UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CARACTERISTICAS Y CONSECUENCIAS DE LA PLA-
NIFICACION FAMILIAR EN EL MUNICIPIO DE VILLA
NUEVA"

T E S I S

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

P O R

EDGAR ARNOLDO ESCOBAR PAIZ

En su Acto de Investidura como

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1979

DEDICO ESTA TESIS

A mis Maestros.

A los Establecimientos:

Teresa de Avila

San Sebastián

Instituto Central de Varones

Instituto Adolfo V. Hall Central

A la Facultad de Ciencias Médicas

Al Hospital General San Juan de Dios

Al Hospital Nacional de Escuintla

A la Cruz Roja Guatemalteca

Al Centro de Salud de Villa Nueva

A mis compañeros de Promoción

A mis Compañeros de Trabajo.

PLAN DE TESIS

TITULOS

Motivación para realizar el presente trabajo

Agradecimiento

I Introducción

II Antecedentes

III Descripción del Area de Trabajo

IV Historia de la Planificación Familiar en Guatemala

V Objetivos de la Investigación

VI Hipótesis

VII Diseño, Metodología y Características de la muestra,
Preparación del Trabajo de Campo y Aplicación del
Estudio.

VIII Desarrollo

El Programa de Planificación Familiar en Villa Nueva.
Características Sociales de la Familia de las usuarias
estudiadas.

Características Discriminatorias del Programa actual
de Planificación Familiar.

Efectos Iatrogénicos

Mecanismos de distribución de los Productos Anticon-
ceptivos.

Disponibilidad y utilización de los Recursos de Salud
en Función de prioridad.

Opinión y Actitudes de los Líderes Locales sobre el -
Problema Demográfico y la Regulación de la Natali-
dad.

X Análisis y Discusión de los Resultados

XI Resumen

XII Conclusiones y Recomendaciones

XIII Bibliografía.

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis incluye revisión de literatura existentes en nuestro medio sobre Planificación Familiar, los distintos enfoques que sobre la misma se han hecho, a los que nos hemos referido en gran medida en el capítulo de Historia de la Planificación Familiar en Guatemala. La descripción del área de trabajo y la vivencia con la comunidad que la compone, es parte de la existencia misma al radicar en dicha comunidad y ser partícipe de sus problemas. La metodología empleada fue la de encuesta, entrevistados-entrevistador; que dió margen a preguntas y respuestas, cerradas y abiertas para tener un criterio real y propio del programa de Planificación Familiar en Villa Nueva, las características sociales de las familias de las usuarias entrevistadas en el programa de Planificación Familiar, las características discriminatorias de programa de Planificación Familiar en lo estatal y la forma de ejercerlo en la Medicina Privada, la distribución indiscriminada de anticonceptivos, la disponibilidad y utilización que tiene el programa Planificación Familiar sobre el resto de programas de salud y conocer entre otras cosas, la opinión y actitudes de los líderes locales sobre el problema demográfico y la regulación de la natalidad. Todo esto fue realizado con la observación propia y estrecha y con la participación personal durante el período de investigación en los programas desarrollados en el Centro de Salud de Villa Nueva.

El enfoque propio se hace presente en el análisis y discusión de los resultados, en las conclusiones y recomendaciones. Se ha procurado una bibliografía variada sobre el tema, aparte de ser en su mayoría actualizada.

II ANTECEDENTES

No existe un trabajo anterior sobre este tema en el Municipio de Villa Nueva. En la región de las Verapaces se ha hecho dos estudios de revisión; uno sobre "El Inadecuado Programa de Planificación Familiar" trabajo de tesis del Dr. Ariel Martínez y un trabajo de revisión "Auditoría Médica sobre Fichas de Usuarios" que asisten al Programa de Planificación Familiar, trabajo de tesis del Dr. Nery Lucero. Ambos trabajos de tesis son de 1978.

III DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

Diagnóstico de la Situación Actual de Villa Nueva:

Factores Determinantes:

En Villa Nueva existen dos grandes grupos; el grupo laboral y el grupo patronal y de éstos derivan los grupos intermedios, de pequeños industriales y pequeños comerciantes. Su población, ladina en su mayoría, con migración continua y progresiva por su vecindad con la ciudad capital. - Existe un gran número de organizaciones Sociales y Deportivas.

