

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVALUACION CRITICA DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR

(Estudio efectuado en el Municipio de Santa Clara la Laguna
del Depto. de Sololá, durante el primer semestre de 1978)

TESIS

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

Por

JOSE LUIS DOMINGUEZ RUEDA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) ANTECEDENTES
- III) OBJETIVOS
- IV) HIPOTESIS
- V) MATERIAL Y METODO
- VI) DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO
- VII) PRESENTACION DE DATOS
- VIII) ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- IX) CONCLUSIONES
- X) RECOMENDACIONES
- XI) BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La presente tesis titulada "EVALUACION CRITICA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR", consiste en un estudio realizado en el municipio de Santa Clara la Laguna, del departamento de Sololá, durante el primer semestre de 1978. El objetivo central del mismo, es la evaluación del programa de Planificación Familiar que se desarrolla en el puesto de salud de esta población, y al mismo tiempo, ser parte integrante del estudio sobre Planificación Familiar, realizado por estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado, en el lugar de sus sedes de trabajo y a nivel nacional.

Dentro de la inmensa cantidad de problemas inmersos en la realidad nacional y que ameritan un mejor conocimiento, está el problema de la Planificación Familiar, por ello, el Consejo Directivo del Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud de la Confederación de Universidades Centroamericanas (CSUCA), señaló que era "prioridad del área" el estudio del mismo.

La importancia de este estudio radica en que permite conocer más a fondo un problema tan discutido, de naturaleza compleja, enfocándolo desde diversos puntos de vista: bio-psico-sociales, y busca nuevos elementos de juicio en torno a la Planificación Familiar, programa que viene funcionando a nivel nacional y que se hace llegar a un elevado porcentaje de pueblos y aldeas, sin que a la fecha, se hayan dado justificaciones que puedan tomarse como valederas y que le den razón a su existencia.

Este estudio se inicia con la evaluación del puesto de salud, sobre recursos humanos, materiales y programas (materno-infantil), aspectos operacionales del programa de Planificación Fa-

miliar, concepto de infertilidad y su sistematización, medicamentos generales y contraceptivos existentes en el puesto de salud y programas de apoyo a los programas de salud y al programa de Planificación Familiar. En una segunda etapa, se efectuó interrogatorio de las usuarias del programa de Planificación Familiar, ya inscritas o que consultaban por primera vez sobre: datos generales, culturales, económico-sociales, sobre efectos colaterales de los anticonceptivos que ellas han experimentado, y se les practicó examen médico general a las mismas. En una tercera etapa, se investigó la disponibilidad de contraceptivos en una venta municipal de medicina local.

El principal problema encontrado en todo el proceso de la investigación, fue la barrera de la comunicación, pues siendo ésta una comunidad totalmente indígena, fue difícil obtener la información, principalmente de aquellas preguntas que encerraban un concepto.

Se hace la aclaración que en el transcurso de este trabajo, se llama "Programa de Planificación Familiar" a la actividad de distribuir anticonceptivos y el cual no es realmente un programa.

III. OBJETIVOS

II. ANTECEDENTES

No se encuentra información hasta la fecha, acerca del origen e inicio de la Planificación Familiar en Guatemala; así mismo, no existen trabajos iguales o similares al presente.

III. OBJETIVOS

1.- Generales:

- 1.1.- Contribuir con las autoridades universitarias al estudio del problema de la Planificación Familiar.
- 1.2.- Conocer el origen, naturaleza, objetivos y logros de los programas de Planificación Familiar.
- 1.3.- Conocer las características de los programas de Planificación Familiar (sus componentes, actividades, tareas, normas, recursos y coberturas).
- 1.4.- Conocer las características sociales (concepción de familia, su formación, y composición, hábitos y creencias) del grupo investigado.
- 1.5.- Establecer el grado de utilización de los recursos en salud del municipio de Santa Clara la Laguna, - en función de las prioridades (Salud-Planificación Familiar).

2.- Específicos:

- 2.1.- Conocer los recursos humanos con que cuenta el Puesto de Salud del municipio de Santa Clara la Laguna del Depto. de Sololá.
- 2.2.- Conocer el nivel de adiestramiento que posee el personal encargado del puesto de salud.

2.3.- Conocer las condiciones materiales y equipo del puesto de salud.

2.4.- Elaborar las coberturas y concentraciones del programa materno-infantil.

2.5.- Evaluar conocimientos en cuenta a materia del programa de Planificación Familiar, sus normas, infertilidad y su sistematización, educación sexual, del personal encargado de desarrollar dicho programa.

2.6.- Conocer los medicamentos generales y contraceptivos existentes en el Puesto de Salud.

2.7.- Conocer los programas de apoyo al programa de salud y de planificación familiar.

2.8.- Conocer el presupuesto local para planificación familiar.

2.9.- Utilizar toda esta información recabada, en pro o en contra del Programa de Planificación Familiar.

IV. HIPOTESIS

- 1.- Los programas de Planificación Familiar contribuyen a agravar la situación de salud del municipio de Santa Clara la Laguna, al consumir parte de los recursos destinados a la atención de otros campos.
- 2.- Los programas de Planificación Familiar en el municipio de Santa Clara la Laguna, se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos utilizados.
- 3.- Los programas de Planificación Familiar en el municipio de Santa Clara la Laguna, no toman en cuenta los aspectos socio-culturales de la población.

V. MATERIAL, METODOLOGIA Y RECURSOS

1.- Material:

- Municipio de Santa Clara la Laguna.
- Puesto de Salud del mismo.
- Usuaris del Puesto de Salud en edad reproductiva.
- Personal del Puesto de Salud.

2.- Metodología:

Se desarrolló por etapas; la primera, durante los meses de febrero y marzo de 1978. Esta consistió en la evaluación del Puesto de Salud y la investigación de aspectos operacionales del programa de Planificación Familiar. La segunda etapa, realizada durante los meses de abril y mayo; en ésta se investigaron aspectos generales, sociales, económicos y culturales de 23 usuarias entrevistadas y efectos colaterales por el uso de contraceptivos experimentados por éstas. La tercera etapa investigó la disponibilidad de medicina general básica, contraceptivos y abortivos en una venta municipal de medicina local. La cuarta etapa correspondió a la elaboración y procesamiento de la información, realizada durante el mes de julio.

3.- Recursos

- Libros de Registro Civil local
- Fichas de recolección de datos (formas 1-A, 2-A, 4-A, 5-A).

VI. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

Breve monografía del municipio de Santa Clara la Laguna del departamento de Sololá. (3)

a) Datos Históricos:

Con el título de Nota Importante se encuentra al final de la monografía consultada, la cual dice textualmente: "Se lamenta omitir el origen de los primeros pobladores y la fecha exacta de la fundación del pueblo por desconocerse los detalles reales de tan importante hecho. Unicamente se tiene versiones incompletas, recopiladas recientemente, sin embargo, se sabe que fue antes de 1736.

b) Geográficos:

Santa Clara la Laguna, es uno de los diecinueve municipios del departamento de Sololá, ubicado al sur del mismo; sus límites son: al Norte con el municipio de Santa Lucía Utatlán; al Este con San Juan la Laguna y San Pablo la Laguna; al Oeste con Santa María Visitación y Santa Catarina Ixtahuacán y al Sur con el departamento de Suchitepéquez.

La altitud sobre el nivel del mar es 7,500 pies, con una extensión territorial de 12 km. cuadrados y aproximadamente 3,000 habitantes.

En relación a su orografía, posee los volcanes de: Santa Clara situado al norte de la población en el lugar denominado Chicul; y al sur posee dos elevados cerros, denominados "El Cristalino" y "El Xiquichó".

Desde el punto de vista hidrográfico, posee tres ríos, siendo éstos, el río Jacalá y Xiprian al oeste y el Conopá por el lado sur.

c) Organización Administrativa:

Desde el punto de vista administrativo, Santa Clara la Laguna es cabecera municipal, en donde su máxima representación es el alcalde, el cual es electo por votación popular para un período de cuatro años. Posee una aldea llamada Paquip, un caserío llamado Xiprian y el denominado cantón Chacap.

d) Condiciones Ambientales:

El clima imperante es templado, más del 95% de la población o de cada familia, poseen vivienda propia; aproximadamente el 60% de las viviendas poseen techo de paja; el tipo de pared que predomina es el de adobe, pero también es importante el bajareque; más del 95% de las viviendas poseen piso de tierra.

En relación a saneamiento básico: desagües, más del 80% de las viviendas no poseen drenaje; es decir el desagüe es a flor de tierra. Agua: un 50% de las viviendas poseen agua entubada y el resto hace uso de chorro público, siendo poco importantes pozos y ríos. La mayor parte de las viviendas depositan la basura en abonaderas domiciliarias. Letrinización: aproximadamente un 30% de la población no posee letrinas y el resto tiene sanitaria o insanitaria.

En relación a la luz: en la población hay instalaciones o alumbrado eléctrico, pero el 90% de las viviendas poseen o hacen uso de alumbrado de otro tipo. (4)

e) Vías de Comunicación y Transporte:

La distancia que hay de la población hacia la ciudad capital es de 161 kilómetros, 143 km. de carretera asfaltada (carretera Interamericana) y 18 km. de carretera de terracería transitable con cierta dificultad en todo tiempo. Además, existe comunicación con los pueblos de las márgenes del lago de Atitlán, por veredas únicamente transitables a pie o a caballo, siendo las poblaciones más próximas, San Juan la Laguna y San Pablo la Laguna. Actualmente está en construcción una carretera de terracería hacia estas poblaciones. Existe medio de transporte colectivo con cierta irregularidad. Posee además servicio de correo y teléfono.

f) Dialecto, Costumbres y Tradiciones:

Se habla el dialecto Quiché (el 99% de la población es de grupo étnico indígena). Su feria titular es del 9 al 13 de agosto en honor a su patrona Santa Clara y es costumbre del lugar que todos los clarenses ausentes invitan a sus amigos y familiares del lugar en donde radican.

Entre las costumbres y fechas importantes están: el día de Corpus Christi, los feligreses fabrican grandes arcos frente a la iglesia, con muchas frutas y en la fachada de la misma colocan a simulan a Ximón. El Viernes Santo, celebran la llamada "Toronjeada", por los alguaciles municipales (el cual consiste en dos grupos de 30 ó 40 vecinos que se colocan a 30 ó 40 metros de distancia y se lanzan toronjas que llevan en redes; habiendo firmado antes un convenio para evitar responsabilidades.

El baile de "Toritos": consiste en que una persona vestida de Ximón y con máscara, de la mano con dos individuos, uno a cada lado, bailan durante todo el día al compás de la marimba

que interpreta sonos que simulan ser el mismo pero que en realidad son más de treinta diferentes. También durante la fiesta del Corpus Christi se realiza el baile de los disfraces.

Para la feria patronal, se realizan varios bailes, entre ellos los ya mencionados: Toritos, Pandangas, Mexicano, el Baile de la Conquista.

g) Otros:

Los días de plaza son los martes y sábado, de cada semana a donde concurren habitantes de los poblados y aldeas cercanos. La principal actividad es la agricultura, existiendo una típica - que es la fabricación de canastos de caña de verval o de castilla, la cual es una industria criolla muy importante para la subsistencia.

Vestuario: la mujer, el corte y el guñpil de color azul oscuro y una franja en la cintura. El corte lleva una franja blanca horizontal y otra vertical que semejan una cruz. Para el hombre, pantalón o calzón blanco y camisa también blanca, chaqueta negra con faja roja en la cintura.

