(b) El sistema montañoso de Guatemala determina claramente tres regiones hidrográficas; la del océano atlántico, la del Pacífico y la del Golfo de México, las cuales no han sido utilizadas adecuadamente.

Recursos Minerales:

(c) Las investigaciones generales sobre las disponibilidades mineras revela la existencia de gran variedad de minerales y de otros productos del subsuelo que podría ser comercialmente aprovechadas para aumentar las exportaciones, así como también preparar un intensivo desarrollo industrial, capaz de dar nuevas formas de trabajo adecuadamente remuneradas a los habitantes Guatemaltecos.

Recursos Turísticos:

(d) Con las riquezas que tiene Guatemala es casi imposible creer que esta industria se encuentre dormida.

Es indudable que el incipiente desarrollo del turismo se debe a la poca agresividad de los Guatemaltecos y a la nula preparación comercial en este rubro.

Nuestros Recursos Humanos y Su Distribución:

La prosperidad de un país depende de la superación y mejoramiento general de su población y no solamente del progreso de un grupo de una región determinada. Hasta hoy, ha estado desatendida y rezagada la mayoría de los Guatemaltecos. Los problemas se agravan porque cada año los habitantes de Guatemala aumentan en más de 130,000 (3.1%).

Según el censo de 1964. el país contaba en esa

fecha con 4,284,473 habitantes, de los cuales 2,846,412 (66.4%) vivían en el medio rural y 1,438,061 (33.6%) en el área urbana: el 52% de la población esta formada por personas de 1 a 19 años. Gran parte del atraso de Guatemala se debe a la mala distribución de la población frente a la incapacidad de salvar los obstáculos naturales.

Las áreas densamente pobladas se encuentran principalmente en la ciudad de Guatemala en el altiplano, Alta Verapaz y el occidente de la Costa del Pacífico. En la ciudad capital y sus alrededores habitan más de 800,000 personas, en los departamentos del altiplano occidental se observa una marcada presión demográfica sobre escasos recursos naturales y la parte septentrional del país es muy despoblada. La mayoría de la población vive en pequeñas aldeas que ni siquiera alcanzan los mil habitantes.

Esta dispersión y el excesivo peso de la estructura rural, dificultan al estado la prestación de servicios públicos a bajo

costo a la mayoría de la población y al mismo tiempo ha contribuido a que las condiciones de trabajo y poder de compra sean deficientes, que el país tenga un elevado analfabetismo, un mercado nacional reducido y desequilibrado, condiciones insalubres crecientes y que los recursos naturales estén abandonados, a pesar de existir una inmensa riqueza nacional.

Según el censo de 1964, la población económica activa de Guatemala de 10 años de edad y más ascendió, a 1292,220 personas; de este total el 87.7% se dedicaban a la agricultura, silvicultura y pesca, industrias manufactureras y el 12.3% se dedicaba a la explotación de minas y canteras, a la construcción, al comercio y otras actividades. El 98.4% de la población económicamente activa está ocupada, mientras que el 1.6% no tenía trabajo.

Nuestra Capacidad Comercial:

(e) La dominación comercial bajo la que han vivido la mayoría de nuestros productores, les ha impedido desarrollar su aptitud y su espíritu de organización para los negocios. De esa suerte, a pesar de que muchos habitantes del area rural acuden a los diferentes centros de consumo y mercadeo para vender su producción, el ingreso que obtienen es, en la mayoría de los casos, menor del que obrendrían como asalariados.

A pesar de todo, las diferencias que paga el consumidor con respecto a los precios recibidos por el agricultor, son exageradamente grandes. Por consiguiente, si desea que la producción agrícola repercuta en beneficio de la mayoría de los propios productores y que al mismo tiempo los precios no se eleven, es preciso iniciar una sistemática y masiva organización de los productores para que participen en mejor forma en el sistema de comercialización.

La prosperidad de Guatemala dependerá de la masificación de su consumo, y, de su producción. Si el grueso de la población no tiene capacidad para comprar los alimentos, el vestuario, vivienda y servicios más elementales, cada monto de inversión será un lujo para mantener una economía estratificada en beneficio de un pequeño sector de la nacionalidad. En esa forma, no puede esperarse que nuestros industriales hagan importantes ganancias que sea el atractivo del progreso, o de lo contrario las ganancias se harán a expensas de precios exagerados que no correspondan a la calidad producida.

En cuanto a nuestra habilidad para exportar, es preciso reconocer que Guatemala muestra inmenso atraso con respecto a la actitud de otros pueblos Latinoamericanos y también Centroamericanos. De nuevo se insiste que Guatemala tiene un potencial de recur-

Los recursos naturales capaces de hacerla un país exportador de consideración. Sin embargo, se ignoran los procedimientos de negociación que los diferentes países europeos y asiáticos exigen para poder entablar relaciones comerciales con ellos; de la misma manera se ignoran los instrumentos financieros que cada país exige para aceptar ser un comprador de nuestros productos.

Problemas que Dificultan Nuestro Desarrollo Social y Económico:

No obstante la abundancia de recursos naturales con que contamos y que están en espera de explotación para brindarnos sus beneficios, aún subsisten los siguientes grandes problemas que obstaculizan el desarrollo:

- 1) Excesivo peso de las condiciones de la vida rural, dentro del sistema económico y social del país;
- 2) Dispersión de los habitantes en sociedades minúsculas constituidas por más de 6000 aldeas, que en mayoría no llegan a mil personas;

- 3) Estructura predominantemente minifundista dentro de la explotación agrícola, debida a las grandes concentraciones demográficas, especialmente en las laderas de las montañas más altas del país;
- 4) Concentración de la vida moderna y del disfrute de los beneficios del desarrollo económico, casi exclusivamente en la Capital de la República;
- 5) Falta de integración en las actividades económicas y sociales de los grupos que viven en el Altiplano, en la zona central y en la costa Sur del país;
- 6) Fuerte desequilibrio entre las oportunidades de organización de los empresarios y de las personas que se encuentran en los estratos sociales inferiores, en su calidad de obreros y agricultores campesinos;
- 7) Estructuración, sobre bases minúsculas, de las empresas y de las instituciones que participan en la

vida económica y administrativa;

8) Falta de oportunidades al grupo indígena para participar con mayor intensidad y provecho en la actividad económica nacional.

Como consecuencia de los problemas señalados, la mayoría de las familias Guatemaltecas no han tenido oportunidad para participar de los beneficios del desarrollo económico y social. Los problemas señalados, llevan a la conclusión de que la mayor parte de la vida económica social, se ha desenvuelto, dentro de la fuerte influencia de complejos de inferioridad y aislamiento, en las diversas comunidades faltando por lo tanto, motivaciones especiales para lograr un mayor impulso en el desarrollo económico y social, derivado de la seguridad, en el sentido de solidaridad, la confianza propia en su destino, y el abandono de la timidez en la expresión de sus ambiciones y anhelos.

Objetivos Generales del Desarrollo Económico:

- 1.- Dotar al país de sistemas inmediatos de comunicaciones, que pongan en contacto a todas las poblaciones del territorio y con capacidad para soportar la demanda creciente de servicios.
- 2.- Realizar las obras públicas básicas que proporcionen oportunidades y establecer los mecanismos que faciliten una mayor distribución de la población y de los bienes y servicios dentro del territorio nacional, y que además faciliten el acceso de las inversiones a las fuentes de mayores recursos naturales.
- 3.- Facilitar el acceso de los recursos naturales del norte y occidente del país hacia las costas del Caribe y las fronteras centroamericanas, a fin de asegurar mayores mercados a los productos del Petén y la producción de la población del Altiplano.
- 4.- Aumentar la escala de la producción nacional

de manera que los bienes y servicios estén al alcance de las mayorías Guatemaltecas.

5.- Alcanzar un grado de unidad nacional que evite el choque entre los distintos sectores socio económicos del país y aprovechar el progreso mediante una convivencia armoniosa y pacífica de los habitantes.

6.- Evitar el despilfarro de los recursos financieros en obras sin importancia para la vida social y económica de los habitantes, y procurar que las inversiones públicas y privadas se concentren en campos estratégicos, a fin de que las obras o actividades resultantes, constituyan focos de irradiación y de interdependencia y de integración económica y social.;

7.- Lograr con el estímulo y la acción estatal, un cambio de actitud de la población en sus distintos sectores, para alcanzar y disfrutar el progreso con optimismo y esperanza.

8.- Dar a la mayoría de la población, mayor acceso a la civilización y cultura, mediante el fortalecimiento o creación de centros urbanos importantes y de la colonización agraria integral;

9.- Procurar mayores oportunidades de trabajo y salud para los habitantes y aumentar la capacidad de compra, especialmente de los sectores más necesarios, para convertirlos en mejores consumidores estimulando así las diversas actividades y etapas productivas del país: y

10.- Aprovechar la potencialidad económica de los recursos naturales y del elemento humano para participar más activamente en el mercado común, en todo el proceso de la integración centroamericana, así como para industrializar el país y aumentar nuestras exportaciones.

Metas Globales Del Plan:

La meta general del plan es alcanzar al final del quinquenio un incremento de la producción neta del país en aproximadamente Q.505.00 millones de quetzales. Para alcanzar esta meta es preciso un esfuerzo sistemático que garantice que la producción crezca a razón de 6.8% anual.

Este crecimiento será el resultado de la puesta en marcha de programas específicos de inversión y producción, en el sector público, la agricultura y la industria fundamentalmente, así como un reordenamiento de los recursos financieros.