Geográficas y Jurisdiccionales

Altitud 1,454 metros, temperatura 20°C., humedad 80%, - vías de comunicación por carretera CA-9, a 16 Kms. de la ciudad y colinda con Petapa y Villa Canales por carretera asfaltada, con Santa María Milpas Altas por carretera balastrada. Su población es urbana, con 132 manzanas y - 2,300 casas. La población total es de 50,000 habitantes y su extensión territorial es de 114 kms² con una densidad - de población de 368 habitantes por km² contando con una cabecera municipal, cuatro aldeas, dos caseríos y once fincas, que distan de la cabecera municipal unos 14 kms por carretera balastrada transitable todo el tiempo.

Educación

Su población es alfabeta en un 75%, cuenta con 14 escuelas nacionales, dos primarias nocturnas, 3 colegios de Educación Primaria, 2 colegios con Educación Básica Nocturna y un Instituto Básico Nacional.

Industrias:

Cuenta el Municipio de Villa Nueva con las más variadas - industrias desde aceros prefabricados y producción de pintura en gran escala, hasta industrias de productos lácteos. La mano de obra regional es no calificada en su gran mayoría.

Salud

Villa Nueva cuenta con dos centros de salud, uno tipo B, - que es al mismo tiempo jefatura de dos distritos (Villa Nueva y Petapa) y uno tipo C, en Bárcenas; existen cuatro farmacias particulares y una farmacia municipal.

Población Ectaria

Menores de 1 año.	2,000
De 1 a 2 años.	1,835
De 2 a 6 años.	6,895
De 7 a 14 años.	13,230
De 15 a más años	26,040
Total.	<u>50,000</u>

Fuente: Aproximación de la población realizada por el Centro - de Salud de Villa Nueva para 1978 en base al último censo Nacional y las normas y fórmulas que para el efecto emplea el Mi - nisterio de Salud Pública y Asistencia Social.

IV HISTORIA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN GUATEMALA

Aspectos sobresalientes de la Planificación Familiar:

Historia:

En Guatemala la Planificación Familiar ha sido enfocada desde 1926 por el Dr. Carlos F. Mora.

En la década 1930-40, existieron los trabajos de investigación - de los Drs. Gustavo A. Trangay y Dr. Roberto H. Calvo¹.

En 1960 se inicia la Asociación Pro-Bienestar de la Familia - - Guatemalteca (APROFAM), que es afiliada a la Federación In - ternacional de la Planificación Familiar (I.P.P.F.)² que adoptó - la Planificación Familiar como uno de sus medios para lograr - sus objetivos.

La Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) obtuvo - su personería jurídica en Agosto de 1964 e inició sus activida - des con la primera clínica en 1965. Desde entonces proporci - ona en forma gratuita al inicio, y casi en la misma forma actual - mente, dispositivos intra uterinos tipo LIPPES, sets de anticon - ceptivos orales y otro medio de anticoncepción que le son pro - porcionados gratuitamente por la IPPF.

1. Glauses Pira /1971/ Planificación Familiar p.p. 2-/Trabajo de Tesis.
2. Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia Universi - dad de Chicago / "Perspectivas para la Planificación Fami - liar en áreas Rurales de Guatemala".

En 1966 en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, realizó un estudio sobre fecundidad, entrevistando a 2,036 mujeres³.

Para 1967 APROFAM, realizó un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública con el que APROFAM ofrecía servicios de Planificación Familiar con Proyectos Pilotos en el área rural.

En 1967, el Instituto Centroamericano de Población y Familia - realizó otra investigación sobre la "Fecundidad en Guatemala".⁴

Para 1969 APROFAM realizó un trabajo de investigación para analizar "La Comunicación para Planificación Familiar en la Comunidad" con ayuda de la Fundación Ford. Se llegó a la conclusión de que todavía existían problemas que entorpecían sus objetivos en los servicios clínicos, por lo que decidió desarrollar programas de información conjunta con los servicios de Salud.⁵

Para 1971 el INCAP, realizó una encuesta sobre Planificación Familiar según guías de seguimiento dados por APROFAM.⁶

3. "Informe Preliminar sobre encuesta de Fecundidad en Guatemala". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas / 1967.

4. "Fecundidad en Guatemala" Instituto Centro Americano de Población y Familia (INCAPI) 1972.

5. Sweeney, William O. / Guatemala / "A Survey of Communication Information and Education Programs in Family Planning" Ford-Foundation / Guatemala 1970.