VII. PRESENTACION DE LOS DATOS

Este capítulo está dividido en dos partes, la primera corresponde a las hojas de tabulación de los datos y la segunda al proceso de los mismos datos, los cuales se encuentran subsecuentemente.

EVALUACION INICIAL

Evaluación de los Recursos Materiales y Programas del Puesto de Salud del municipio de Santa Clara la Laguna del Departamento de Sololá.

1. Edificio:

Ubicado en lugar accesible, visible y céntrico, posee una clínica, sala de espera, habitación de la enfermera auxiliar, bodega, baño-sanitario, luz eléctrica, agua potable. Dimensiones 10 x 10 metros. Construido de concreto, techo de duralita. En general está en buenas condiciones desde el punto de vista de su estructura, aunque la pintura de paredes y puertas y algunos vidrios de las ventanas están deteriorados. Es propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, construido en predio municipal. Fue inaugurado en diciembre de 1970.

COMENTARIO: El espacio físico de las instalaciones es muy reducido para el desarrollo de las actividades.

2. Equipo Médico Quirúrgico y mobiliario: es insuficiente.

3. Evaluación de programas:

a) Programa materno infantil:

- a.1 tasa de natalidad: 1.68
- a.2 tasa de mortalidad infantil: 36.45
- a.3 nivel de cobertura en embarazo y parto: 40%
- a.4 nivel de cobertura en menores de 1 año: 76%
- a.5 nivel de cobertura en inmunizaciones: (no se administraron inmunizaciones durante el período en estudio).

COMENTARIO:

- La tasa de natalidad de 1.68 es realmente bajo, comparado con la tasa de natalidad nacional que es de 43.2 % (Indicadores demográficos) 1970.
- Tasa de mortalidad infantil: 36.45 es baja comparada con la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional, la cual es de 93.8 (Indicadores demográficos). 1968
- El nivel de cobertura de embarazo, parto y puerperio de 40% es bajo, pues sólo cubre el 50% de la meta establecida por el Ministerio de Salud Pública.

Estos resultados corresponden al semestre comprendido del 1.º de agosto de 1977 al 31 de enero de 1978. Población del Municipio según último censo 2,700 habitantes.

FORMA 1-A

La Forma 1-A se desarrolló junto con la ficha de evaluación inicial durante los meses de febrero y marzo/78.

El puesto de salud del municipio de Santa Clara la Laguna del Departamento de Sololá, pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y forma parte del distrito No. 6 de la Área de Salud de Sololá.

ASPECTOS ESPECIFICOS DEL PUESTO DE SALUD:

- 1.- Razón de ser del puesto de salud: prestar atención médica general al municipio y sus aldeas.
- 2.- Programas que desarrolla: como programa, ninguno; y a que no se han establecido metas ni se conocen las coberturas, etc., pero se presta:
 - 1- atención médica general
 - 2- atención materno-infantil
 - 3- planificación familiar.
- 3.- Lugar que ocupa la Planificación Familiar entre los programas: Es secundario (aunque no se puede hablar de programas por lo antes anotado).
- 4.- No hay información sobre las justificaciones que el puesto de salud da a la existencia y aplicación de Planificación Familiar.
- 5.- No hay información sobre las metas de los programas de Planificación Familiar.
- 6.- No hay información sobre los objetivos de los programas de Planificación Familiar.

ASPECTOS OPERACIONALES DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR: Entrevista con el personal del Puesto de Salud.

1.- Estudio de Componentes:

1.1 Contracepción:

- a) Qué entiende por contracepción No hay información
- b) Actividades que realizan para la contracepción No hay información
- c) Métodos de contracepción Oral y DIU
- d) Criterio que siguen para recomendar un método No hay información
- e) Normas para garantizar el mínimo de iatrogenia de acuerdo a cada método. No hay información
- f) Normas para la detección precoz de problemas iatrogénicos No hay información
- g) Sistematización e implementación para garantizar el mínimo de iatrogenia No hay información
- h) Métodos más empleados en orden de importancia Oral únicamente
- i) Cobertura lograda 5.72%
- j) Criterios para elección de la usuaria Demanda espontánea

1.2 Infertilidad:

- a) Qué entiende por atención a la infertilidad
- b) Que objetivos se propone
- c) Lugar que ocupa en relación a otros componentes
- d) Actividades para la detección de problemas de

- infertilidad
- e) A dónde refieren pacientes con problemas de infertilidad
 - f) Sistematización de referencia para pacientes con problema de infertilidad.
- No se obtuvo información en ninguna de estas interrogantes.

1.3. Educación Sexual:

- a) Qué entiende por educación sexual
- b) Objetivos de los cursos de educación sexual
- c) Grupos a quienes se dirige
- d) Contenido de los cursos
- e) Metodología
- f) Tiempo dedicado a cada tema o capítulo
- g) Tiempo que se dedica a enseñar los métodos de contracepción.

No se obtuvo información en ninguna de estas interrogantes.

Listado de medicamentos contraceptivos:

Oral agotados 45 ciclos

Además se encontraron 100 bucles de LIPES. No se estaban usando localmente, en el momento de la encuesta.

COMENTARIO: aunque los anticonceptivos orales estaban agotados en el momento de la encuesta, estos eran enviados al puesto de salud, siempre que se pidieran; no así los medicamentos generales, los que además de ser insuficiente y no básicos, eran enviados por el ministerio cada trimestre.

2.c) Apoyo para Promoción

- a) otros programas de salud..... No existe.
- b) Planificación Familiar..... Afiches, folletos, radio.

COMENTARIO: No se determina en este estudio el porcentaje de población alfabetizada, pero se sabe que un gran porcentaje no habla el idioma castellano y los afiches e idiomas están escritos en este idioma.

FINANCIAMIENTO:

- a) Presupuesto local para Planificación familiar.....se ignora.
- b) Fuente de financiamiento.....se ignora.

COMENTARIO GENERAL: Es muy poca la información que se obtiene en el puesto de salud en la mayoría de los aspectos investigados.

Distribución por intervalos:

1	de 16 a 20 años
6	de 21 a 25 años
10	de 26 a 30 años
4	de 31 a 35 años
2	de 36 a 40 años

FORMA 2-A

PRESENTACION DE DATOS

En este capítulo se presentan los datos obtenidos de la entrevista con 23 usuarias del Puesto de Salud, de las cuales, 17 están inscritas en el programa de Planificación Familiar, 3 concurrían por primera vez y 3 de ellas consultaban por morbilidad general, pero con deseos de Planificación Familiar.

1.- Datos Generales:

1.1 EDAD:

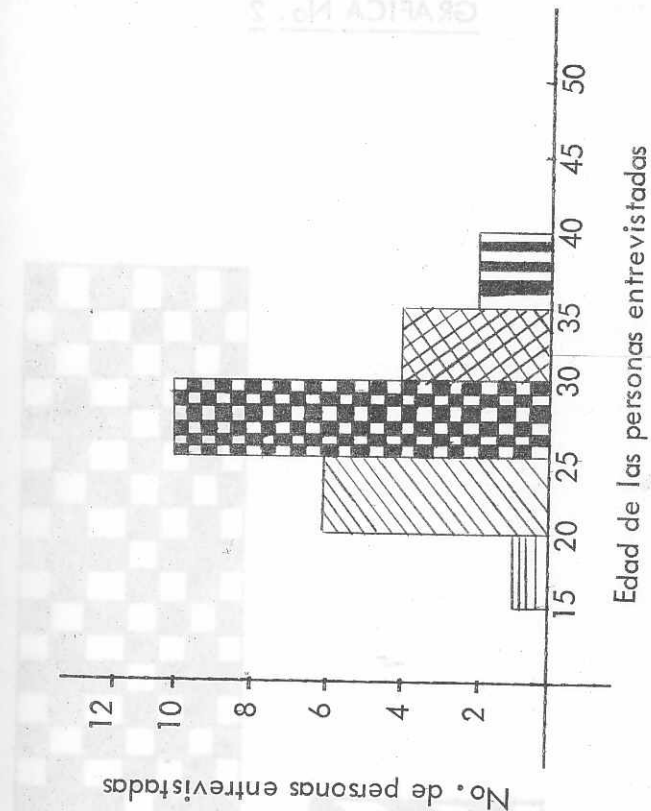
Cuadro # 1

Promedio de edad	26.6 años
Entrevistada de menor edad	20.0 años
Entrevistada de mayor edad	38.0 años

Distribución por Intervalos:

de 16 a 20 años	1
de 21 a 25 años	6
de 26 a 30 años	10
de 31 a 35 años	4
de 36 a 40 años	2

GRAFICA No. 1

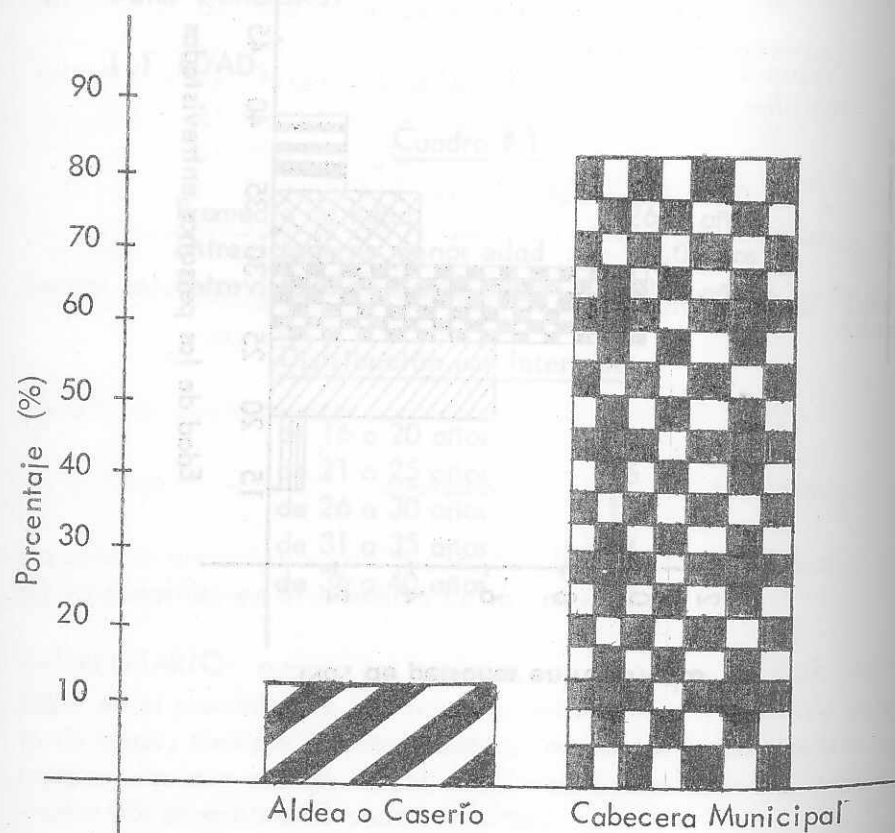


1.2 Lugar de Procedencia:

Cuadro # 2

Cabecera Municipal	20	87.00%
Aldea o Caserío	3	13.00%

GRAFICA No. 2

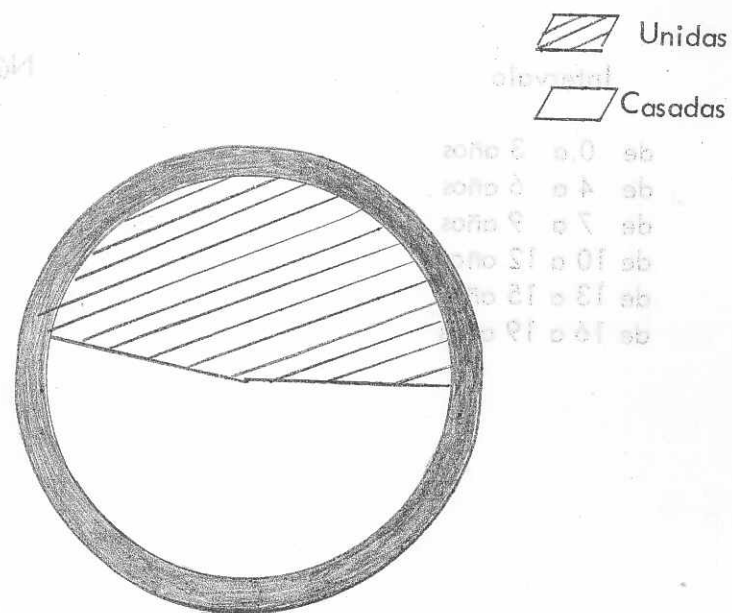


1.3 Estado Civil:

Cuadro # 3

Casadas	13	56.52%
Unidas	10	43.48%

GRAFICA No. 3



Esta gráfica representa la proporción entre casadas y unidas.
La frecuencia de solteras o de otro estado civil fue de cero.