Medidas Estratégicas Para Alcanzar El Desarrollo:

- 1.- Realizar la colonización agraria, en las tierras del estado ubicadas en Alta Verapaz, Quiché, parte de Huehuetenango, Izabal y el Petén.
- 2.- Procurar la reestructuración urbana de ciertas áreas estratégicas del país, capaces de constituir fuerzas

que den mayores oportunidades a la población abandonada y dispersa en el territorio nacional, con grandes deficiencias culturales, sociales y económicas.

3.- Lograr la reestructuración financiera y bancaria con mecanismos capaces de incrementar la magnitud de los capitales de las empresas privadas y proporcionar mayores oportunidades de inversión a los diversos estratos sociales del país, estimulando la formación de sociedades anónimas, financieras con la participación de amplios sectores de la población.

4.- Impulsar el proceso industrial, estimulando la creación de empresas de las cuales deben utilizar materias primas nacionales y que el Estado proporcione apoyo a los capitales que se canalicen a la explotación intensa de los recursos naturales.

5.- Reestructurar la economía del altiplano con la creación de centros regionales para coordinar el de-

sarrollo rural.

6.- Dar apoyo irrestricto a la organización de los productos agrícolas e industriales para que puedan obtener mayores beneficios en la comercialización de sus productos.

7.- Orientar las inversiones para que los naturales derivados de la riqueza marítima, minera y forestal sean accesibles a la explotación y a la comercialización.

8.- Fortalecer la balanza de pagos mediante estímulos estatales al incremento y diversificación de las exportaciones, sustitución de importaciones y fomento intensivo del turismo.

9.- Orientar la política fiscal para que el Estado dedique mayores recursos a las inversiones públicas y reduzca en lo posible los gastos corrientes.

10.- Capacitar, al elemento humano al servicio del Estado y a la fuerza laboral dedicada a las diversas acti-

vidades económicas y privadas, con el fin de contar con personas capaces de acelerar el desarrollo.

II.-Coordinar la actividad de carácter social y las de carácter económico y los programas de desarrollo de la comunidad. con los objetivos y la política del plan General de Desarrollo Económico y Social.

LA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL PANORA-  
MA MUNDIAL

La limitación del crecimiento de la especie humana ha sido contemplada desde épocas muy antiguas en todas las razas, habiendo datos históricos desde 3,000 años antes de Jesucristo, utilizando para tal fin diversos e ingeniosos procedimientos, al mismo íque colaboraron para ello los factores físicos, epidemias y las guerras.

El auge actual tiene lugar a partir de la lucha librada en los EE.UU por Margaret Sanger, suceso ampliamente difundido.

En el año de 1952 se funda la IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar) organización de proyección mundial que tiene los siguientes fines:

- 1.- La planificación familiar debe ser un derecho humano fundamental.
- 2.- El balance de la población y los recursos es una con-

dición para la felicidad humana, prosperidad y la paz.

SUS PROGRAMAS:

a Educación Sexual

b Orientación Matrimonial

c Estudio de la pareja Esteril PLANIFICACION FAMILIAR°.

d Educación Anticonceptiva

Hace efectivos sus programas a través de organismos por ella subvencionados en todos los países del mundo).

Constituye un movimiento social relativamente nuevo, su rápida aceptación y difusión lleva hacia una transformación social efectiva, al querer proporcionar a cada individuo completo bienestar social, físico y mental.

Es la formula que se ofrece como solución al problema planteado por:

La explosión demográfica (explosión de la población)

La sobre población (explosión demográfica) y disminución de los recursos para su sostenimiento.

En los países en vías de desarrollo: la enorme masa de seres humanos que viven sin llenar las necesidades más elementales, multiplicándose constante y exageradamente disminuyendo aún más sus niveles de bienestar si así puede llamarseles.

Como todo movimiento social cuenta con opositores, en nuestro medio el aspecto religiosos constituye talvez la barrera más fuerte para la difusión de la planificación familiar. La iglesia Católica en la última encíclica acepta el derecho de planear la familia y evitar lo hijos por razones socioeconómicas únicamente a través del ciclo. La decisión de aceptar los metodos anticonceptivos artificiales está aún pendiente de ser admitida por los altos prelados de la iglesia.

A continuación presento un resumen del Número Es-

pecial La Conferencia Mundial de la IPPF de junio de 1967.

Octava Conferencia de la FIPF (\*)

Evento que marcó la iniciación del mayor y más extenso congreso mundial que jamás se haya reunido para estudiar las implicaciones del crecimiento de la población para el bienestar y el desarrollo económico y social de las comunidades y las naciones. Dieron especial énfasis a la salud de la familia y el bienestar de la comunidad a través de servicios anticonceptivos adecuados que en el futuro serían cada vez más seguros y efectivos gracias a la investigación científica y a la experiencia clínica.

La conferencia se inició y terminó con un llamado al reconocimiento de que la oportunidad de decidir el número de hijos y el espaciamiento de los hijos es un derecho humano básico. En la clausura

(\*) Boletín especial de la IPPF sobre la octava conferencia mundial # 160 Junio 1967.

de la conferencia, Sir Colville-Deverell, secretario general de la FIPF dijo a los participantes: "Estando, tan convencido como yo lo estoy de la necesidad de acción inmediata en todos los países por motivos humanos y de salud; y también en la necesidad de acción en la mayoría de los países en desarrollo por razones económico-sociales.

Sesiones Generales:

Problemas Sociales y Económicos que derivan de los cambios de población.

1.- Estudio del moderno fenómeno de los rápidos cambios de población con un detenido análisis de sus efectos en el desarrollo económico y social de Latinoamérica.

2.- La aguda escasez mundial de alimentos, la grave amenaza a la calidad de la educación, el problema de vivienda y los peligros para la salud mental fueron es-

tudiados por la conferencia.

La OMS Aboga Por la Salud De Madres E Hijos:

La organización mundial de la salud, participando por primera vez en una conferencia de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, estableció en el segundo día de trabajo que existe un nexo definitivo entre un número excesivo y demasiado frecuente de alumbramientos y la salud y supervivencia de Madres e Hijos. El Dr. Alexander Kessler, Jefe de la Unidad de Reproducción Humana de la OMS, dijo: "Un exceso de alumbramientos parece disminuir la eficiencia de los procesos fisiológicos de la reproducción y van asociados a una creciente mortalidad de los recién nacidos y de las madres".

"La reducción de la mortalidad infantil y el aumento de las expectativas de supervivencia del niño

son factores básicos para el desarrollo de la paternidad responsable". Es un contexto como éste, de estímulo de la salud Maternidad Infantil, donde puede realizarse en forma más segura y efectiva la planificación de la familia y la regulación de la fecundidad.

El Dr. Roberto Rueda Williamson, Director del Instituto Nacional de Nutricional de Colombia desarrolló el tema de la salud del niño. Dijo que en varios países en vías de desarrollo existe una grave desnutrición de proteínas en los menores de cinco años, acompañada de un atraso del desarrollo físico y mental. Los estudios indican que las familias pertenecientes a los estratos más bajos tienen más hijos que las familias de las clases más altas. Los niños consumen una cantidad de menor alimentos, viven en peores condiciones sanitarias y sus padres poseen poca educación e ingreso bajo. Se ha comprobado, dijo, que la desnutri-

ción en los niños de edad preescolar es causa de atraso mental y físico.

El profesor G. W. Roberts, de la Universidad de las Indias Occidentales, de Jamaica, expresó: será preciso una política Gubernamental especialmente encaminada al efecto.

Una fecundidad elevada, lejos de disminuir con el progreso económico y social como sucedió durante la lenta industrialización de los países desarrollados, impediría seriamente los mismos progresos económicos y sociales de los que se supone debe ésta partir".

Al llegar la conferencia a la consideración de los factores educativos, emergieron tres temas principales:

- 1.- La necesidad de una política educativa y un buen cuerpo de personal sanitario para llevarla a ca-

bo.

2.- La educación sanitaria se describió como un pre-requisito para el éxito de la planificación de la familia.

3.- Necesidad de que las Universidades y Escuelas Médicas realicen estudios sobre asuntos relacionados con el desarrollo popular, sus causas y efectos.

#### El Aborto Como Problema Mundial:

Se hizo un examen exhaustivo del problema mundial del aborto considerandolo como un grave problema sanitario y " La epidemia más grande de nuestro tiempo" se reveló que ningun país está inmune a las graves implicaciones para la salud maternal y a la creciente presión sobre las facilidades médicas causada por el fracaso en combatir el aborto tanto legal como ilegal mediante servicios anticonceptivos adecuados.

En norteamérica el problema del aborto es "como una iceberg - la pequeña porción visible - el aborto tera-

peútico - es libremente discutido , pero la porción mayor y mucho más mortal - El aborto criminal ilegal- aún permanece semi-oculto, escasamente tocado por los adelantos de la ciencia moderna o los progresos de la sociedad moderna".

Estado Actual De Los Programas De Planificación De

Familia De La FIPF:

Fué dedicada una sesión especial a la revisión del Estado actual de los programas de planificación de familia en cada región de la FIPF. Se incluyeron informes de cada país dentro de la región y varios nuevos factores fueron dados a conocer.