6. Recinos, Luis A., Mejía Pivaral, Víctor, Roberto E. Klein "Encuesta sobre Planificación en cuatro aldeas ladinas del oriente de Guatemala / 1971.

Para 1976, (APROFAM) logró el control y distribución completa hasta los centros de Salud del material anticonceptivo (para que nunca fallara la red de suministros), al igual que el control completo del programa de información a nivel nacional, ya que con el acuerdo que existía anteriormente no lograba las coberturas propuestas.

El plan de APROFAM es incorporar el 100% de los centros de salud que existen actualmente en el país, 600 en total para 1979, justificando su motivación, por el nivel de vida socio-económico de la familia guatemalteca, tratando de aclarar en esa forma que no es únicamente la situación demográfica y el control natal el que le ocupa. Para lo anterior, APROFAM ha realizado un excelente trabajo de investigación en el que hace énfasis de la necesidad de incrementar sus coberturas en los sectores indígenas y campesinos del interior del país a través del apoyo constante de la propaganda radial, escrita y televisada.⁷

Para 1978 la Universidad de San Carlos al igual que el resto de Universidades Centroamericanas, deciden enfocar a la Planificación Familiar como problema, iniciando un estudio en sentido crítico a nivel nacional, el que habría de finalizar en junio de 1979.

7. "Perspectivas de la Planificación Familiar en áreas Rurales de Guatemala". / Universidad de Chicago, 1978.

V OBJETIVOS:

Los Objetivos de esta Investigación:

Era necesario para mi comunidad, llevar a cabo una investigación que reuniera las características de la Planificación Familiar, sus consecuencias y las opiniones de distintos sectores de decisión en el medio, sobre el problema.

1. Generales:

- 1.1 Contribuir con la Universidad 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 Estudiar las consecuencias de la Planificación Familiar en los campos Psico-Biosociales.

2. Específicos:

- 2.1 Conocer las características de los programas de Planificación Familiar (sus componentes, actividades, tareas, normas, recursos y coberturas)
- 2.2 Conocer las características sociales (concepción de la familia, su formación y composición, hábitos y creencias) dentro del grupo investigado.
- 2.3 Establecer el carácter discriminatorio en la aplicación de la Planificación Familiar.
- 2.4 Detectar, en la medida de lo posible, los efectos iatrogénicos de los métodos de contracepción.
- 2.5 Determinar los mecanismos de distribución de los productos contraceptivos.

- 2.6 Establecer el grado de utilización de los recursos de salud de Villa Nueva, en función de prioridades. (Salud - Planificación Familiar).
- 2.7 Conocer la opinión y actitudes de los líderes locales, sobre el problema demográfico y la regulación de la natalidad.

VI HIPOTESIS

Se someterán a prueba las siguientes hipótesis:

1. El Programa de Planificación Familiar contribuye a agravar la situación de salud del país, al consumir parte de los recursos destinados a la atención de otros campos.
2. En el programa de Planificación Familiar se reproduce el carácter discriminatorio de la práctica médica.
3. Los programas de Planificación Familiar se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos utilizados.
4. Los programas de Planificación Familiar no toman en cuenta los aspectos socio-culturales de la población.
5. Los programas de Planificación emplean para su difusión y aceptación, esquemas de paternidad responsable, y poder así encubrir su verdadera meta de control natal.

VII EL DISEÑO QUE SE UTILIZO

Como base para la investigación se utilizaron los instrumentos de encuesta desarrollados por la Universidad de San Carlos de Guatemala y de ICAPF-IDESAC, que habían sido diseñados para este tipo de investigación, fueron modificados en algunos aspectos por el investigador para encajar en los intereses y necesidades del presente trabajo de tesis.

Metodología Empleada

Entrevista (entrevistador-entrevistado) con preguntas cerradas y abiertas de cuestionarios.

Método Empleado

El método Científico

La Muestra

Por la importancia de estudiar la Planificación Familiar en Villa Nueva, de 72 usuarios que asistieron al programa de Planificación Familiar en los meses que duró el estudio, se entrevistó y estudió a 32 usuarias, que hacen un 44.8% del universo total de usuarias.

Todas estas usuarias entrevistadas accedieron en forma voluntaria a la entrevista, en los que se contemplaban las características sociales de la familia de los entrevistados y los efectos iatrogénicos de los productos contraconceptivos.