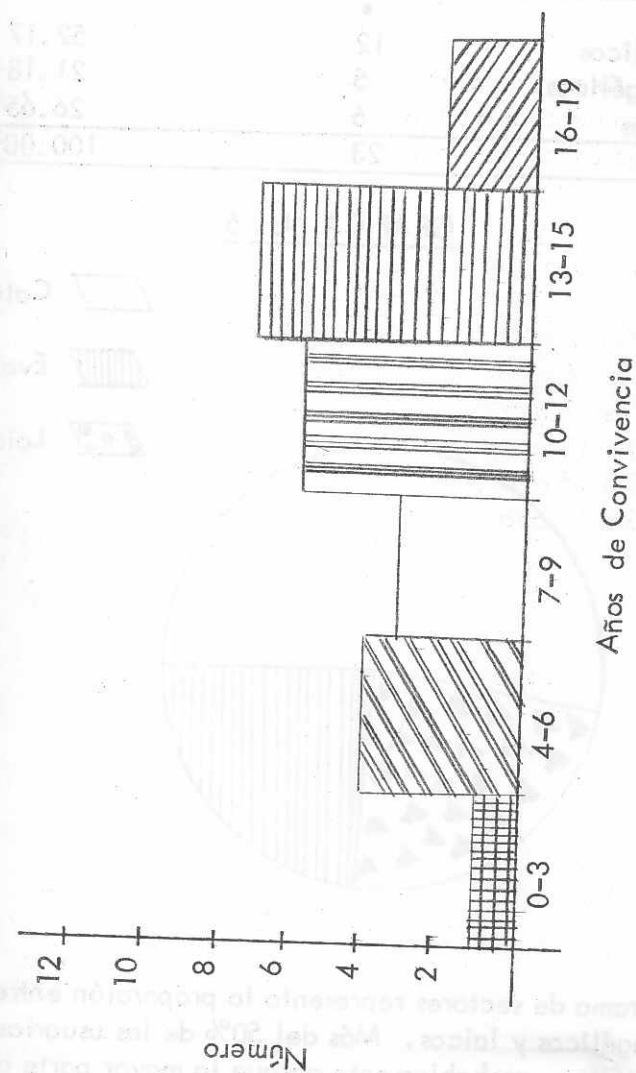
1.4 Tiempo de Convivencia:

Cuadro # 4

Promedio de tiempo de convivencia	11.48 años
Menor tiempo de convivencia	3.00 años
Mayor tiempo de convivencia	18.00 años

Intervalo	Número
de 0 a 3 años	1
de 4 a 6 años	4
de 7 a 9 años	3
de 10 a 12 años	6
de 13 a 15 años	7
de 16 a 19 años	2

GRAFICA No. 4



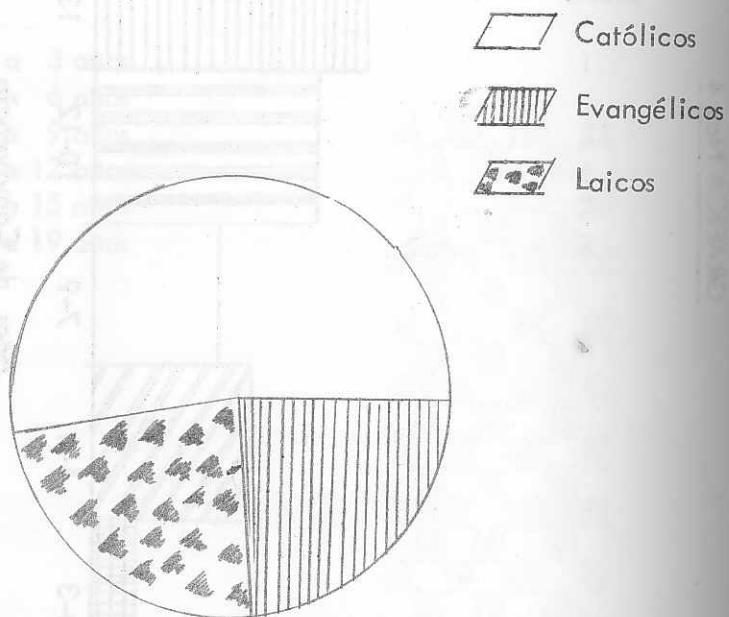
En esta gráfica se observa que el mayor número de entrevistas tenían entre 10 y 15 años de convivencia.

5.- RELIGION

Cuadro # 5

Religión	Cantidad	Porcentaje
Católicos	12	52.17
Evangélicos	5	21.18
Laicos	6	26.65
Total	23	100.00

GRAFICA No. 5



Este diagrama de sectores representa la proporción entre católicos, evangélicos y laicos. Más del 50% de las usuarias son de religión católica, probablemente porque la mayor parte de la población es católica.

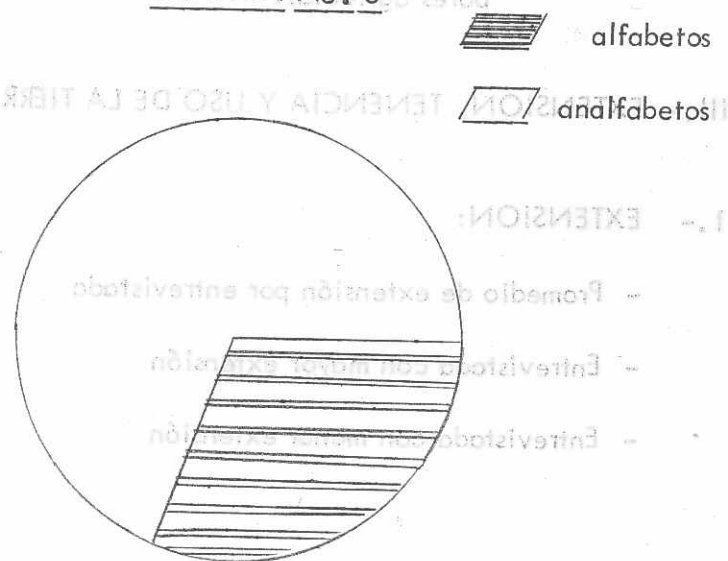
6.- ESCOLARIDAD

Cuadro # 6

Escolaridad	Número	Porcentaje
Alfabetos	7	30%
Analfabetos	16	70%
Total	23	100%

Título o diploma	0	0
Universidad	0	0
Alfabetizados	0	0

GRAFICA No. 6



Este gráfico de sectores, representa la escolaridad de las 23 investigadas. El 70% son analfatos y ninguna entrevistada posee título, diploma o estudios universitarios.

7.- OCUPACION PRINCIPAL:

	Número	Porcentaje
Oficios domésticos	23	100%
Trabajo remunerado	0	0%

COMENTARIO: La principal actividad de las 23 entrevistadas - fue los oficios domésticos, aunque algunas de ellas (4), realizaban otras actividades pero esporádicamente, por ejemplo: destazar cerdo, - elaborar dulces y pan, ayudar al esposo en labores agrícolas.

III.- EXTENSION, TENENCIA Y USO DE LA TIERRA:

1.- EXTENSION:

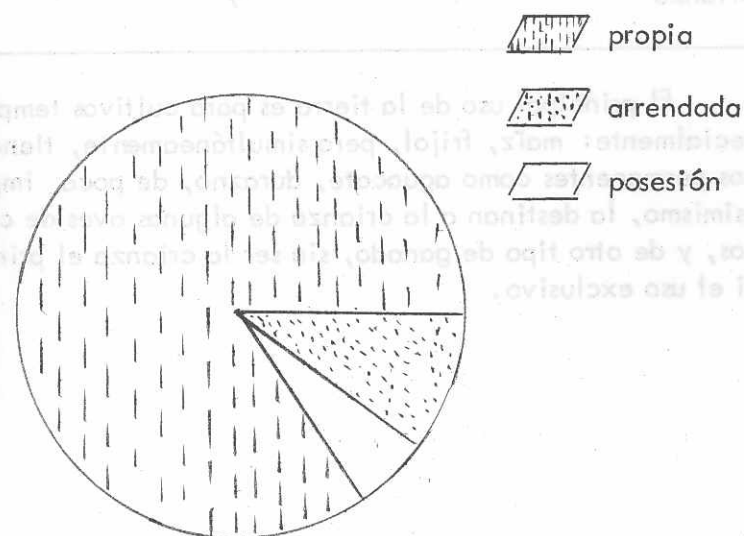
- Promedio de extensión por entrevistada $9,872 \sqrt{2}$
- Entrevistada con mayor extensión $46,080 \sqrt{2}$
- Entrevistada con menor extensión $1,024 \sqrt{2}$

2.- TENENCIA:

Cuadro # 7

Tenencia	Frecuencia	Porcentaje
Propia	19	82.61%
Arrendada	3	13.03%
Posesión	1	4.36%
Total	23	100.00%

GRAFICA No. 7



Este gráfico de sectores representa la proporción en la tenencia - de la tierra. El 82% tiene tierra propia.

3.- USO DE LA TIERRA:

Cuadro # 8

Uso de la tierra	Frecuencia	Porcentaje
Cultivos temporales	23	100.00%
Cultivos permanentes	8	34.80%
Crianza	9	39.13%

El principal uso de la tierra es para cultivos temporales, especialmente: maíz, frijol, pero simultáneamente, tienen cultivos permanentes como aguacate, durazno, de poca importancia; asimismo, la destinan a la crianza de algunas aves de corral, cerdos, y de otro tipo de ganado, sin ser la crianza el principal uso, ni el uso exclusivo.