Todos los países de América Latina, excepto Bolivia, poseen actualmente una asociación de planificación familiar y entre ellos, 17 programas están recibiendo al menos cierto apoyo del Gobierno. Chile sigue a la vanguardia. La Dra. Pfau informó que

las asociaciones de cuatro naciones latinoamericanas, Honduras, México, Brasil y Costa Rica, han pasado a ser, miembros titulares de la Federación Internacional de Planificación de la familia. A pesar de que el gobierno de México no posee una política de población, permite que se destine el uso de algunas instalaciones sanitarias del gobierno a la planificación familiar y concede exención de impuesto a la fundación para Estudios de Población. El gobierno de Costa Rica es cooperativo y se encuentran avanzadas las negociaciones para asegurar una política decidida del gobierno y establecer un programa en los centros de salud pública. La asociación de Honduras cuenta con el pleno apoyo moral del Gobierno. y Los servicios anticonceptivos forman parte del servicio de salud Materno-Infantil. La falta de personal; adiestrado que proporcione conocimientos y habilidad médica, educativa y administrativa fue reconocida como el

factor más importante en los informes de progresos .

Dos indicios estimulantes, dijo la Sra. Goh, eran la creciente participación de la profesión médica y las actividades y publicaciones de las naciones Unidas y otros organismos "cuyas actividades y publicaciones han añadido pero a los argumentos que favorecen la incorporación de los servicios de planificación familiar en los programas sociales y médicos gubernamentales.

#### Medio Billón Aún no Alcanzados Por Los Servicios

##### De Planificación De La Familia:

El Dr. Notestein señaló que "más de medio billón de personas aún viven en naciones donde los primeros pasos hacia los programas de planificación de familia no han sido dados todavía", y el Dr. Harkavy advirtió que aún era muy temprano para medir los efectos de los programas nacionales sobre la fertilidad

de los países . El Dr. Notestein criticó la falta de vigor con que se habían inaugurado los programas en las naciones menos desarrolladas y dijo que en tanto había habido una revolución en la tecnología anticonceptiva y la experiencia práctica y los estudios científicos habían demostrado que " los hombres y las mujeres que desean la planificación de la familia representan una considerable mayoría en los países en desarrollo", fondos insuficientes, la administración de bajo nivel o ineficiente y la atención insuficiente a la logística y a los programas educativos habían detenido la realización intensiva de la planificación de familia aún en aquellos países que habían desarrollado programas y políticas. El Dr. Jae Mo Yang, Profesor de Medicina Preventiva de la Universidad de Yonsei, de Seul, Corea, dijo que podría aumentarse la eficacia de los programas de planificación familiar en gran escala en los países subdesarrollados, abandonando los

métodos anticuados de anticoncepción y haciendo grandes esfuerzos por contrarrestar el índice de fracasos y efectos laterales menores de los Dios.

El Papel De La Profesión Médica:

" Las profesiones de la salud tienen un sitio de preferencia en el anfiteatro mundial, para observar hasta qué punto las naciones en vías de desarrollo se encuentran obstruidas, y en algunos casos abrumadas, por la verdadera plaga de langostas que significa un exceso de personas en muy poco tiempo"

2.- Sesiones de Ciencia Básica:

Los Factores Masculinos en la Reproducción:

Las investigaciones que puedan llevar eventualmente al desarrollo de un nuevo anticonceptivo masculino fueron el tema de la primera sesión de Ciencia básica celebrada en el Teatro Municipal el 11 de abril, Varios científicos describieron el trabajo experimental

que se está realizando ahora y que podría conducir a un anticonceptivo mediante el cual el hombre podría ser inmunizado contra su propia esperma.

1.- Autoinmunización Antiespermática; el Dr. Roberto Mancini, profesor de Histología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, describió experimentos realizados en animales y seres humanos basados en la inyección de anticuerpos antiespermáticos y que han dado por resultado la inmunización por un período de 4 a 5 meses.

2.- El Profesor Mario Burgos Director del Instituto de Histología y Embrilogía en la escuela de Ciencias Médicas de Mendoza, Argentina, informó sobre los estudios que se realizan acerca del camino que recorren los espermias. Sugirió que una alteración del esquema normal de digestión intracelular de las partículas coloidales a lo largo del camino recorrido podría permitir el

paso de partículas no digeridas o digeridas en forma incompleta , provistas de propiedades antigénas.

3.- El dr. I.G. White, del Departamento de Fisiología Veterinaria de la Universidad de Sydney, informó acerca de algunos trabajos altamente experimentales que se vienen realizando para determinar la composición química del semen.

4.- El Dr. J. D. Biggers de la Escuela de Salud Johns Hopkins, de los Estados Unidos , dió a conocer los experimentos relacionados con la función de la hipófisis en la producción de hormonas gonadotróficas Fsh y LH, en su relación con el mecanismo de la espermatogénesis.

#### Transporte Ovulatorio y Fertilización:

El Dr. Amiya B. Kar, jefe de la división de Endocrinología del Instituto Central para la investigación de Drogas de Lukniw, India, sugirió que "ser-

"existe la posibilidad de desarrollar un DIU de diseño y material adecuado" de modo que tenga un solo punto de impacto sobre el mecanismo reproductivo, en el lugar de, como sucede actualmente, "actuar simultáneamente sobre diferentes puntos del mecanismo reproductivo."

#### Fisiología Uterina e Implantación:

Los avances logrados en la investigación de nuevos anticonceptivos posteriores al coito o "de la mañana después" cuya acción consiste en impedir la implantación de un hueco fertilizado, fueron analizados por científicos de India, Australia, Israel y Chile.

El profesor M. C. Shelesnyak del Instituto de ciencias Weizman, de Israel, predijo un exitoso futuro para esos anticonceptivos, que él denominó "posteriores al coito pero anteriores a la concepción. Manifestó que por lo menos un anticonceptivo posterior al coito, ergocorina, está siendo sometida a pruebas clínicas para comprobar

su eficacia en la interrupción de la nidación en el ser humano".

Los mecanismos de acción de diversos anti-estrógenos en relación a su interferencia de la implantación fueron descritos por el profesor M.N.R. Prasad de la Universidad de Delhi, India. Experimentos realizados en animales, dijo, pusieron de manifiesto seis mecanismos básicos de acción en un grupo de compuestos estudiados. Estos van desde la aceleración del paso de los huevos por las trompas de Falopio de manera que estos no tienen tiempo de ser fertilizados, hasta impedir que los tejidos que revisten el útero se preparen para la implantación de un huevo fertilizado.

El Dr. Jaime Zipper, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile informó acerca de experimentos realizados en ratas para producir cambios en el endometrio, de modo que no pueda tener lugar la

implantación.

El profesor ;Elsimar Coutinho, de la Universidad de Bahía, Brasil, describió experimentos que, según manifestó, implican " un nuevo concepto de la fisiología uterina", a saber, que la administración de estrógenos produce " una marcada disminución de la actividad uterina" Algunos observadores sugirieron que, de ser acertada esta hipótesis, podría disminuirse la tasa de expulsiones de los DIU, administrando estrógenos a continuación de la inserción, con lo que se suprimiría a la actividad del útero similar a la del parto.

#### Eje Hipotálamo- Hipófisis Gónadas

Los efectos de los compuestos esteroidales y no esteroidales sobre el proceso reproductivo fueron discutidos por el Dr. Somnath Roy, Director Encargado de la Dirección de Investigación Biomédica del Instituto Central de Planificación de la Familia en Nueva Delhi, quien

dijo que la clomifena, una substancia no esteroidal habia demostrado ser efectiva en inducir la fertilidad en mujeres, al competir con los estrógenos naturales por los sitios receptivos. El descubrimiento del mecanismo de acción de la clomifena presentó otras importantes posibilidades, particularmente que en bajas dosis - por lo menos en la rata - pueda estimular a la hormona luteoestimulante (LH) de la pituitaria y por lo tanto puede ser útil para provocar el acceso de la pubertad en aquellos en que se ha retrasado. El Dr. Carlos Gual, jefe de la División de Investigaciones y el Departamento de Endocrinología del Instituto Nacional de la Nutrición, México, habló de las investigaciones sobre los mecanismos de acción de agentes antiovulatorios orales. Dijo que trabajos previos sugerían que los fármacos orales funcionaban ya sea inhibiendo la producción de

gonadotróficas hipofisiarias o suprimiendo el efecto estimulante de las hormonas gonadotróficas sobre el ovario.

Sesiones Médicas:

En las dos importantes sesiones médicas, a las que asistió un nutrido auditorio, se reseñaron detenidamente estudios sobre recientes adelantos en el control biológico de la fertilidad y de la experiencia clínica con dispositivos intrauterinos, .

Recientes Progresos En El Control Biológico De La Fertilidad:

El Dr. Jorge Martínez Manautou, Director de Investigaciones del Instituto de Previsión Social de México, informó que los productos de dosis mínimas - que se toman todos los días del año - han demostrado ser "un muy eficaz método para regular la fertilidad. Representan el "primer anticonceptivo hormonal que no depende primariamente de la inhibición de la ovulación", ya que un 70 por

ciento de las 1.123 mujeres mexicanas que estudió durante 13.202 ciclos menstruales ovularon durante el tratamiento. Sólo seis mujeres embarazaron como consecuencia de fallas del método, dijo, aunque otras 30 se embarazaron porque olvidaron tomar algunas de las píldoras - inconveniente que podría solucionarse embasando las píldoras de modo que las madres se dieran cuenta de las omisiones. Encontró una baja incidencia de efectos laterales, a excepción de sangrado, ("Breakthrough Bleeding") que se manifestó en el 13 por ciento de los casos estudiados.