Para estudiar el carácter discriminatorio en la aplicación de la Planificación Familiar, se pasaron encuestas a médicos que ejer

cen en forma privada en la localidad. Para estudiar la forma de desarrollarse el programa de Planificación Familiar en Villa Nueva, se estudió el existente en el centro de salud local, en el mismo lugar se hizo el estudio de disponibilidad y utilización de los recursos en salud, en función de prioridades.

Para conocer la opinión y actitudes de líderes locales sobre el problema demográfico y regulación de la natalidad, se entrevistó al Sr. Alcalde, a Síndicos de la Corporación Municipal, Directores Empresariales, Presidentes de comités locales (Reconstrucción, Religiosos), Maestros de Educación Primaria, de Escuelas Públicas y Privadas, Sacerdote y Pastores Evangélicos a quienes se les tomó como requisito que ejercieran y radicaran en el municipio, para aproximarnos lo más posible a las variables estudiadas.

Preparación del Trabajo de Campo

Para realizar el presente trabajo se contó con autorización del Jefe del Distrito y Director del Centro de Salud local, al igual del personal que labora en el ramo de salud de dicho centro.

Recolección y Procesamiento de Datos:

El trabajo de campo empezó el 28 de Febrero de 1978 y terminó el 10. de Agosto de 1978. El proceso de codificación tanto de respuestas cerradas como abiertas, se realizó posteriormente.

VIII DESARROLLO

8.1 El programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud de Villa Nueva¹

Para la obtención de los presentes datos, se elaboró una ficha de encuestas al Jefe de Distrito y Director del Centro de Salud. Se tuvo entrevista personal con el equipo de enfermería que lleva a cabo el programa y se observó personalmente el mismo.

El programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud de Villa Nueva, ocupa lugar entre los programas secundarios. La razón que justificó la existencia de dicho programa fue la de "Razones Socio Económicas de la Familia".²

Concepto de Contracepción Existente

Se entiende por contracepción los métodos anticonceptivos que evitan que la mujer quede embarazada, evitando el nacimiento de niños no deseados.

Subordinación del Programa

El programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de Villa Nueva, está subordinado al programa de Pla

1. Debería leerse el programa de Control Natal
2. Razón y justificación que se esgrime en los países a los que se pretende controlar su Natalidad.

nificación Familiar que dirige la Asociación Pro-Bienestar de la Familia, APROFAM y que autoriza la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), bajo el control exclusivo de APROFAM.

Objetivos:

Generales: Promover el control de la Natalidad

- Específicos:
- Cubrir el máximo de población en el menor tiempo posible
 - Disminuir las tasas de natalidad de la población
 - El control sistemático y de mentalización de la usuaria a través de la recepción de los métodos anticonceptivos que emplea.

Actividades:

Las actividades que se realizan de contracepción son: charlas y distribución de anticonceptivos a las usuarias inscritas.

Se presta orientación a la pareja un día a la semana, por una enfermera auxiliar y se les proporciona, a bajo costo, dos días a la semana, los medios anticonceptivos que solicitan. El programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud de Villa Nueva proporciona anticonceptivos orales, Norynil, anticonceptivos inyectados, depoprovera, dispositivos intra uterinos tipo Lippes, anticonceptivos locales (jaleas, preservativos), y remisión a los hospitales nacionales de las parejas que solicitan técnicas quirúrgicas de esterilidad.

APROFAM pasa diariamente en los programas más escuchados -

de la radio, no menos de 6 cuñas radiales, apoyando los programas de Planificación locales, aparte de panfletos y afiches con los que tapiza estratégicamente el Centro de Salud, también tiene anuncios televisados.³

Las enfermeras, a través de las charlas a las parejas, promueven los distintos métodos anticonceptivos, con lo que se adquiere -- nuevas usuarias.

Llevan un control de kardex de cada caso atendido (tarjeta individual por paciente) y a su inicio se les hace un examen médico con un control citológico (Papanicolau).

CRITERIOS

El Centro de Salud de Villa Nueva, emplea el criterio de Demanda Espontánea básicamente.

Se da una orientación a la familia que lo solicita, ellos escogen un método, el que consideren más adecuado y si hay una contra indicación se les hace ver. Al iniciarse en el programa de Planificación Familiar, se les practica un examen médico, -- posteriormente las usuarias tienen citas periódicas al Centro de Salud donde son atendidas por enfermeras adiestradas y donde -- generalmente se limita el control a preguntas, para contestar si la usuaria ha notado algún cambio y se le da un plan educativo.