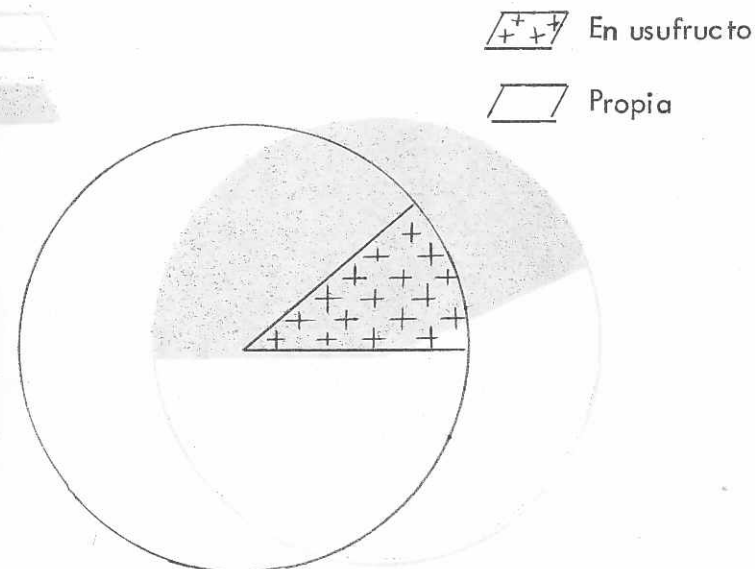
IV.- SITUACION AMBIENTAL DE LA ENTREVISTADA:

1) Tenencia de la vivienda:

Cuadro # 9

Tenencia	Frecuencia	Porcentaje
Propia	21	91.30%
En Usufructo	2	8.70%

GRAFICO No. 9



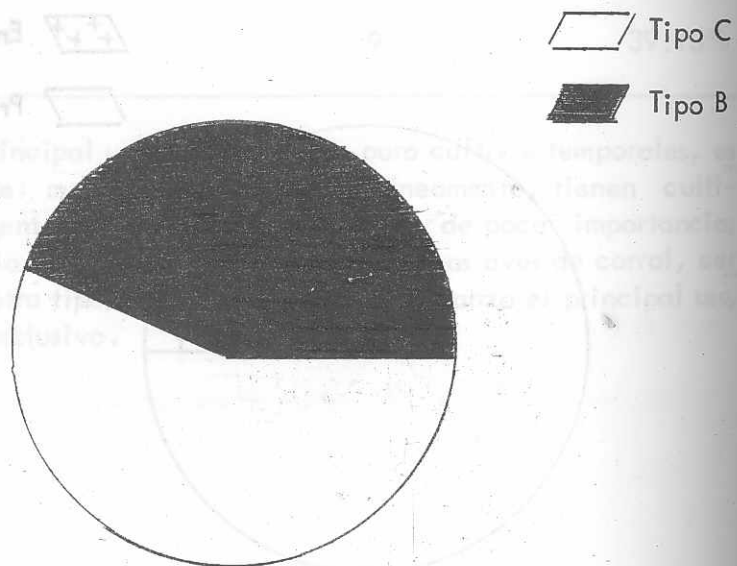
Este gráfico representa la proporción en la tenencia de la vivienda. El 91% poseen vivienda propia.

2) Tipo de Vivienda:

Cuadro # 10

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Tipo A	0	0.00%
Tipo B	9	39.13%
Tipo C	14	60.87%
Total	23	100.00%

GRAFICO No. 10



Este gráfico representa la proporción sobre el tipo de vivienda.

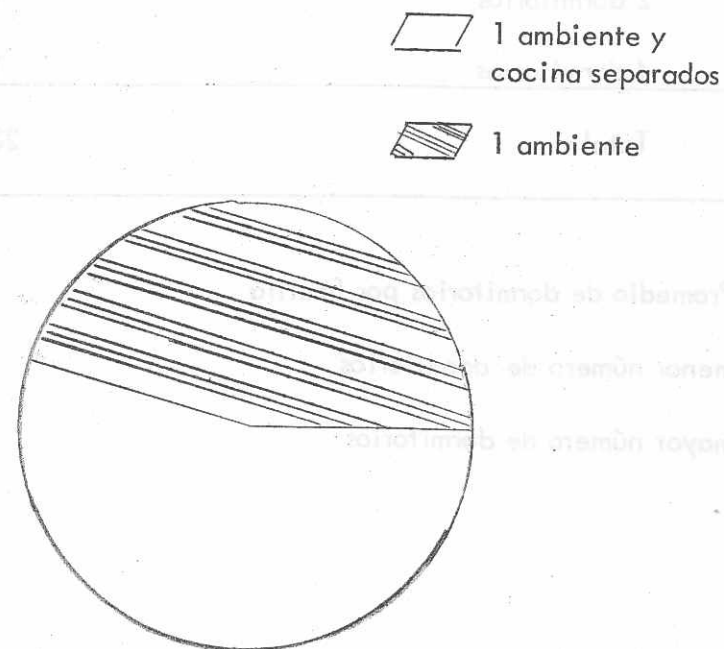
NOTA: Vivienda tipo "A" es de óptima calidad física
 Vivienda tipo "C" es la de peor calidad

3) Número y Clase de Ambiente:

Cuadro # 11

Número y clase de ambiente	Frecuencia	Porcentaje
1 ambiente	9	39.13%
1 ambiente y cocina separada	14	60.87%

GRAFICO No. 11



Este gráfico de sectores representa la proporción entre el número y clase de ambiente.

4.- Número de dormitorios

Cuadro # 12

Número de dormitorios	Frecuencia
1 dormitorio	21
2 dormitorios	1
4 dormitorios	1
Total	23

Promedio de dormitorios por familia

1

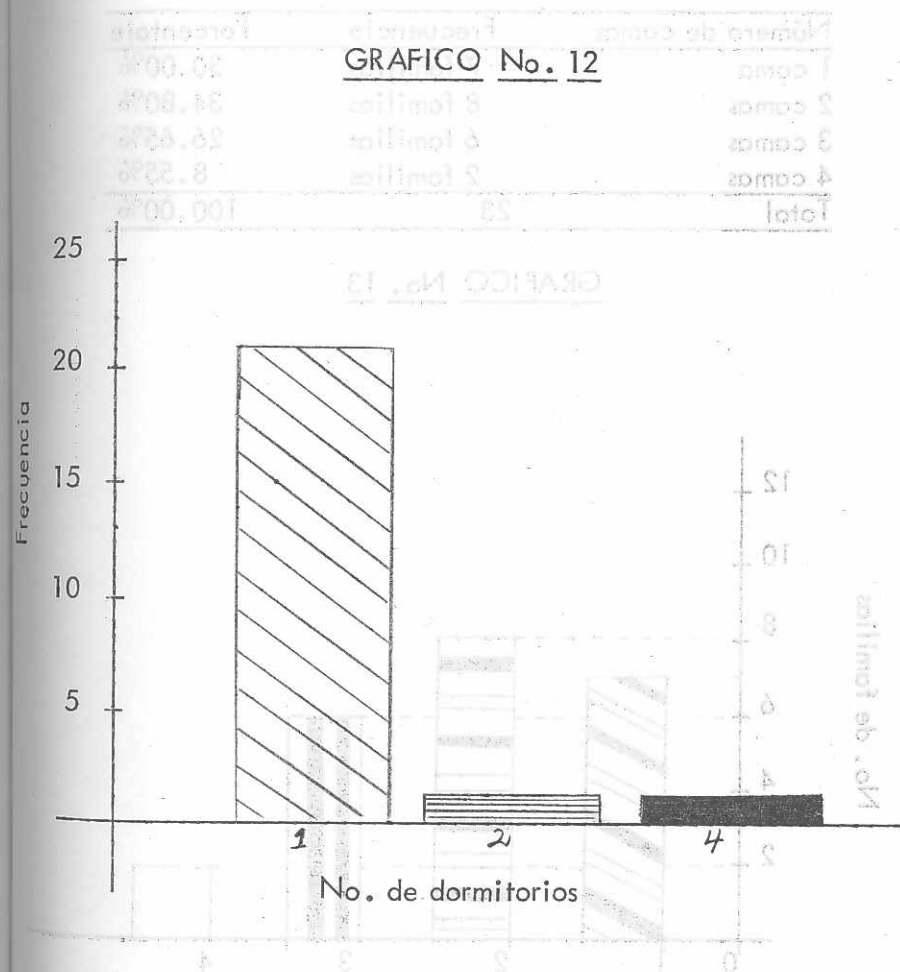
menor número de dormitorios

1

mayor número de dormitorios

4

GRAFICO No. 12

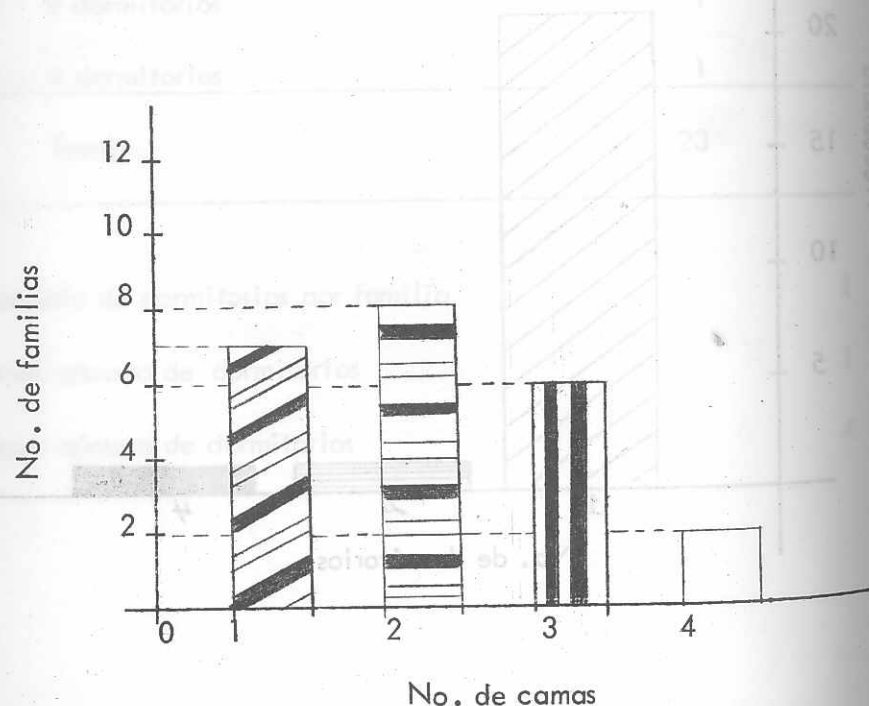


5.- Número de camas

Cuadro # 13

Número de camas	Frecuencia	Porcentaje
1 cama	7 familias	30.00%
2 camas	8 familias	34.80%
3 camas	6 familias	26.65%
4 camas	2 familias	8.55%
Total	23	100.00%

GRAFICO No. 13



Esta gráfica representa el número de camas por familia.
El 74% poseen entre 1 y 2 camas por familia.