El Dr. John McLean Morris, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, analizó la llamada "Píldora de la mañana posterior". Dijo que alrededor de seis días entre la fertilización e implantación, es probable que cualquier sustancia estrogénica administrada en dosis suficientes impedirá la implantación y, por lo tanto, el embara-

zo. El Dr. Edwaud Tyler, Profesor de la Escuela de Medicina de los Angeles (Universidad de California) analizó los nuevos anticonceptivos inyectables. Dijo el Dr. Tyler que en un estudio de dos años de duración, que abarcó a 150 pacientes de los Estados Unidos que usan anticonceptivos inyectable administrado solo una vez cada tres meses, se obtuvo un 100 por ciento de protección contra el embarazo. La recuperación de la fertilidad, informó se produjo al menos seis meses después de interrumpidas las inyecciones y se produjeron algunos efectos laterales, especialmente problemas de sangrado "cuya importancia tendría que ser evaluada en estudios en gran escala". El Dr. Tyler dijo que "a pesar de que la tardanza en recuperar la fertilidad podría ocasionar problemas en algunas partes, es posible que este método revista considerable importancia como medida general de control de la

natalidad". Un estudio realizado en 600 mujeres atendidas en las clínicas de planificación de la familia de Ceilán, demostró que la administración de grandes dosis de fármacos orales después del parto reduce de manera significativa el período de lactancia - factor de suma importancia en naciones donde la leche materna es fundamental para la nutrición de los recién nacidos. El análisis de la terapia secuencial anticonceptiva efectuado por el profesor Rodney Sherman de la Universidad de Sydney, demostró que todos salvo uno de los productos actualmente en uso acusaron una tasa de embarazos "aceptable", con un promedio de 0.3 por cien mujeres años. El Dr. Roberto Nicholson, profesor de Ginecología de la Universidad de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires describió a grandes ras-

gos los efectos laterales a largo y corto plazo de los fármacos orales actualmente en venta. Informando acerca de un estudio realizado en 355 pacientes particulares de Argentina, a las que se administró 6 tipos básicos de anticonceptivos orales, y que abarcó 4.652 ciclos menstruales, concluyó que con la mayoría de ellos la protección contra el embarazo se encuentra "asegurada" y que los efectos esterilizantes son "Reversibles" cuando la mujer desea quedar embarazada". Manifestó que las actuales píldoras anticonceptivas no son, sin embargo "una panacea" ya que "con bastante frecuencia" se producen efectos laterales como náuseas y vomitos y más del 38% de las pacientes estudiadas tuvieron síntomas lo bastante graves como para exigir la suspensión del tratamiento o cambio de medicamento. No obstante, dijo que la píldora había aumentado el goce sexual "sin interferencia mecánicas", entre las pa-

rejas casadas. Dijo el Dr. Lunenfelo que el uso de gonadotrofina y clomifena humanas "en pacientes adecuadamente seleccionados" puede inducir el embarazo en 40-70% de mujeres hasta ahora estériles. Estos compuestos son muy efectivos, dijo en pacientes que prestan insuficiencia, carencia, pérdida ó falla de producción de gona dotrofinas, o liberación anormal (la clomifena solo resulta efecaz en el último caso).

Médicos y científicos reunidos examinaron exhaustivamente los dispositivos intrauterinos - que tan eficaces son para evitar el embarazo; cuál es su aceptabilidad entre las mujeres de distintas partes del mundo; cuál es el momento óptimo de inserción para su eficacia y seguridad máxima, cuáles son los peligros de infección y cómo afecta la lactancia cuando es insertado después del parto. El Dr. Tietze, Director Asociado de la División Bio-Médica del

consejo de población, informó acerca uno de los estudios más amplios que se hayan efectuado hasta ahora acerca de los DIU. Un estudio de aproximadamente 24,000 mujeres - la mayoría norteamericanas mostró que por una razón u otra, transcurridos 4 años casi la mitad habían abandonado el uso del dispositivo. Manifestó que las tasas de interrupción del uso eran de 20% hacia fines del primer año, 30% al finalizar el segundo año, 40% a fines del tercer año y 50% al finalizar el cuarto año la Mayoría de los datos proporcionados correspondieron a cuatro tipos de DIU: el SAsa de Lippes, el Moño de Birnberg, la espiral de Marguilles y el anillo de acero inoxidable. Las tasas de embarazo con el dispositivo en su sitio, dijo, fluctuaron entre 2.2 por 100 para la espiral grande a 16.1 por 100 para el moño pequeño. El anillo de acero inoxidable, dijo, también acusó una tasa elevada de embarazos. Los casos en que fue preciso sacar

el dispositivo por sangrado y dolor, manifestó, fueron menos entre las mujeres que habían tenido varios hijos; pero al mismo tiempo, las tasas de embarazo con el dispositivo en su sitio fueron más altas entre estas mismas mujeres. La Dra. Lidia Andolsek, de Yugoslavia, que aplicó DIU en 248 mujeres después del primer aborto informó que había encontrado una tasa muy elevada de retención de los DIU - 88% al cabo de 14 meses.

El Dr. Jaime Zipper, de Chile, también informó acerca de una tasa extraordinariamente alta de retención del DIU. En efecto comprobó que el 65% de 6.000 mujeres a quienes se había insertado el anillo de nylon en 1959, seguían usándolo en forma satisfactoria, sin embarazos, casi cinco años después. El Dr. Zipper y sus colegas encontraron que las primeras expulsiones eran algo más frecuentes que con

los otros DIUs, pero después de la segunda inserción, la tasa se acercaba al promedio (7%). El Dr. Carlos Gómez Rogers, de Chile, informó que las mujeres que usan dispositivos intrauterinos después del parto tienen un período más largo de lactancia. El Ginecologo-obstetra jefe del Ministerio de Salud de Singapur se refirió a un estudio de aproximadamente 9.000 mujeres del hospital de Maternidad de Kandang Kerbau, sobre el momento óptimo para aplicar los DIUs, después del alumbramiento. Su estudio demostró que, mientras que la expulsión de los DIU era mayor inmediatamente después del parto, la tasa de embarazos y esas ectópicas era inferior. Dos científicos informaron acerca del peligro de infección proveniente de la inserción de inserción de DIU. La Doctora Eneida Aguilera, profesora ayudante de Ginecología en el hospital Clínico José J. Aguirre de Santiago, dió a conocer que estudios de tejidos del en-

dometrio realizados en unas 325 mujeres de Santiago demostraban que en un 34.5% del los casos se producía endometrio, el profesor Daniel Mishell, del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de los Angeles declaró que el leve riesgo de que la aliación del DIU pueda causar una infección aguda "se justiffca al compararlo a la alta incidencia de pacientes que desarrollan infecciones agudas e incluso mueren, como consecuencia de los abortos criminales inducidos".

El Dr. Anfbal Rodríguez, titular de la Cátedra de Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Santiago , presentó un informe acerca del "método del Ritmo" aprobado por la iglesia católica. Dijo que a pesar de que el método del ritmo, o de abastinancia periódica "es el que produce menos efectos laterales e involucra el menor

riesgo....." es muy selectivo y restrictivo, difícil de seguir y requiere una fuerte motivación de la pareja, apoyada por un consultor experimentado". Describió un estudio realizado el 1.700 mujeres de clases medias y baja que recibieron ayuda con este método, durante un período superior a dos años. Dijo que se registraron 187 embarazos durante el estudio y que se calculó una tasa de embarazos de 7.8 por 100 mujeres años de exposición. Sin embargo en dos estudios posteriores, el Dr. Rodriguez registró una tasa de embarazos de 30.1% y 68.5% por 100 años mujer de exposición.

PRESENTACION DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN  
(\*)  
GUATEMALA A FAVOR DE AL PLANIFICACION FAMILIAR

La inquietud en nuestro país por la planificación familiar se remonta a un lustro más o menos, pero se considera como pionero de esta actividad en Guatemala, al Dr. Ricardo Castañeda ya que en el año 1951 consideró la planificación familiar como una medida para contrarrestar el aborto en nuestro país.

En el año de 1964 se otorga personería jurídica a la Asociación pro bienestar de la Familia Guatemalteca, la cual después de considerar los diversos trabajos publicados en el campo médico y social decide abrir la primera clínica en Enero de 1965, que funciona inicialmente en el Hospital Latino Americano.

El personal de la Clínica se reducía a 5 miembros:

(\*) Dr. Roberto Santizo. Publicación, Planificación Familiar en Guatemala y Su Futuro.

- 1.-Un Médico Ginecólogo
- 2.-Una Enfermera
- 4.-Dos Trabajadores Sociales
- 5.-Una Secretaria

Este personal se ha visto aumentado por la demanda encontrada por e stos servicios dentro de la gente de escasos recursos.

Las Actividades Desarrolladas:

- 1.-Educación y Asistencia Anticonceptiva;
- 2.-Estudio de la Pareja Esteril
- 3.- Educación Sexual

Educación Y Asistencial Anticonceptiva:

Como requisito para al atención en la clinica se solicita una carta del esposo o conyugue, luego se proporciona:

- 1.-Platicas sobre los diferentes métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas de cada una de ellos, y observaron la inclinación de las parejas por los dispo-

sitivos intrauterinos y las tabletas orales.

2.-Encuesta Social

3.-Encuesta Social

4.-Examen Médico

Examen de Papanicolau, con el cual se cubre el 80% de las pacientes, con colaboración de la Liga el Canter.