3. La actividad recibe diariamente apoyo radial en todo el territorio nacional, cosa que no se hace en todos los EE.UU. -- ni existe para los programas de salud local.

A las pacientes con problemas de infertilidad se les remite a los hospitales nacionales, llenando el médico una hoja de referencia después del examen físico e interrogatorio.

Los métodos anticonceptivos más empleados son:

- Anovulatorios orales (primer término)
- Dispositivos intra uterinos - DIU (segundo término)
- Anovulatorios inyectados (tercer Término)
- Métodos locales (jaleas-preservativos, etc) (Cuarto término)

Adiestramiento del Personal (recursos humanos)

El 100% del personal que labora en el programa de Planificación Familiar ha tenido adiestramiento directo y de apoyo constante de educación continuada, por APROFAM; el adiestramiento se extiende al resto del personal que labora en el mismo.

Tiempo:

El programa de Planificación Familiar en Villa Nueva ocupa 10 horas a la semana, o sea 450 horas al año que no son exclusivas del programa de Planificación Familiar, sino que las comparte con el programa Ginecológico (cuyos objetivos son distintos: prevención y control de amenazas del aborto, infertilidad, etc.)

En este programa ginecológico que es ajeno al de Planificación Familiar, se realiza el control médico de las usuarias que han referido problemas, aparte del control citológico de las usuarias y no usuarias.

El tiempo dedicado por el médico al programa ginecológico no puede incrementarse, ya que ha de atender el resto de pro-

gramas prioritarios y secundarios.

Cobertura:

El programa de Planificación Familiar tiene base de autofinanciamiento y el excedente, 10%, es reintegrado al Centro de Salud en bonificaciones de productos anticonceptivos; y cuando se solicita, previa a una tramitación especial, se reintegra en equipo médico para el programa de Planificación Familiar.

Existe una enfermera destinada y presupuestada para cubrir el programa de Planificación Familiar, aunque por política interna del Centro de Salud de Villa Nueva, la clínica de Planificación Familiar la cubren enfermeras en turnos de 1 semana cada una.

Usuaris atendidas durante el tiempo de estudio:

Nuevos Usuarios.	58
Sub-secuentes.	14
Total atendidos	72

Usuaris estudiadas en la presente investigación:

Usuaris estudiadas 32

Equivale al 45.8% de total del universo que asistieron durante el tiempo del estudio.

Aprovisionamiento:

Es característico el aprovisionamiento constante de la farmacia del programa de Planificación Familiar, en comparación a la falta de medicamentos de primera línea de enfermedades infecto contagiosas en el centro de salud de Villa Nueva, (que es la misma situación para el resto de Centros de Salud

de la República)

Ejemplo:

Norinyl 200 sets (Unidades) Penicilina 60 fcos.
 Depoprovera 70 Amp. (Unidades) Ampicilina oral 10 fcos.
 Dispositivos intra uterinos 20 (Unidades) Cloranfenicol 5 fcos.

Aparte de la diferencia numérica está la del precio de adquisición, los sets cuestan 0.15 ¢. La penicilina procaina, si se da en el Centro de Salud, se obsequia, pero si se compra en una farmacia, su precio es de 0.60 ¢ cada frasco.

Características Sociales de las familias de las usuarias estudiadas.

Datos Generales

Usuaris que acudieron al programa de Planificación Familiar durante los meses del 1o. de febrero 1978 al 31 de julio de 1978.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Nuevas	9	3	15	12	13	6
Sub-secuentes	-	4	6	-	-	4
Sub totales	9	7	21	12	13	10

Total 72 usuarias atendidas en 6 meses.

Usuaris estudiadas en la investigación

Total 32 usuarias que aceptaron voluntariamente la investigación.

Del 100% de las investigadas ninguna rechazó el estudio.

Porcentaje de las usuarias estudiadas = 45.8% del total de usuarias que acudieron al Centro de Salud de Villa Nueva en 6 meses.

Datos Generales de las Usuaris Entrevistadas

Inscritas por Demanda Espontánea. 90.6%
 Inscritas por Indicación Obstétrica 9.6%

Edad Promedio 24 años

Lugar de residencia

Area urbana de Villa Nueva. 77.7%
 Area del Municipio de Villa Nueva. 15.6%
 Otros Municipios Vecinos. 6.37%

Estado Civil

Unidas. 50 %
 Casadas. 37 %
 Solteras. 9.3%
 Separadas 3.2%
 Viudas. 0.0%

Tiempo promedio de Convivencia 6.5 años

Religión

Católicas.	75 %
Evangélicas	15 %
Áteos.	9.3%
Otras Religiones.	0.0 %

Escolaridad

Alfabetas.	78 %
Analfabetas	22 %
Promedio de escolaridad, 3er año primaria	
El 28% había terminado el 6o.año primaria.	