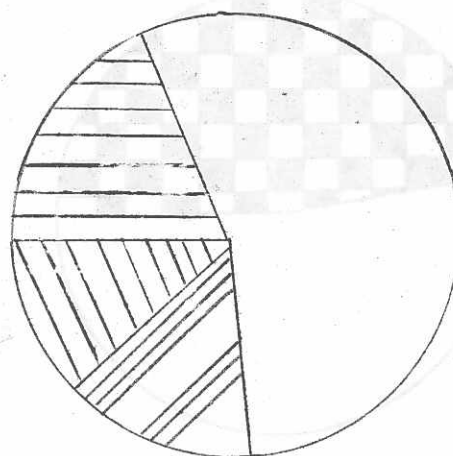
6.- Agua:

Estudio sobre abastecimiento de agua de la familia de la en
trevistada:

Cuadro # 14

Abastecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Instalación interna	4	17.35%
Chorro público	15	65.21%
Pozo	2	8.67%
Otro	2	8.67%
	23	100.00%

GRAFICA No. 14



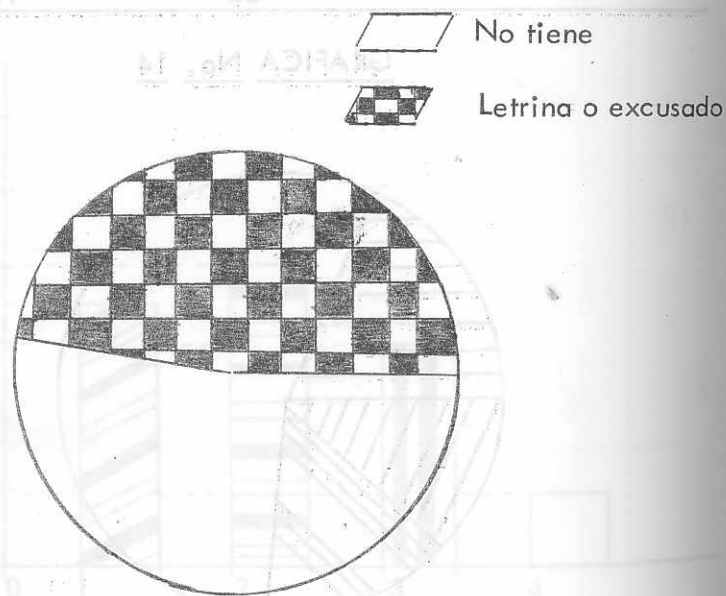
El 65% de las entrevistadas se abastecen de agua en chorro públi
co.

7.- Disposición de Excretas:

Cuadro # 15

Disposición	F	Frecuencia	Porcentaje
Letrinas o excusado	10	43.50%	
No tiene	13	56.50%	
inodoro agua corriente	0	00.00%	

GRAFICA No. 15

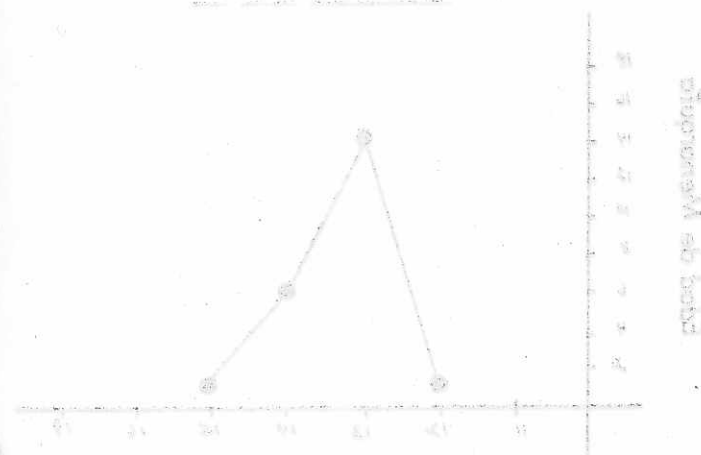


Esta gráfica de sectores, representa la proporción en la disposición de excretas de la familia. Existe mayor proporción de familias que exponen las excretas al aire libre (56%).

COMENTARIO GENERAL:

La Forma 2-A, investigó aspectos generales de 23 usuarias del Programa de Planificación Familiar.

Estos datos evidencian que los programas de planificación, se aplican en forma indiscriminada, sin tomar en cuenta la condición cultural, económica y social de la usuaria; ya que éstas viven en ambientes desfavorables, con problemas de mayor embergadura y de mayor repercusión en la salud de las mismas. (analfabetismo, insalubridad, pobreza).



FORMA 4-A

PRESENTACION DE DATOS

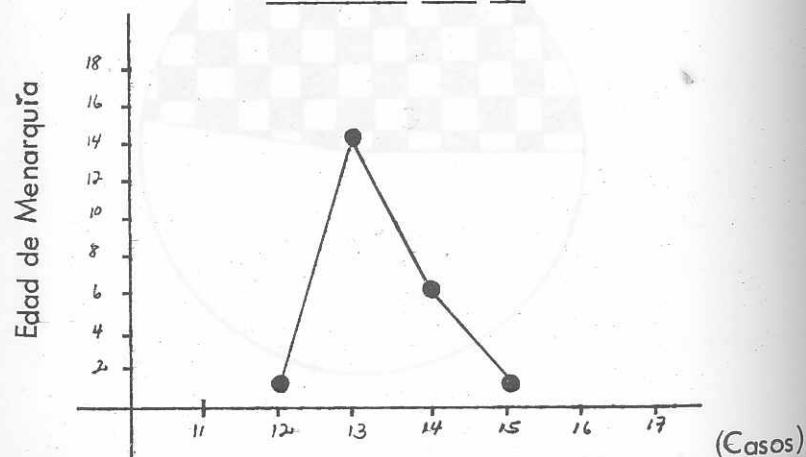
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

1) Promedio de edad de la menarquía..... 14 años

Cuadro # 16

Edad de la Menarquía	Frecuencia
12 años	1
13 años	0
14 años	14
15 años	6
16 años	1
No sabe	1
Total	23

GRAFICO No. 16



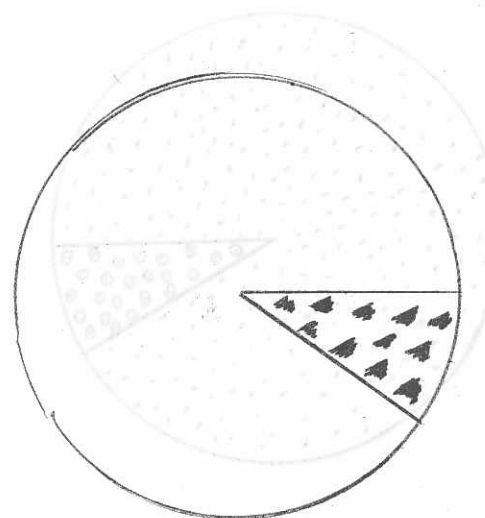
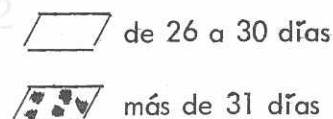
Este gráfico representa la distribución de la edad de la menarquía. Se observa mayor frecuencia a los 14 años.

2.- FRECUENCIA MENSTRUAL

Cuadro # 17

Intervalo	Frecuencia	Porcentaje
de 26 a 30 días	20	87%
de 31 a más días	3	13%

GRAFICA No. 17



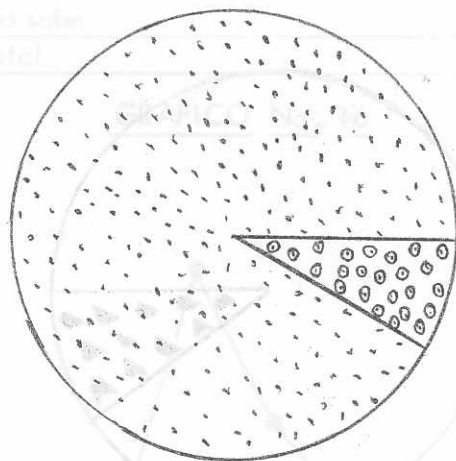
Este gráfico de sectores representa la proporción de la frecuencia menstrual de 23 entrevistadas. El 87% corresponde a 26 - 30 días.

3.- DOLOR MENSTRUAL:

Cuadro # 18

Dolor menstrual	Frecuencia	Porcentaje
NO	20	87%
SI	3	13%
TOTAL	23	100%

GRAFICA No. 18



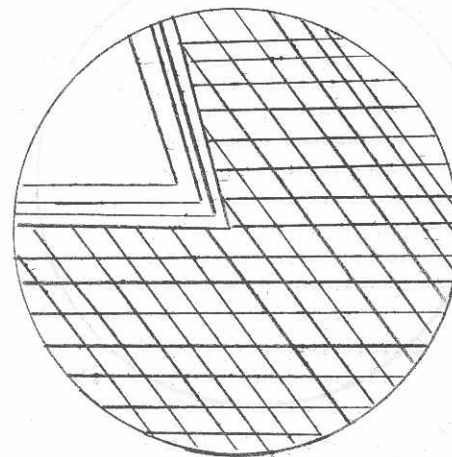
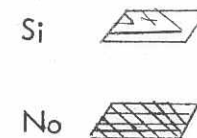
En esta gráfica se observa que únicamente el 13% refirieron dolor menstrual.

4.- TENSION MENSTRUAL

Cuadro # 19

Tensión menstrual	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	17.39%
No	19	82.61%
Total	23	100.00%

GRAFICA No. 19

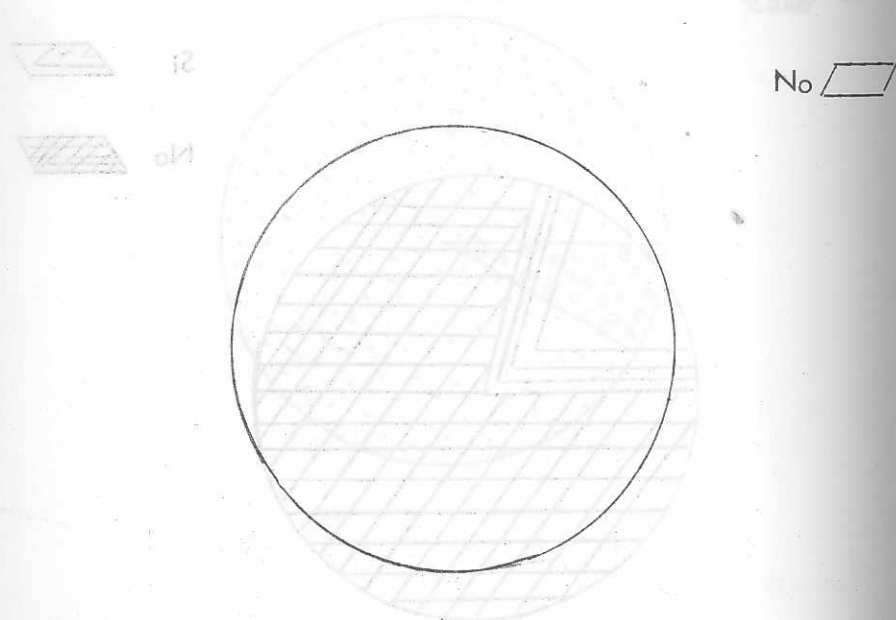


5.- HEMORRAGIA CON COAGULOS:

Cuadro No. 20

Hemorragia con coágulos	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0.00%
No	23	100.00%
Total	23	100.00%

GRAFICA No. 20



6.- NUMERO DE EMBARAZOS

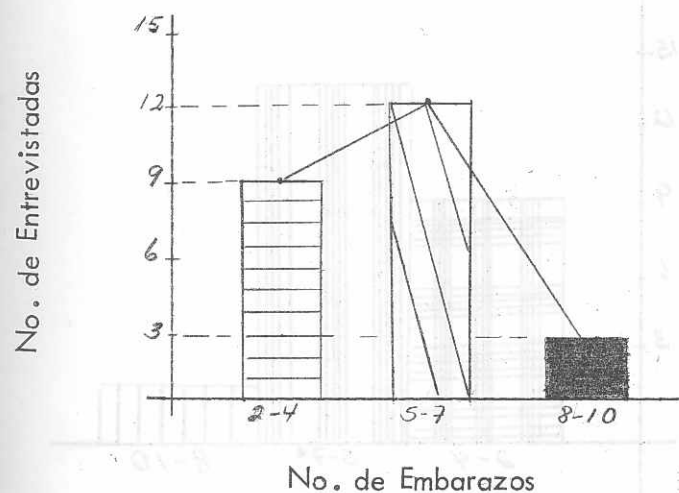
Cuadro No. 21

Promedio de embarazos por entrevistada	5
Mayor número de embarazos	10
Menor número de embarazos	2

Cuadro No. 22

Número de embarazos	Entrevistadas	Porcentaje
de 2 a 4 embarazos	8	34.80%
de 5 a 7 embarazos	12	52.17%
de 8 a 10 embarazos	3	13.03%
Total	23	100.00%

GRAFICA No. 21



52% de las entrevistadas tenían entre 5 y 4 embarazos.