Presentó a continuación el resumen de la actividad de la clinica de planificación Probienestar de la familia Guatemalteca de Enero de 1965 a abril del 66 que nos dan una idea precisa de la aceptación del sistema;

<u>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS</u>	<u>1661 mujeres</u>
<u>Tabletas Orales</u>	<u>590</u>
<u>Jaleas Vaginales</u>	<u>4</u>
<u>Diafragmas</u>	<u>2</u>

<u>EMBARAZOS</u>	<u>19 casos</u>	<u>EXTRACCIONES</u>	<u>26 CASOS</u>
		<u>Causa:</u>	
Dispositivo in situ	11 "	Hemorrhagia	13 "
Dispositivo fuera de lugar.	5 "	Infección	5 "
		Dolor	3 "
Dispositivo Indeterminado	3 "	Sin Dato	5 "

15% a 20%: Son pacientes que no han vuelto a control.

40%: De las pacientes con tratamiento oral dejan de ir a la Clínica para control.-

En el mes de julio del presente año se firmó un convenio con el Ministerio de Salud Pública, que permite a los médicos de los Centros de Salud del Estado, que colaboran con la clínica de pro-bienestar de la Familia Guatemalteca, proporcionar la actividad anticonceptiva dentro de las actividades a desarrollar por esas instituciones, pero carece de apoyo oficial.

La actividad desarrollada en veinte centro de salud,

localizados en los siguientes departamentos:

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| A. Escuintla   |                      |
| B. Cuilapa     | M. Puerto Barrios    |
| C. Zacapa      | N. Jalapa            |
| D. Chiquimula  | Ñ. Retalhuleu        |
| E. Coatepeque  | O. Malacatán         |
| F. Totonicapan | P. Sololá            |
| G. Mazatenango | Q. Huehuetenango     |
| H. San Marcos  | R. Chimaltenango     |
| I. Antigua     | S. San Pedro Carchá. |
| J. Salamá      |                      |
| K. El Progreso |                      |
| L. Tiquezate   |                      |

Los resultados de esta actividad en el area rural son los siguientes; durante los meses de agosto y septiembre:

Dispositivos Intrauterinos	406 casos
Píldoras Orales	190 "

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (\*)

Esta institución cuenta con programa de protección Materno-Infantil, durante su desarrollo ha confrontado con el problema del aborto.

Costo de la Atención de un parto	Q104.50
Costo de la atención de un aborto	Q 83.57

En vista de este problema dicha institución decidió inaugurar una clínica de orientación familiar en junio de 1965.

Sus Programas:

1. Educativos: a) Educación sexual  
b) Orientación pre-matrimonial  
c) Campaña preventiva del Aborto.
2. Servicio Anticonceptivo
3. Investigación Socio-económica.

Hasta el 12 de junio de 1966, un gran total de 3,005 pacientes son controlados con métodos anticonceptivos en la república de Guatemala.

(\*) Aborto Ilegal como problema social trabajo presentado al primer seminario Centroamericano de Demografía y Planificación en Tegucigalpa, Honduras.

El Estado:

El gobierno de la república no da apoyo oficial a la planificación familiar, dentro de los aspectos preventivo y asistencial que cubre.

La reciente actividad de la planificación familiar desarrollada en algunos de sus centros fué expuesta al presentar la actividad de la asociación probienestar de la familia Guatemalteca.

Los servicios anticonceptivos no forman parte del servicio Materno Infantil, excepto la actividad desarrollada por IGSS.

Universidad de San Carlos de Guatemala:

La actividad encontrada en el aspecto de problemas de población se limita a las siguientes actividades:

- 1.- Primer estudio demográfico en la República de Guatemala, patrocinado por la agencia de desarrollo

internacional, que concluyo el 30 de julio del presente año, con participación del departamento de demografía de la Facultad de Ciencias Médicas, recientemente creado.

- 2.- Escaso número de clases teóricas sobre los problemas de población en la Facultad de Ciencias Médicas.
- 3.- El departamento de Demografía creado por la Universidad de San Carlos en la sección de estudios Básicos aún no contempla dentro de sus proyectos aspectos relacionados con el tema tratado en este trabajo.
- 4.- La Universidad de San Carlos de Guatemala, se esta rezagando en relación a otras universidades de la America Latina, que ya contemplan dentro de sus programas actividad en relación a la planificación familiar y los problemas de la población.

Estudio de 100 Grupos Familiares:

A.- Objetivos del Estudio:

- 1.- Conocer las condiciones socio-económicas, cul-

turales y ambientales al nivel del grupo familiar, dentro de la población menos favorecida en el ambiente hospitalario.

2.- Evaluar el conocimiento de los métodos anticonceptivos y los problemas de una familia numerosa.

3.- Intentar conocer las razones por las cuales estos grupos familiares llevan a sus hijos en estados nutricionales precarios.

4.- Conocer la forma en que se atiende en los centro de asistencia estatal los conceptos del punto 2.

B.- Material Y Metodos:

1.- Muestra:

Las familias utilizadas en el estudio fueron las de niños a hospitalizar en el departamento de Pediatría del hospital Roosevelt, admitidos en su mayoría con el diagnostico principal de desnutrición, por lo

...ual los consedere como representativos de los grupos  
...menos favorecidos dentro de la población hospitalaria, da-  
...da la frecuencia con que se presentan estos casos en el hos-  
...pital.

Las familias se estudiaron durante un corto perio-  
do de tiempo en el mes de Mayo de 1967 hasta comple-  
tar 100.

## 2.- Metodos:

Para el estudio de estos grupos se emplearon:

- A. Entrevistas personales con las madres de los niños en el hospital.
- B. Visitas domiciliarias.
- C. Estudio de los registros Clínicos.
- D. Fichas del servicio Social de cada caso. Así como revisión de su archivo.

### A.- Entrevistas Personales:

Se realizaron con las madres de los niños al hos-

hospitalizar al niño y en los días de visita a las salas del hospital. A cada una se explico la razón de la entrevista, obteniendose de todos su colaboración=

B.-Visita Domiciliaria:

Esta visita se efectuó en el 20% de las familias y sirvió para comprobar algunos de los datos brindados por las madres.

C.- Estudio de Registro Clínicos:

De los registros clínicos se obtuvieron datos relacionados con: la edad de los niños, número de ingresos, diagnósticos y procedencia.

C.- Fichas Y Archivo Del Servicio Social:

En la revisión de las fichas del servicio social se comprobó algunos de los datos proporcionados por las madres, los casos de este estudio pasaron a formar parte del archivo del Servicio Social y al revisarlo encontré en él, un número mayor de casos con

as características semejantes a las que se presentaron  
como resultado de este estudio.

D.- Ficha de Encuesta:

El departamento de Medicina Preventiva y Social de  
la Facultad de Ciencias Médicas me proporcionó los for-  
matos para la clasificación de vivienda y Status Social,  
utilizados en la Cátedra de Medicina Social, agregando-  
seles un pequeño cuestionario orientado al conocimiento de  
la planificación familiar y los problemas en relación a este  
tema.

FICHA DE ENCUESTA:

Nombre:

Edad: Padre: Madre:

ocupación Padre: Madre:

Edad de la primera relación sexual materna.:

Número de hijos: vivos: muertos:

Atención Obstetrica:

Conocimiento de Métodos

anticonceptivos:

Deseos de tener más hijos y

razones:

Alcoholismo Paterno:

Si: no: Cuales:

Procediendose luego a llenar para cada uno los formatos que a continuación se presentan

Ejercicio No. 5

- I. Tenencia
  - 1. Propietario ( )
  - 2. Inquilino ( )
  - 3. Huésped ( )
  - 4. Improvisada ( )
- II. Convivencia
  - 1. Menos de 5 ( )
  - 2. 5 a 10 ( )
  - 3. 10 a 15 ( )
  - 4. Más de 15 ( )
- III. Construcción
  - 1. Mixto (formal) ( )
  - 2. Adobe o madera (formal) ( )
  - 3. Adobe o madera (Informal) ( )
  - 4. Barro o sobrantes ( )
- IV. Superficie por Persona
  - 1. Más de 30 m2. ( )
  - 2. 20 a 30 m2. ( )
  - 3. 10 a 20 m2. ( )
  - 4. menos de 10 m2. ( )
- V. Promiscuidad
  - 1. Ninguna Promiscuidad ( )
  - 2. Juntos o con sus padres ( )  
(niños de 0 a 12 años)
  - 3. Juntos o con sus padres ( )  
(niños mayores de 12 años)
  - 4. Comparten la cama niños ( )  
(citados en punto No.3)

- VI. Privacidad
  - 1. Cuarto y Baño individual
  - 2. Cuarto individual-baño común
  - 3. Cuarto y baño comunes  
(camas Individuales)
  - 4. Cuarto, baño y camas comunes  
por razones de pobreza
- VII° Abastecimiento de Agua
  - 1. Por paja o canon
  - 2. De Pozo
  - 3. No hay se compra en botes  
para beber y lavarse.
  - 4. No hay, se compra solo para  
beber.
- VIII. Evacuación de Excretas
  - 1. Inodoro con alcantarillado
  - 2. Letrina o inodoro con fosa  
septica
  - 3. Letrina con foso ciego
  - 4. No hay servicio de evacuación
- IX. Ventilación y aseo
  - 1. Abundantes
  - 2. Regulares
  - 3. Escasez
  - 5. Sin ventilación y aseo.
- X. Iluminación
  - 1. Abundante Nat. y Eléctrica
  - 2. Regular Nat. y Eléctrica
  - 3. Muy escasa Nat. y/o Elec.
  - 4. Muy escasa Nt. y con can-  
delas.

untuación: (4= 2.5) (3=5) (2= 7.5) (1=10)

Escala Total de 25 a 100 Puntos.-



IX. SERVICIO MEDICO

1. Medicina casera y empirica
2. Público gratuito
3. IGSS o público
4. IGSS o privado
5. Exclusivamente privado de alto costo

X. RECREACION

- Nada o poquísima
2. Radio y espectáculos (clase popular)
  3. Radio, TV. y espectáculos (clase media)
  4. Paseos habituales al exterior
  5. Casa de ffn de semana

TOTALES

Diferencia a favor de....

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OBSERVACIONES

- I. Calificar solamente una de las cinco posibilidades de cada rubro. tomando en cuenta que:
  1. El valor de cada posibilidad en puntos es la siguiente:  
(1=2 (2=4) (3=6) (4=8 (5=10)
  2. si hay varias opciones correctas, debe calificarse solamente la opción más alta de las mismas.
- II. Sumar los resultados y poner las cifras correspondientes en "totales"
- III. Anotar los puntos de diferencia encontrada en el rubro y columna correspondiente.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del Jefe de Familia Calificado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dr. Manuel A. Girón  
Catédrico

I      II      III      IV      V      VI      VII      VIII      IX      X

IAS: I. Estado Civil

II. Total de Ingresos

III. Vivienda

IV. Comida

V. Vestido

VI. Combustible y Luz

VII. Transportes

VIII . Nivel de Educación

XI. Servicio Médico

X. Recreación.

Nombre del Estudiante. \_\_\_\_\_

Fecha. \_\_\_\_\_

Dr. Manuel A. Girón  
Catedrático.

G:ca.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Datos en relación a los niños:

Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

Distribución por edades:

Grados de Desnutrición:

0 - 1 año	44 casos
1 - 2 años	38 casos
2 - 3 años	8 casos
3 - 4 años	6 casos
4 - 5 años	0 casos
5 - 6 años	1 caso
6 - 7 años	2 casos
7 - 8 años	0 casos
8 - 9 años	0 casos
9 - 10 años	<u>1 caso</u>
Total	100 casos

No desnutridos	4 casos
Desnutridos G I	4 casos
Desnutridos G II	14 casos
Desnutridos G III	<u>78</u> casos
Total	100 casos

Cuadro No. 3

Otras enfermedades concomitantes:

Enterocolitis	99 casos
DHE	79 casos
Anemia	60 casos
Parasitismo	30 casos
Bronconuemonia	10 casos
Tuberculosis	3 casos

COMENTARIO:

Los cuadros anteriores nos muestran, la temprana edad que estos niños son presa de la enfermedad (96 de los casos

menores de 4 años) y que todas ellas son previsibles.

Datos en relación al grupo familiar;

Cuadro No. 4

Lugar de Residencia:

Guatemala	69 casos
Sta. Rosa	18 Casos
Escuintla	6 casos
Izabal	2 casos
Progreso	1 caso
Zacapa	1 caso
Chiquimula	1 caso
Suchitepequez	1 caso
Chimaltenango	<u>1 caso</u>
Total	100 casos

Cuadro No. 5

Ocupación del Padre:

Jornalero	48 casos
Se ignora	12 casos
Albañiles	9 casos
Choferes	9 casos
Césantes	6 casos
Policías	4 casos
Mecánicos	3 casos
Bodegueros	3 casos
P. Contadores	2 casos
Aserradores	2 casos
Carreteros	1 caso
Fabricantes	<u>1 casos</u>
Total	100 casos

Cuadro No. 6

Ocupación de la Madre:

Of. Domesticos	90 casos
Sostenidas por el padre	10 casos
Venta verdura	2 casos
Modistas	1 caso
Tortilleras	1 caso
Invalida	1 caso
Enfermera	<u>1 caso</u>
Total	100

COMENTARIO

Los grupos familiares son sostenidos por el padre (90 casos), cuyas ocupaciones les da poca capacidad entre las exigencias de la sociedad moderna y un bajo poder adquisitivo.

Cuadro No. 7

Alcoholismo Paterno:

Positivo 60 casos                      Negativo 40 casos

COMENTARIO

Que actua como contribuyente a menoscarvar el escaso presupuesto dadas las ocupaciones citadas.

Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

Edad de las Madres:

Primera Relación Sexual:

15 a 19 años	15 casos
20 a 29 años	61 casos
30 a 39 años	22 casos
mas de 40 años	2 casos
Total	100 casos

Antes de 20 años	88 casos
20 a 25 años	7 casos
arriba 25 años	5 casos
Total	100 casos

Cuadro No. 10

Atención Obstetrica: (+)

Empirica	56 casos
Comadrona	
Graduada	44 casos
Total	100 casos

(+) Tomandose este dato con un solo parto atendido por personas con entrenamiento reconocido.

Número Total de Hijos:

En los 100 casos fué de 457 promedio por caso 4.57 el número de hijos vario de 1 a 20.

Cuadro No. 11

Promedio de hijos y grupos por edades de las Madres:

Edad de las Madres	Promedio de hijos
15 a 19 años	1.5
20 a 29 años	4.0
30 a 39 años	7.5
mas de 40 años	11.0 (+)

(+) El ascenso progresivo de la edad de la madre y el número de hijos es correlacionado hasta el grupo de 30-39 años, de mas de 40 años se constituyó por 2 casos que no permiten aceptar el promedio como algo representativo del grupo.

Los datos de los Cuadros 8, 9, 10 y 11 nos permiten hacer sobre ellos los comentarios siguientes:

- 1.- Un grupo mayoritario de las madres (son jóvenes, con un amplio margen de fecundidad, si tomamos en cuenta que la menopausia en nuestro medio se presenta entre los 40 - 45 años (76 casos menores de 30 años: 98 de los casos pueden tener teóricamente un mínimo de 3 hijos mas)
- 2.- Inicio temprano de la actividad sexual en este grupo, lo que da mayor margen para constituir familiar numerosas (88 casos antes de los 20 años)
- 3.- La atención obstétrica adecuada en este grupo es baja, (56 casos) si consideramos que se tomó en cuenta con una sola atención en el ambiente hospitalario.
- 4.- Aumento de la edad de la madre aparejado a un aumento similar en el número de hijos, elevado al hacer correlación con los datos de ingresos.

## Cuadro No. 12

Deseo de tener mas hijos:

Respuesta a favor	12 casos
Respuesta en contra	88 casos
Total	100 Casos

Razones expuestas:

En contra: argumentaron una sola razón: La socioecono-  
mica, considerando a un nuevo niño como una carga fa-  
miliar, siendo un producto no deseado.

A favor: Madres solteras y nueva convivencia	4 casos
Hogares con un sólo hijo	6 casos
Negación a control por Neg. del padre	2 casos

## Cuadro No. 13

Conocimiento de los metodos anticonceptivos:

	conocen	no conocen	utilizan
Anovulatorios (+)	21	79	13
Espiral (+)	21	79	3
Jaleas y Diafragmas	21	79	0
Esterilización (+)	21	79	5

Ritmo, preservativo Método conocidos en 87 de las pacien-  
tes, pero indican no utilizarlos.

Lavados, etc.

- (+) Anovulatorios 10 casos indicados por médicos y clínica de planificación
- (+) Espiral: colocadas en la clínica de planificación fam.
- (+) Esterilización, Procedimiento efectuado en el IGSS, de los cuales 3 casos su indicación fué razón socio-económica y número de hijos mayor de 8.

#### COMENTARIO

- 1.- La razón socio-económica fué la única razón presentada, para ya no tener más hijos, considerandolos como una carga al presupuesto familiar.
- 2.- Las razones a favor del deseo de tener más hijos son razonables en lo de los diez casos.
- 3.- Cifra alta de desconocimiento de los métodos anticonceptivos que dan un mayor margen de seguridad.
- 4.- Es interesante observar que de los 100 casos, 21 haya recibido los beneficios de la Planificación Familiar en una u otra forma.
- 5.- Los métodos por ellos conocidos, prácticamente no los utilizan.

STATUS SOCIAL

ESTADO CIVIL

1.- Soltero (corrientemente la madre)	6
2.- Divorciado o separados	14
3.- Viudo	0
4.- Viven juntos (unidos)	54
5.- Casados	26

TOTAL DE INGRESOS

1.- Bajo Q50.00	76
2.- 50.00 a 100.00	21
3.- 100.00 a 200.00	1
4.- 200.00 a 400.00	22
5.- Sobre Q400.00	0

VIVIENDA

1.- Covacha	18
2.- Construcción formal pobre condición sanitaria baja	50
3.- Construcción formal pobre condición sanitaria aceptable	20

- |                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 4.- Chalet o casa corriente     | 12 |
| 5.- Chalet o casa de alto costo | 0  |

COMIDA

- |  |    |
|--|----|
| 1.- Solo o casi vegetales<br>(verduras, legumbres, frutas)   | 68 |
| 2.- Proteinas animales muy escasas<br>(leche huevos, carnes) | 27 |
| 3.- Comida de lujo y escogida al gusto                       | 0  |
| 4.- Com ida regular, casera mixta y al<br>gusto              | 4  |
| 5.- Dieta bien balanceada y al gusto                         | 1  |

VESTIDO

- |   |    |
|---|----|
| 1.- Indigena y descalzo                   | 2  |
| 2.- Ladino y descalzo                     | 6  |
| 3.- Modesto y calzado (indigena y ladino) | 87 |
| 4.- De clase media, hecho en Guatemala    | 5  |
| 5.- Vestido extranjero habitual           | 0  |