7.- NUMERO DE PARTOS:

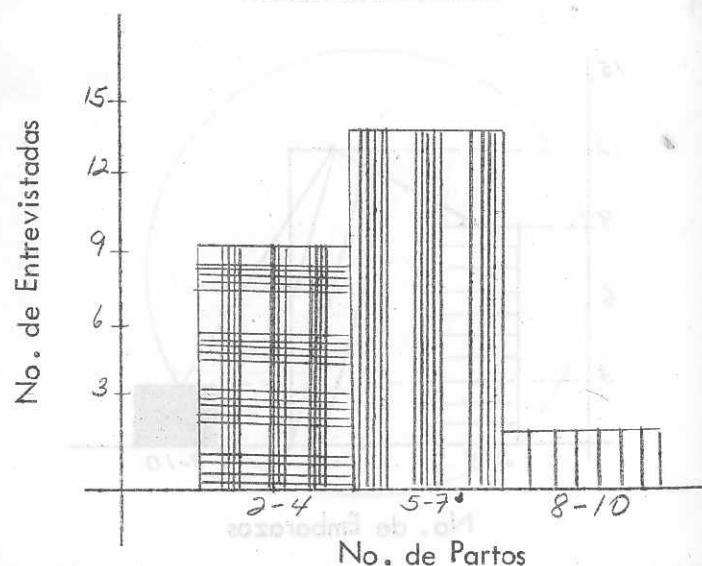
Cuadro # 23

Promedio de partos por entrevistada	5
Partos de la entrevistada con mayor número	10
Partos de la entrevistada con menor número	2

Cuadro # 24

No. de partos	Entrevistadas	Porcentaje
de 2 a 4	8	34.80%
de 5 a 7	13	56.80%
de 8 a 10	2	8.70%
Total	23	100.00%

GRAFICO No. 22



56% de las entrevistadas tenían entre 5 y 7 partos.

8.- NUMERO DE NACIDOS VIVOS:

Cuadro # 25

Total de nacidos vivos	105.0
Promedio de nacidos vivos por entrevistada	4.5
Entrevistada con mayor número	10
Entrevistada con menor número	1

9.- No. DE NACIDOS MUERTOS:

Cuadro # 26

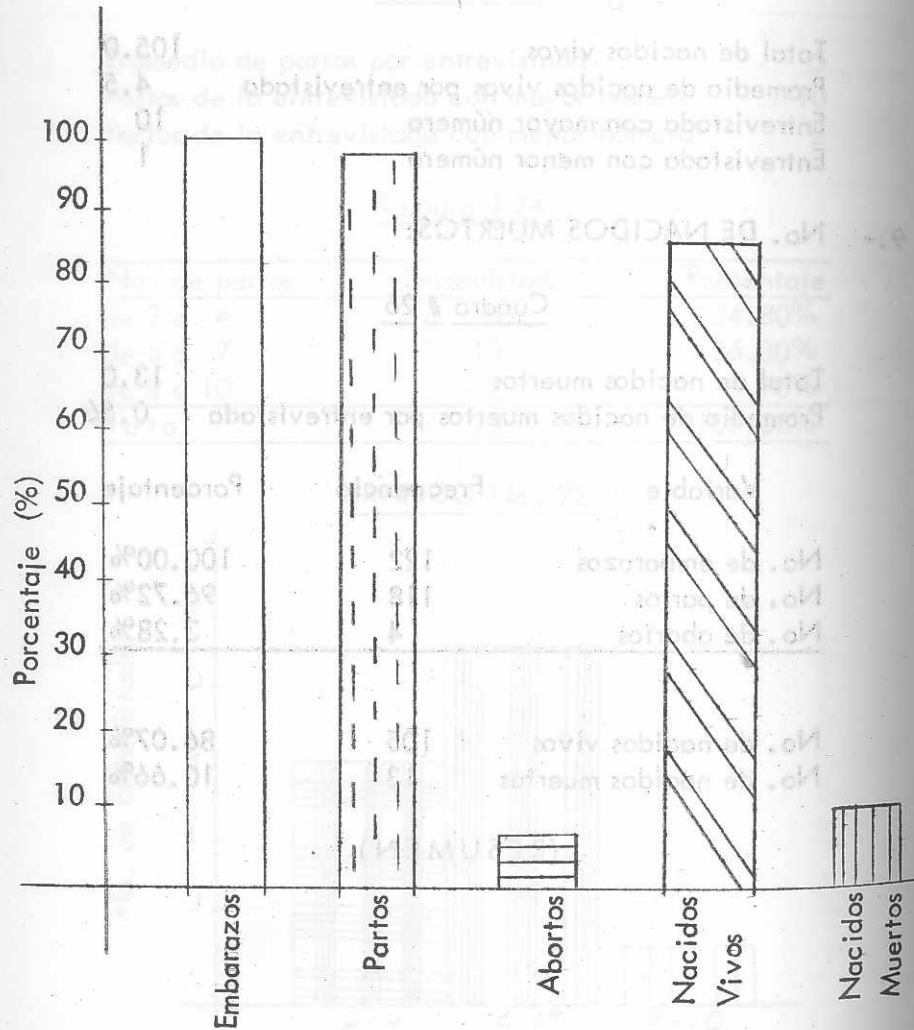
Total de nacidos muertos	13.0
Promedio de nacidos muertos por entrevistada	0.56

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
No. de embarazos	122	100.00%
No. de partos	118	96.72%
No. de abortos	4	3.28%
No. de nacidos vivos	105	86.07%
No. de nacidos muertos	13	10.66%

(RESUMEN)

Proporción entre embarazos, partos, abortos, nacidos vivos y muertos. El 10% del número de partos, presentan producto muerto.

GRAFICA No. 23



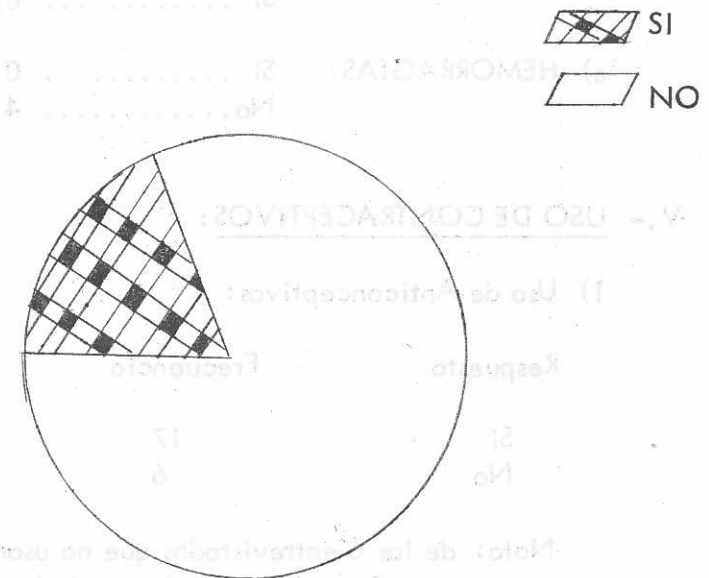
Proporción entre embarazos, partos, abortos, nacidos vivos y muertos. El 10% del número de partos, presentan producto muerto.

10.- SECRECIONES VAGINALES:

Cuadro # 27

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	4	17.39%
No	19	82.61%
Total	23	100.00%

GRAFICA No. 24



Unicamente 4 (17%), refirieron secreciones vaginales.

11.- TIPO DE SECRECIONES VAGINALES:

Cuadro # 28

a) COLOR:	Blanco	4.....	100.00%
	Otro	0.....	0.00%
b) ASPECTO:	No informan....	4.....	100.00%
c) PRURITO:	Si	1.....	25.00%
	No	3.....	75.00%
d) ABUNDANTE:	No	4.....	100.00%
	Si	0.....	0.00%
e) HEMORRAGIAS:	Si	0.....	0.00%
	No	4.....	100.00%

V.- USO DE CONTRACEPTIVOS:

1) Uso de Anticonceptivos:

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	88.26%
No	6	21.64%

Nota: de las 6 entrevistadas que no usan anticonceptivos, 3 acudieron en busca de los mismos por primera vez y 2 por demanda espontánea de morbilidad.

2) Marca:

Norinyl (oral)	17.....	100.00%
Promedio de tiempo de uso	19.5 meses	
No se encontró ningún otro método anticonceptivo.		

3) Razones por las que asiste a Planificación Familiar:

En busca de anticonceptivos	20	87.00%
Problema de morbilidad	3.....	13.00%
Promedio de tiempo	23	100.00%

Estas tres usuarias tenían deseos de inscribirse en el programa de Planificación Familiar.

4) Le aconsejó asistir al programa de Planificación familiar:

esposo	1	20
enfermera	1	5
radio	0	5
otro		3

Varias de las entrevistadas refirieron haber recibido mandato del esposo y al mismo tiempo consejo de enfermeras, escucharlo por la radio o de un familiar.

5) Ofensa a Dios:

Si	0	0.00%
No	14	60.87%
No saben	9	39.13%

9 de las 23 entrevistadas no respondieron a esta pregunta por mediar el problema de la comunicación.

VI. POSIBLES EFECTOS COLATERALES DE LOS CONTRACEPTIVOS USADOS (Norinyl)

Sobre 19 usuarias:

1- Cloasma:

Si	9	52.94%
No	8	47.06%

Promedio de tiempo 15.15 meses

2- Cefaleas:

Si	4	23.50%
No	13	76.50%

Promedio de tiempo 1.0 mes

3- Cambios de Visión:

Si	1	5.82%
No	16	94.18%

Promedio de tiempo 1.0 mes

4- Aumento de sed:

Si	1	5.82%
No	16	94.18%

Promedio de tiempo: no referido.

5- Aumento de hambre:

Si	2	11.77%
No	15	88.23%

No saben

Promedio de tiempo: no saben

6- Tendencia a la obesidad

Si	1	5.82%
No	16	94.18%

Promedio de tiempo: no sabe

7- Náuseas:

Si	7	41.18%
No	10	58.82%

Promedio de tiempo: 1 mes

8- Hiperacidez gástrica:

Si	8	47.06%
No	9	52.94%

Promedio de tiempo: 40 días

9- Amenorrea:

Si	2	11.77%
No	15	88.23%

Promedio de tiempo: 2 meses.

10- Aumento de sangrado:

Si	1	5.82%
No	16	94.18%

Promedio de tiempo: No Ref.

11- Decaimiento:

Si	1	5.82%
No	16	94.18%

12- Tensión Nerviosa

Si	1	5.82%
No	16	94.18%

Promedio de tiempo: No sabe

La frecuencia encontrada para otros efectos colaterales de los anticonceptivos como: aumento de peso, sensación de hinchura, aumento de la orina, ictericia, aumento de sensibilidad de los senos, nódulos en los senos, cambios de la lactancia, aumento de flujo, tristeza, complejo de culpa, disminución de la libido, aumento de várices, e irritabilidad, fue de cero.

En este estudio no se determinó si en realidad son efectos colaterales de los anticonceptivos o dependen de otras causas que no fueron investigadas.

FORMA 5-A

Este es un resumen de la Forma 5-A practicada en venta municipal de medicina.

I. Sistema de Créditos:

- No existe sistema de créditos para medicamentos en general (el responsable del establecimiento hace un pedido, de la capital envían el monto de dicho pedido y hasta que completan el monto del pedido, reciben la medicina).

- Sistema de bonificación: no existe.

II. Problemas inflacionarios:

- Se observa alza de precios: medicamentos en general 28%
anticonceptivos: 25%

- No existe reducción de Créditos ni bonificación.

III. Disponibilidad de Medicamentos en General:

- Existe como mínimo 4 a 5 productos de uso en cada una de las principales causas de enfermedad (enteritis y otras diarreas, infecciones respiratorias, avitaminosis, infecciones de la piel y anemia, siendo en total más de 25 productos.

- El precio al público es barato en relación a los precios de farmacias privadas, por ejemplo: diyodohidroquinoleina a 0.01 por tableta para adultos o para niños;

penicilina procaína, frasco de 4 millones de unidades a 0.60 , etc.

III.2. De la lista de contraceptivos, únicamente existen los orgales de la marca Norinyl, la cantidad de 9 ciclos, se vende al público a Q.0.20 sin receta.

No existe ningún medicamento conocido como abortivo.

INFORMACION SOBRE LA FAMILIA DE LA ENTREVISTADA:

Procesamiento de datos de un total de 23 familias, estos datos incluyen a la misma entrevistada.

1- EDAD:

Promedio de edad por familia 15 años

2- ESCOLARIDAD:

Cuadro # 29

a) No. total de analfabetos	62	57.75%
b) No. total de miembros que cursan o cursaron primaria parcial	54	42.25%
c) Promedio de analfabetos por familia	3.35	
d) Promedio de alfabetos por familia	2.34	
e) Ciclo básico	0	0.00%
f) Diversificado	0	0.00%
g) Universidad	0	0.00%

3- ESTADO CIVIL

Cuadro # 30

a.- Casados	42	53.24%
b.- Solteros	7	9.22%
c.- Unidos	28	37.54%

4- RELIGION:

Cuadro # 31

a.- Católicos	104	61.90%
b.- Evangélicos	29	17.26%
c.- Laicos	43	20.84%
	168	100.00%

5- OCUPACION:

Cuadro # 32

a.- Domésticos	41	54.00%
b.- Agrícola	35	46.00%
	76	100.00%

6- INGRESO TOTAL APROXIMADO:

a) En efectivo:

Cuadro # 33

- diario, promedio por familia	Q. 2.19
- Semanal, promedio por familia	Q. 13.14
- Mensual, promedio por familia	Q. 56.93
- Anual, promedio por familia	Q.683.28

NOTA: Este ingreso por familia, corresponde al total del ingreso que incluye el ingreso de toda la familia de la entrevistada (espo

so, padre, madre y ella misma) y no únicamente de lo que recibe la entrevistada; pues en la población estudiada, lo que recibe la entrevistada, se reduce casi a cero, pues es el esposo quién aporta el ingreso en la familia.

b) En especie..... Q. 0.00

7- PROVENIENTE DE:

Cuadro # 34

Comercio	2	8.70%
Agricultura	21	91.30%

8- Promedio de miembros por familia 7

9- Promedio de escolaridad por familia 2.35
(Exclusivamente primaria incompleta, que oscila entre 3o. y 4o.)

10- Relación porcentual en cuanto a ocupación o trabajo principal:

Oficios domésticos	54.00%
Agricultura	46.00%
	<u>100.00%</u>

NOTA: Debido a que la población se dedica a cultivos agrícolas, es poco probable que no existe ingreso en especie; sin embargo, debido a que es difícil la comunicación con las entrevistadas, quienes hablan poco o nada el castellano, éste no ha sido cuantificado.

COMENTARIO: El estudio de la familia de la entrevistada, lo relacionado con la escolaridad, es importante pues determina que el analfabetismo predomina sobre la población alfabetizada. (57%). En ninguna familia se encontró elementos con estudios secundarios o universitarios. La principal ocupación encontrada en la población fue la agricultura y oficios domésticos. Asimismo, el ingreso por familia diario, es de Q.2.19 (Cuadro # 33)

HIPOTESIS No. 1

"Los programas de planificación familiar contribuyen a mejorar la situación del país al disminuir parte de las acciones demográficas y otros campos."

La tasa de natalidad del municipio en estudio es de 35.45 (Evaluación de programas). Este es un dato válido, pues constituye un argumento en contra de la existencia del programa de planificación local, ya que en comparación con otras tasas ostensiblemente más altas (tasa nacional: 43.5 indicadores Demográficos), esto se puede interpretar como una baja y por consiguiente no existe la necesidad de reducir el número de nacimientos, y por lo tanto los recursos utilizados para estos aspectos podrían utilizarse en otros campos más importantes.

La tasa de mortalidad infantil local es de 35.45, tasa de mortalidad neonatal es de 30.48, la tasa de mortalidad post-neonatal es de 4.97. Estas tasas son bajas en relación a la tasa guatemalteca de mortalidad infantil (38.8) (indicadores demográficos), pero altas en comparación con países industrializados, por lo que es necesario reducir los aquellos programas vinculados con la atención materna

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El análisis e interpretación de los datos, se hará siguiendo el orden con base a la presentación de estos datos y se analizarán todos aquellos aspectos que tengan valor o encajen dentro de una de las hipótesis planteadas, con el objeto de aceptarla o rechazarla; asimismo, se analizarán aquellos datos o aspectos de importancia aunque no estén relacionados con las hipótesis.

HIPOTESIS No. 1

"Los programas de Planificación Familiar contribuyen a agravar la situación del país al consumir parte de los recursos destinados a otros campos".

1o. La tasa de natalidad del municipio en estudio es de 1.68 (Evaluación de Programas). Este es un dato valioso, pues constituye un argumento en contra de la existencia del programa de planificación local, ya que en comparación con otras tasas ostensiblemente más altas (Tasa Nacional- 43.2 Indicadores Demográficos), esta se puede interpretar como baja y por consiguiente no existe la necesidad de reducir el número de nacimientos, y por lo tanto los recursos utilizados para estos aspectos podrían utilizarse en otros campos más importantes.

2o. La tasa de mortalidad infantil local es de 36.45; tasa de mortalidad neonatal es de 30.48; la tasa de mortalidad post-neonatal es de 6.1. Estas tasas son bajas en relación a la tasa guatemalteca de mortalidad infantil: 93.8 (Indicadores demográficos), pero altas en comparación con otros países industrializados, por lo que es necesario reforzar todos aquellos programas vinculados con la atención materno

infantil, al cual se debe destinar la mayor parte de recursos tendientes a prestar atención a gestantes, atención de parto y el establecimiento de un programa de atención pediátrica garantizada.

3o. Nivel de cobertura del programa de atención de embarazo y puerperio es de 40%. Este dato es bajo pues apenas el 50% de la meta. Esto implica que es necesario brindar mayor apoyo y promoción a este programa.

4o. El nivel de cobertura en atención a menores de un año de edad es de 76%. Este dato se interpreta como relativamente alto. Sin embargo, se puede inferir la calidad del servicio prestado, ya que a pesar de que la cobertura es alta (76%), la mortalidad neo y post natal y la infantil, en general persisten altas, sin que una buena cobertura las modifique. Existen otros factores más importantes que son determinantes y que no se consideran. Se puede decir que una cobertura en la forma que se lleva a cabo, no garantiza la mejoría de los indicadores de salud ya que no se toman en cuenta otras variables a las cuales hay que darles su tratamiento.

5o. El listado de medicamentos básicos en el tratamiento de las 5 principales causas de enfermedad tiene características especiales, pues son muy pocos los que se pueden considerar como básicos y su existencia probablemente sea limitada; esto es inadecuado porque no responde a las necesidades de la población que tiene entre sus principales la desnutrición, el parasitismo, y enfermedades infecciosas. (2.b Estudio de recursos).

6o. El grupo de analfabetos representa el 70%, dato que sobrepasa el porcentaje según cifras oficiales. Esto indica que el renglón de la escolaridad está deficiente y siendo la edu

cación un aspecto muy importante en la prevención de enfermedades, es conveniente dedicar a ello mayores recursos.

- 7o. En el estudio de la situación ambiental de las investigadas, se encuentra que el 91.30% poseen casa propia, aunque del tipo C en su mayoría y con 1 ambiente único o con cocina separada en su mayoría. El abastecimiento de agua en el 65% es en chorro público. El 56% dispone las excretas al aire libre. Estos datos evidencian que las condiciones ambientales son de hecho precarias.
- 8o. El promedio de nacidos muertos por cada entrevistada es de 0.56 y el 10% de los embarazos termina en parto con producto muerto. Estos números hacen ver los indicadores de salud materno infantil de la población en general, estos dependen de las condiciones de desventaja del micro, macro y matroambiente.
- 9o. En el estudio de la escolaridad de la entrevistada se encuentra un promedio de 2.35 años de escolaridad por familia. El grado de escolaridad más alto es el de 6o. grado de primaria, y el resto primaria incompleta. Estudio básico 0, diversificado 0 y universitario 0.
- 10o. El ingreso aproximado por familia diario es de Q.2.19; semanal es de Q.13.14; mensual es de 56.93 y anual es de 683.28. En estos datos se estimó también el ingreso no solo del esposo de la entrevistada, sino también de su padre, su madre y la misma entrevistada por lo que el ingreso de ella y su esposo, es definitivamente menor a lo aquí señalado.

Al estar ya comprobado el carácter multicausal de la enfer-

medad, se puede decir que este análisis comprendió muchos de aquellos factores que al actuar en concierto dan como resultado, una entidad determinada. En este sentido, cuando existen condiciones favorables para un huésped también en buenas condiciones, la morbilidad es menor. El caso contrario es el que ocurre en este estudio, en donde el resultado de estas condiciones desfavorables es una tasa de mortalidad infantil de 36.45 y que traducido a este orden de cosas, es una consecuencia de una baja cobertura en los programas materno-infantil, atención de mala calidad, un elevado porcentaje de analfabetismo, un deficiente saneamiento ambiental, malos ingresos económicos y por lo tanto, a estos campos se les debiera dar prioridad.

La Hipótesis No. SE ACEPTA para este estudio.

HIPOTESIS No. 2

"Los programas de Planificación Familiar se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos utilizados".