COMBUSTIBLE Y LUZ

- |                    |    |
|--------------------|----|
| 1.- Leña y candela | 50 |
|--------------------|----|

COMBUSTIBLE Y LUZ

2.- Carbón o leña y luz electrica	35
3.- Gas o electricidad con estrechez	4
4.- Gas o electricidad habituales	9
5.- Gas o electricidad abundantes	2

TRANSPORTE

1.- Predominante a pie	75
2.- En bus habitual	22
3.- Usa bicicleta (propia)	3
4.- Usa moto (propia)	0
5.- Usa carro propio	0

NIVEL DE EDUCACION

1.- Analfabeto	40
2.- Primaria (mas o menos)	58
3.- Secundaria (mas o menos)	1
4.- Graduado Secundaria o Equivalente	1
5.- Universitario	0

SERVICIO MEDICO

1.- Medicina casera o empirica	4
2.- Público gratuito	81
3.- IGSS o público	8
4.- IGSS o privado	7
5.- Exclusivamente privado	0

RECREACION

1.- Nada o poquisima	67
2.- Radio y espectáculos (clase popular)	27
3.- Radio, TV y espectáculos (c. media)	5
4.- Paseos habituales al exterior	0
5.- Casa de fin de semana	1

PROMEDIO DE ESTATUS SOCIAL EN LOS 100 CASOS 40.24

COMENTARIO:

Al conocer los resultados en relación al estatus social, estos pueden reducirse en el parrafo siguiente:

Un grupo mayoritario (74 casos) de estos grupos familia-

res no tienen respaldo legal, sostenidos con un salario bajo (97 casos menores de 100 quetzales), con vivienda inadecuada (68 casos) genta mal vestida (95 casos) y alimentación inapropiada (95 casos), carentes de las comodidades de la civilización moderna (85 casos) inadecuamente preparados (98 casos) y sin medios de esparcimiento (94 casos).

NIVELES DE VIVIENDA

TENDENCIA:

Propietario	28
Inquilino	53
Huesped	11
Improvisada	8
TOTAL	100

CONVIVENCIA

Menos de 5	23
5 a 10	45
10 a 15	16
Más de 15	16
TOTAL	100

CONSTRUCCION DE LA CASA

Mixto (formal)	9
Adobe o Madera (formal)	25
Adobe o Madera (informal)	42

Barro o Sobrantes 23

PROMISCUIDAD

Ninguna 3

Juntos o Con sus Padres  
niños de 0 a 12 años 61

Juntos o Con sus Padres  
niños mayores de 12 años 8

Comparte Cama niños  
citados en punto 3 28

PRIVACIDAD

Cuarto y baño individual 1

Cuarto individual Baño común 9

Cuattro y Baños Comunes 18

Cuarto y Baño Camas comunes  
por razones de pobreza 72

SUPERFICIE POR PERSONA

Más de 30 m2 1

20 a 30 m2 6

10 a 20 ,m2 19

ABASTECIMIENTO DE AGUA

Por Paja o canon	34
De Pozo	4
No hay se compra en botes para beber o lavarse	3
No hay solo se compra para beber	59

EVACUACION DE EXCRETAS

Inodoro con Alcantarillado	10
Letrina e inodoro con Fosa Septica	10
Letrina con Foso Ciego	18
No hay servicio Evacuación	62

VENTILACION Y ASEO

Abundantes	10
Regular	10
Escases	20
Sin ventilación y Aseo	60

ILUMINACION

Abundante Nat/ y Electrica	6
Reg. natural y Electrica	5
Muy escasa Nat/o Electrica	9
Muy escasa Natural y con candela	80.-

COMENTARIO SOBRE DATOS DE VIVIENDA:

Los resultados nos enseñan una existencia promiscua , elevado número de carentes de propiedad, construcción improvisada , habitando una superficie limitada y contribuyendo al hacinamiento humano, desprovistos de las condiciones sanitarias y de comodidad elementales, que proporciona el desarrollo de sociedad moderna.-

LA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL AMBIENTE HOSPITALA-  
RIO:

- 1) En el ambiente hospitalario se tiene conciencia de la situación en que vive la gente que a él llega, y es a través del servicio social donde se analiza el problema de familias numerosas, con crisis socio-económicas, etc., para luego ser remitidos para su solución a la clínica pro-bienestar de la familia Guatemalteca.
- 2) En los regamentos del servicio social no hay indicación precisa para la solución de estos casos, quedando a discreción de cada visitador social.
- 3) El archivo del servicio social se encuentra lleno de casos similares a los grupos familiares estudiados, .
- 4) En la sección de maternidad del Hospital Roosevelt se siente la actividad de la asociación Pro-Bienestar de la familia Guatemalteca, a través de pláticas en Pre-Natal y Post-parto, pero no se atienden razones socio-económicas para esterilización ni desarrolla actividad anticoncep-

tiva.

5) Se carece de fuente de información y orientación para familias que no desean tener más hijos y en general a quien los solicite, debido esto a la falta de apoyo del estado a la planificación familiar.

RESUMEN DE LO EXPUESTO EN LOS DIVERSOS CAPITU-  
LOS

A)-Características de La Población De Guatemala:

El problema de la población de Guatemala, a pesar de su alto índice de crecimiento, no es aún tanto de cantidad, sino de calidad, por poseer las condiciones siguientes:

- 1.-Mala distribución geográfica de la población
- 2.-Excesivo peso de la estructura rural que crece en forma desorganizada dispersa y con métodos inapropiados en la actualidad.
- 3.-Concentración y exodo hacia la ciudad de Guatemala, centro urbano de mayor desarrollo en el país.
- 4.-Franca fragmentación de nuestra población en dos grupos étnicos sin posibilidades a corto plazo para la integración social del grupo indígena.
- 5.-Carga económica que para Guatemala representa el mantenimiento de una población inactiva por su edad.
- 6.-Alto índice de analfabetismo.
- 7.-Dentro de la población activa se observan, la au-

sencia de obreros calificados, técnicos y hombres con preparación adecuada para el desarrollo.

B)-Nuestros Problemas y Conflictos:

Estos dan a Guatemala las características de un país en vías de desarrollo, constituyendo un obstáculo muy grande dada la actitud contemplativa de los Guatemaltecos.

C)-Nuestra Riqueza Nacional:

Como una paradoja, Guatemala es un pueblo pobre asentado sobre un territorio inmensamente rico, nuestra pobreza es el resultado de nuestra mala organización y poco esfuerzo.

D)-Planes Para El Desarrollo Del País:

Al presentarlos se observa que existen factores que los dificultan:

1-Las características de nuestra población

2-Nuestra mala organización.

3-Falta de interés para los problemas que obstaculizan el desarrollo.

-Analizar los objetivos generales de los planes para el desarrollo económico de Guatemala encontramos:

1.-No hay dentro ellos ninguna acción dirigida a afrontar el acelerado crecimiento de nuestra población.

2.-Los resultados a obtener de estos planes son todos a muy largo plazo.

3.-La evidencia histórica nos demuestra la incapacidad de los Guatemaltecos para gobernar y aprovechar la riqueza de nuestro país, los planes presentados constituyen ideales en términos generales, tratan de la utilización efectiva del potencial humano, utilización racional de los recursos y aumento de la capacidad productiva, pero se debilitan al no considerar la indiosincracia de los Guatemaltecos y al no tomar en cuenta el crecimiento acelerado de nuestra población.

E)-La Planificación Familiar En El Panorama Mundial:

Si n discusión la planificación familiar constituye un movimiento social efectivo que propugna por la oportunidad

de decidir el número y espaciamento de los hijos como un derecho humano básico, tomando en cuenta para ello razones humanas, de salud y socio-económicas. Se ofrece como solución a los problemas de superpoblación y disminución de los recursos para su sostenimiento. Para los países en desarrollo como una forma para mejorar sus condiciones actuales.

Su rápida aceptación y difusión da a sus programas una dinámica efectiva transformandolo en un movimiento real y positivo. La FIPF cuenta para la realización de sus programas por ella estructurados, con organismos en todos los países del mundo.

La actividad que se detalló en el capítulo en relación a la planificación familiar nos la hace aparecer como una respuesta adecuada a los problemas de la población mundial.

F)-Actividad Desarrollada En Guatemala A Favor De La

Planificación Familiar:

El esfuerzo realizado en nuestro medio, comprende un lustro, los resultados obtenidos en tan corto tiempo revelan la necesidad de su aplicación a nuestra población, pero este esfuerzo es pequeño dada la magnitud del problema. La reciente actividad desplegada hacia el área rural utilizando instalaciones sanitarias del gobierno indica cierto apoyo, pero no la actitud firme con que se debe respaldar.

G)-Estudio De Cien Grupos Familiares:

Los resultados obtenidos de este estudio constituido por grupos familiares que corresponden a los menos favorecidos dentro de la población hospitalaria nos muestran a nivel del grupo familiar la pobre condición en que se desenvuelven, condición nada favorable para la formación de grupos familiares numerosos y que cada nuevo

hijo constituye una pesada carga a su escaso presupuesto. Nos muestran el desconocimiento de la planificación familiar y nos indican la necesidad de ser ayudados.

Presenta también la poca atención que actualmente se les brinda a la situación que atraviesan.