- 1o. En el estudio de aspectos operacionales del programa de Planificación Familiar, se encuentra una evaluación del aspecto formal del programa de planificación familiar local. Aquí se observa que no hay respuesta a cada una de las interrogantes o las mismas son incompletas y deficientes. Así no se encuentra información al interrogar sobre el concepto de contracepción, los objetivos que se propone, actividades que realiza para la contracepción, tareas específicas, criterios para recomendar un método, normas para garantizar el mínimo de iatrogenia de acuerdo al caso, normas para la detección precoz de problemas iatrogénicos, sistematización e implementación para garantizar el mínimo de

iatrogenia, de los diversos métodos existentes, se ha aplicado indiscriminadamente el Oral. La selección de usuarias es por demanda espontánea. La cobertura lograda es de 5.72%. Esta cobertura se puede decir que es baja, aunque no hay patrones de comparación.

El desconocimiento de estos aspectos, por ser básicos, implica que se está incurriendo en iatrogenia, y que se está trabajando en forma empírica.

2o.- La existencia del programa de planificación familiar, da facilidades para no tener hijos, pero, localmente, se desconoce un sistema de referencia para aquellos casos de infertilidad, y el concepto de infertilidad.

3o.- El uso de contraceptivos necesita un estricto seguimiento con el objeto de evitar efectos iatrogénicos y hecho que el 70% de las usuarias sean analfabetas, indica que carecen de la capacidad de intuir las anomalías sobre la salud que pueden causar los contraceptivos si no se proporciona una adecuada información.

4o.- De los efectos colaterales presentes en los contraceptivos, en este estudio, se encontró como significativos los siguientes: Cloasma con 52.90%; cefalea con 23.5%; náuseas con 41.18%; hiperacidez gástrica con 47.06%; amenorrea con 11%; decaimiento con 5%; tensión nerviosa con 5%.

La validez de estos datos estaría sometida a la comprobación si los mismos dependen del uso de contraceptivos o ya existían previamente dependiendo de otras causas.

5o.- El estudio de la forma 5-A, se investiga la forma en que se expenden los contraceptivos, en farmacias privadas

(que para este caso es una venta municipal de medicina). - En la misma hay existencia de anticonceptivos y los mismos se expenden sin receta médica.

Todos los datos arriba consignados, apuntan a afirmar que existe un uso indiscriminado de los contraceptivos orales y sabiendo que los mismos no están exentos de efectos nocivos, favorece el apareamiento de iatrogenia.

Por lo tanto, se acepta la HIPOTESIS No. 2.

HIPOTESIS No. 3

"Los programas de Planificación Familiar no toman en cuenta los aspectos Socioculturales de la población".

1o. La comunidad o grupo estudiado, presenta características que no son diferentes a las existentes en otras comunidades. Uno de estos aspectos es su situación sociocultural. El 70% está constituido por población analfabeta. Más del 98% son indígenas.

2o. El factor religioso, parece ser importante en este estudio, pues hacen uso del programa de planificación familiar católicos en 52.17%, probablemente porque el mayor porcentaje de la población está constituida por católicos.

3o. En ningún caso, se encontraron entrevistadas o sus familiares con estudios de ciclo básico, diversificado o universitario. El promedio de años de escolaridad por familia es de 2.35.

4o. El 100% de las investigadas, refirió como principal ocupación los oficios domésticos.

5o. Del total de personas trabajando activamente, el 100% tiene como principal actividad: oficios domésticos en las mujeres y trabajos agrícolas en los hombres.

6o. En el estudio titulado uso de contraceptivos, se encuentra la interrogación si se ofende a Dios con el uso de contraceptivos, y en ningún caso se encontró respuesta positiva:

Si	0	0.00%
No	14	60.67%
No sabe	9	39.13%

Probablemente este resultado, es el producto de la poca comunicación que se estableció con las entrevistadas, ya que:

7o. Una barrera cultural es la comunicación, ya que el grupo investigado habla cakchiquel y poco o nada de castellano.

Todos estos datos evidencian lo supuesto en la Hipótesis, - por lo tanto, SE ACEPTA la Hipótesis No. 3.

IX. CONCLUSIONES

Con los datos recabados en este estudio, se pueden elaborar las siguientes conclusiones:

- 1- Se acepta la hipótesis de que "Los programas de Planificación Familiar" contribuyen a agravar la situación del país al consumir parte de los recursos destinables a otros campos".
- 2- Se acepta la hipótesis de que "Los programas de Planificación Familiar se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos utilizados".
- 3- Se acepta la hipótesis de que "Los programas de Planificación Familiar no toman en cuenta los aspectos Socio-culturales de la población".
- 4- La tasa de natalidad del municipio (1.68) constituye un argumento en contra de la existencia del programa de Planificación Familiar local.
- 5- La atención a gestantes y puérperas cubren a escaso número de estas (40%) a nivel local.
- 6- Las tasas de mortalidad neonatal (30.48%); Post-neonatal (6.1) infantil (36.45) dependen de una atención materno infantil de mala calidad, de un ambiente desfavorable y de un ingreso familiar deficiente.
- 7- La calidad del servicio prestado en la atención materno infantil, no es de buena calidad por ser prestada por personal poco especializado (Enfermeras Auxiliares y Técnicos en

Salud Rural.

- 8- El hecho que en los puestos de salud estudiados no existan muchos de los medicamentos básicos en el tratamiento de las cinco principales causas de enfermedad y si existan anticonceptivos, indica que existe una distribución inadecuada de los recursos de salud.
- 9- La cantidad y calidad de medicamentos existentes, no corresponde con las necesidades de la población.
- 10- Las usuarias del programa de Planificación Familiar viven en un ambiente con saneamiento deficiente.
- 11- El hecho de que el 10% de los embarazos terminan en parto con producto muerto, indica o es consecuencia de la atención del mismo por comadrona sin capacidad, programas maternos deficientes, escasas coberturas, condiciones ambientales y socio económicas desfavorables.
- 12- Las usuarias del programa de Planificación Familiar poseen un elevado porcentaje de analfabetismo (70%).
- 13- Los programas de Planificación Familiar no capacitan a las personas encargadas de desarrollar localmente dichos programas.
- 14- El personal encargado de desarrollar el Programa de Planificación Familiar desconoce los componentes de éste (concepto, objetivos, tareas, criterios para recomendar un determinado método, normas para la detección precoz de efectos iatrogénicos).
- 15- La situación cultural y la dificultad para establecer comu-

nicación con las usuarias, dificulta un estricto control de la iatrogenia.

- 16- El hecho de que exista venta libre de anticonceptivos (oral para el presente estudio), sin receta, aumenta las posibilidades de causar iatrogenia.
- 17- Las usuarias del programa de Planificación Familiar son personas con escasa o nula formación cultural y mala situación económica.
- 18- Para el presente estudio, los anticonceptivos no producen efectos psicológicos iatrogénicos.
- 19- Los principales efectos colaterales que posiblemente se deben al Norinyl son: cloasma, cefalea, náuseas, hiperacididad gástrica, amenorrea (para el presente estudio).
- 20- En Resumen, Planificación Familiar se reduce a la distribución de anticonceptivos, por personal sin previa capacitación y por ende sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos. Distribución en forma indiscriminada, cuyo único resultado es la disminución del número de nacimientos, dejando a la población con los mismos ingresos económicos y con su misma pobreza.
- 21- No existen objetivos claros que persiguen los programas de Planificación Familiar; tampoco justificación para la existencia de los mismos.
- 22- Se puede afirmar que los programas de Planificación Familiar, son de naturaleza compleja, cuyos fines no están plenamente definidos.

XI. RECOMENDACIONES

- 1o. Que los recursos actualmente destinados al programa de Planificación Familiar sean dedicados al desarrollo de otros programas que tengan como finalidad mejorar la situación de salud del pueblo y para este caso en particular.
- 2o. Siendo un hecho que los programas de Planificación Familiar ya están establecidos, se ponga especial énfasis en medidas tendientes a estudiar y evitar en el mayor grado posible los efectos iatrogénicos de los contraceptivos.
- 3o. Que los programas de Planificación Familiar no sean aplicados indiscriminadamente.
- 4o. Que cada comunidad en donde se quiera establecer el Programa de Planificación Familiar, se haga un estudio previo, haciéndose ver la necesidad de la misma.
- 5o. Que se establezcan las justificaciones para la existencia del Programa de Planificación Familiar a nivel nacional.
- 6o. Es necesario el reforzamiento del programa materno infantil, local, en el sentido de dedicar mayor presupuesto (en medicina, equipo y personal bien adiestrado).
- 7o. Es necesario que en los puestos de salud, se brinde atención de buena calidad.
- 8o. Es una necesidad de la población desarrollar un programa de saneamiento ambiental local.
- 9o. Es necesario el adiestramiento de comadronas tradiciona-

les para disminuir el número de nacidos muertos y muertes neonatales.

- 10o. Es necesario establecer un programa de alfabetización local.
- 11o. Es necesario que se supervise adecuadamente el desarrollo de los programas de planificación familiar.
- 12o. Parte de este capacitamiento será enseñar el concepto de Planificación Familiar; sus objetivos, criterios para recomendar determinado método, sistema de referencia para pacientes con problemas iatrogénicos, normas que garanticen el mínimo de iatrogenia.
- 13o. Que no exista venta libre de anticonceptivos.
- 14o. Mejorar la situación cultural de las usuarias del programa de Planificación Familiar.
- 15o. Que las conclusiones y recomendaciones de los trabajos sean estudiadas convenientemente, con el fin de darles utilidad.

XI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- De Fortín, Annette: Elementos a Tomarse en Cuenta en la Elaboración de Objetivos de Salud; Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. 1978 (folleto) 6 págs.
- 2.- Delgado Antonio, Gabarra María: Bases para la Utilización de Comadronas Tradicionales en los Programas de Salud Materno-infantil y Familiar del Area Rural; Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. 1978 (folleto).
- 3.- Juárez Turcios, Rodolfo: Breve monografía del Municipio de Santa Clara la Laguna del Depto. de Sololá. 1978 (trabajo inédito).
- 4.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Diagnóstico Integral de Salud del Municipio de Santa Clara la Laguna; Ministerio de Salud Pública. 1978.
- 5.- Navarro, Vicente: El subdesarrollo de la Salud o la Salud del Subdesarrollo; The Jons Hopkins University, Folleto reproducido por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. 1977. 34 págs.
- 6.- Santizo, Gustavo: Efectos Colaterales de los Anticonceptivos; Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. 1978 (folleto) 6 págs.
- 7.- Soto Avendaño, Arturo: Consideraciones Demográficas Guatemaltecas; Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas Fase II. 1975 Folleto.
- 8.- Soto Avendaño, Arturo: Población Nacional y Mundial; Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase II. Folleto. 16 págs.
- 9.- Stallones, Reuel: El Ambiente, la Ecología y la Epidemiología; Universidad de Texas; Folleto reproducido por Artes Gráficas Fac. de Ciencias Médicas USAC. 1976.
- 10.- USAC: Indicadores Demográficos, USAC, Fac. de Ciencias Médicas, Fase II. 1975. Folleto. 2 págs.

Br. JOSE LUIS DOMINGUEZ RUEDA

Asesor

DR. ROBERTO ORELLANA

Revisor

DR. MILWARD VAN TUYLEN

Director de Fase III

JULIO DE LEON MENDEZ

Secretario General

DR. RAUL A. CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

Decano

DR. RAUL A. CASTILLO MONTALVO