CONCLUSIONES

- 1.- El problema de la población de Guatemala es el resultado de un alto índice de crecimiento, de su mal distribución dentro del territorio y de las deficientes condiciones en que viven.
- 2.- Guatemala es un país rico, pero no se ha sabido aprovechar esta riqueza, además existen problemas que son un sólido obstáculo para su desarrollo.
- 3.- Los planes para el desarrollo del país no muestran una acción dirigida a afrontar el crecimiento de nuestra población.
- 4.- Los planes para el desarrollo de Guatemala son todos realizables a largo plazo, al parecer constituirían la respuesta adecuada para los problemas de nuestra población, pero dada a nuestra incapacidad para gobernar es muy difícil su realización.
- 5.- La planificación familiar parece ser una fórmula a-

decuada para solucionar en parte los problemas que presenta nuestra población.

6.- La planificación familiar no sustituye al desarrollo económico pero su combinación permitirá mejorar el nivel de vida del Guatemalteco y dará tiempo al estado para hacer efectivos sus programas.

7.- En Guatemala el movimiento de planificación familiar no cuenta con apoyo oficial.;

8.- La planificación familiar en Guatemala se hace efectiva a través de la actividad que desarrolla la asociación pro-bienestar de la familia Guatemalteca y después de casi dos años de prestar servicios a la comunidad, siente y puede decirse que sus programas han sido muy solicitados sobre todo para la gente de escasos recursos, la cual a medida que tiene conocimiento de que existe, la demanda crece con mayor insistencia.

- 9.- El estudio de los cien grupos familiares nos dá una idea de la deficiente calidad de cada uno de ellos. Estos casos los considero representativos de la gente de mayor pobreza de la población hospitalaria, dada la frecuencia con que se observan dentro de esa población.
- 10.- Considero que los problemas presentados por estos grupos familiares podrían evitarse si en nuestro medio se les brindara tempranamente orientación y educación sobre la planificación familiar.

RECOMENDACIONES

1.- El estado debe de preocuparse y atender los problemas de nuestra población, al hacer efectivos sus planes para el desarrollo debe tomar en cuenta la planificación familiar.

2.- El estado debe de atender las recomendaciones de organismos internacionales en relación con problemas de población, que consideran el movimiento de la planificación familiar como una necesidad y posible forma de solución para la situación en que se desarrolla nuestra población, recomendando la inclusión de la planificación familiar en los programas de salud.

3.- El apoyo y colaboración que recientemente el estado brinda al movimiento de planificación familiar en Guatemala, al permitir la utilización de sus instalaciones sanitarias, en el desarrollo de programas de planificación familiar debe ser aprovechado como experien-

...ias que permitan establecerlas oficialmente dentro de sus programas de salud.

4.- La utilización de todos los centros del estado, para incrementar, divulgar con una decisión firme el movimiento de la planificación familiar en Guatemala, ofrece como ventajas las siguientes:

a) Permite al utilizarlos, solucionar los problemas de instalación, personal y material, pues todos cuentan con los recursos adecuados.

b) El estado por las diversas actividades que atiende, cuenta con sectores capacitados para la elaboración y estudio de la aplicación de la planificación familiar de nuestra población e incluiría sectores interesados en ella pero que actualmente no tienen oportunidad de actuar, o su trabajo es aislado.

c) La utilización de los centros de asistencia del estado llevaría una campaña nacional en corto tiempo.

po favoreciendo su conocimiento y práctica en nuestro medio, . La divulgación se haría efectiva por llegar: al campo y a la ciudad, a todos los niveles culturales especialmente al bajo y al analfabeto. Constituiría una fuente de información a quien la solicite, abarcando las clases más necesitadas y los núcleos familiares más afectados.

d) Al brindar la planificación familiar como una actividad de los programas de salud se ampliaría el aspecto de medicina preventiva y en el ambiente hospitalario se proporcionaría atención a estos problemas que actualmente no se les concede importancia.

e) Al utilizar los centros de asistencia como contacto con el grupo familiar y a través del servicio social, al elaborar sus fichas se estaría en capacidad para seleccionar los grupos familiares

que necesiten de la planificación en el momento oportuno evitando que lleguen a la situación encontrada en los casos estudiados. El brindarles a estos grupos familiares sin que soliciten esta actividad, difundirá más esta campaña=.

f) El convencimiento inicial solo podrá ser logrado por medio del conocimiento, orientación y educación que a cada grupo familiar se pueda proporcionar, el bienestar deseado en la planificación familiar.

g) La Universidad debe fortalecer la investigación de los problemas de la población Guatemalteca, y alcanzar el nivel que tienen sobre estos problemas otras Universidades de la América Latina.

h) Lo condensado en este trabajo, sobre información de las características de nuestra población en el aspecto general y al nivel de grupo familiar, los programas actuales sobre desarrollo, lo efectivo de

la planificación familiar en Guatemala, me permite sugerir al estado, la urgencia de su actuación sobre este aspecto.

## BIBLIOGRAFIA

- Aldana Alonzo, Raúl Antonio: Legislación racional del del aborto en Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Mayo de 1967, 31 p.
- Ayerdi Galicia, José Evalt: Lucha contra el Aborto, Educación Sexual y métodos Anticonceptivos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1965. 61.p
- Buxton, C. Lee Director. Práctica médica y regulación de la Natalidad. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. Septiembre 1964, pp 751-875.
- Calderone, M.S.: Manual of contraceptive practice. - Baltimores, The Williams & Wilkins, 1964. 295 p.
- Castillo, Enrique: Planificación Familiar y uso de Anticonceptivos, Revista de la Juventud Médica(Guatemala). 5(12): pp. 27-36 noviembre 63.
- Consejo Interamericano Económico y Social, informe de Guatemala 1961-65 a las cuartas reuniones anuales del CIES, Buenos Aires, Argentina Marzo 1966 (mimeografiado febrero 66).
- Control de la Natalidad. Segunda Encuesta Continental sobre grandes temas éticos. Médico Moderno. 5 (5):17-22,26-32. Enero 1967.
- Girón, Manuel Antonio: Pediatría Social. Guatemala, Editorial Universitario, 1956.605 p.
- Guatemala, Consejo Nacional de Planificación Económica. Programa de Salud Pública para la República de Gua-

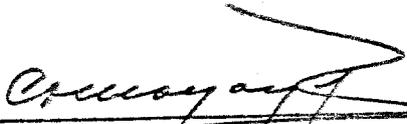
temala(1965-1969)Julio de 1965. p.20

- 10.----- Consejo Nacional de Planificación Económica  
Programa de Educación para la República de -  
Guatemala(1965-1969) Julio de 1965. 23p.
- 11.----- Consejo Nacional de Planificación Económica  
Programa de Inversión Pública en Vivienda 19  
65-69 20p.
- 12.-----Consejo Nacional de Planificación Económica  
Guatemala merece mejor destino Julio 1966 50p.
- 13.-----Dirección General de Estadística. Departamento  
de Censos y Encuesta. Censos 1964. Población,  
resultados de tabulación por muestreo junio 1966  
pp 1-40.
- 14.-----Federación Médica de Guatemala. Crecimiento  
Demográfico y Planeamiento de la Familia. Ene-  
ro 1966.52 p.
15. Maramatsu, Minoru Andá Paul A. Harper, Eds. Population  
Dynamics, Internacional acción and training programs,  
Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1965. 248 p.
- 16.- Martínez Lima, Gustavo Ernesto: Breves consideracio-  
nes sobre planificación de la familia guatemalte-  
ca. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos  
Facultad de Ciencias Médicas, 1963. 47p.
- 17.- Santizo Roberto: Planificación familiar experiencia en;  
Guatemala, junio 1966 (mimeografiado).
- 18.-----: El Aborto ilegal como problema de salud  
Presentado primer seminario centroamericano de De-

mografía y Planificación Familiar, Tegucigalpa Honduras, Junio 1966.

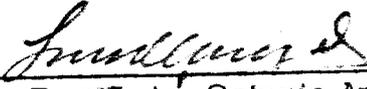
19. ----- Experiencia Anticonceptiva en Guatemala, trabajo presentado al primer seminario de Demografía y Planificación Familiar, Tegucigalpa Honduras, Junio 12-66.
- 20.- Sigüenza, Carlos Humberto: Planificación Familiar. Investigación sobre la demanda, aceptabilidad y factibilidad de uso extensivo del dispositivo intrauterino (DIU) en 100 madres de la ciudad de Metapan. Tesis. San Salvador, Universidad de El Salvador, Agosto 1967 35 p.
21. Stycos J. Mayones: Familia y fecundidad de Puerto Rico, México, fondo de cultura económico 1958. 347 p.
- 22.- Villagrán Muñoz, René Francisco: Educación sexual en Guatemala. Tesis. Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1965. 111 p.

  
V. de B. Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

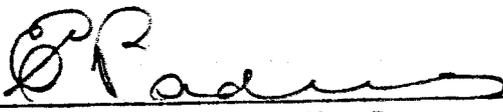
---

Br. Carlos Antonio Mayorga R.

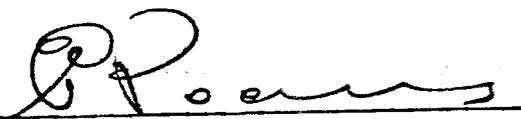
---

Dr. Luis Octavio Angel  
ASESOR

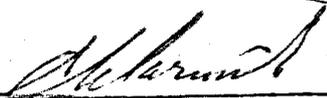
  

---

Dr. Enrique Padilla B.  
REVISOR



Dr. Enrique Padilla B.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
PREVENTIVA Y SOCIAL



Dr. Ernesto Alarcón E.  
SECRETARIO



Dr. Julio de León Méndez  
DECANO