Ocupación

Oficios Domésticos.	68 %
Trabajo Remunerado	31 %
Trabajo temporal (50 % del trabajo remunerado)	
(15.5% del universo estudiado)	
Trabajo permanente (50 % del trabajo remunerado)	
(15.5% del universo estudiado)	

Tipo de Trabajo

Tortilleras.....	6.25 %
Cocineras.....	6.25 %
Lavado y Planchado.....	6.25 %
Prostitución*.....	6.25 %
Niñeras.....	3.12 %
Obreras de fábricas.....	3.12 %

* Ejercen en forma remunerada.

Tenencia, Extensión y uso de la Tierra

Tenencia y Extensión

No tiene ninguna propiedad para cultivo el 81.25%, tienen tierra para cultivo el 18.75%.

De los que tienen tierra promedian 3,598 V² (Varas cuadradas) o lo que es lo mismo 2,515 m² (metros cuadrados) cada uno.

Es propio en el	12.5 %
Es arrendado.....	3.12 %
Es en usufructo.....	3.12 %

Uso de la Tierra

Cultivos temporales.....	9.37 %
(maíz, frijol, flores, maicillo)	
Cultivos permanentes.....	1.25 %
Crianza.....	6.25 %
(vacas y cerdos)	

Situación Ambiental:

Tenencia de la Vivienda:

Alquilada.....	52.8 %
Usufructo.....	25 %
Propia.....	21.12 %

Tipo de Vivienda:

- A- Casa con servicios separados, agua y luz
Construcción estable (block-ladrillo)
 - B- Casa con servicios separados, agua y luz
Construcción inestable (adobe-madera)
 - C- Casa de un ambiente y servicios separados (con fuente
de agua a menos 500 metros)
 - D- Casa de un ambiente y construcción inestable
(lepa, retazos de construcción, sin fuente de agua a -
menos de 500 mts.)
Casa tipo A.....	3.12 %
Casa tipo B.....	21.8 %
Casa tipo C.....	75.0 %
Casa tipo D.....	0.0 %

Número y clase de Ambiente

Un solo ambiente.....	15.6 %
Un ambiente y cocina separada.....	62.5 %
Dormitorio y serv.separados.....	21.8 %

Promedio de dormitorios (por -
familia).....	2.8
Promedio número de camas (por
familia).....	2.7

Agua

Instalación interna.....	65.6 %
Chorro público.....	28 %
Pozo.....	3.2 %
La obtienen del vecino.....	3.2 %

Disposición de Excretas

Letrina o excusado.....	56.2 %
Inodoro agua corriente.....	34.3 %
No tienen.....	9.7 %

CONCEPCION DE LA FAMILIA

Institución fundada normalmente en el matrimonio y constituida por personas ligadas por el vínculo del parentesco, que ya viven conjuntamente y bajo una autoridad común, ya de modo separado, se deben afecto y mutuo auxilio, y tienen como tales miembros de la entidad FAMILIAR, derechos y obligaciones recíprocas, y en el orden moral, deberes de respeto y obediencia. La Familia, institución en la que se cumplen todos los fines de la vida, acompaña a la historia del ser humano, se muestra más o menos vigorosa según las diversas concepciones y vicisitudes de los tiempos, pero positivamente representa la primera entidad de tipo orgánico y la cédula inicial del Estado y el Poder Político (1).

Para obtener el concepto de familia de las usuarias del programa de Planificación Familiar, se incluyeron una serie de 17 preguntas abiertas las que se agruparon primero como respuestas y luego se sub-clasificaron bajo distintas razones (que agrupaban las respuestas relacionadas entre sí) siempre procurando que la respuesta fuera el concepto propio de la entrevistada, razón por la cual algunas respuestas no parecían relacionadas con la pregunta.

(1) Definición dada por el Dicc. UTEHA p.p. 1174 Tomo IV)

Preguntas

Qué cree que es la familia?

No sabe.....	31.2 %
El hogar para convivir.....	15.6 %
Sus hijos.....	15.6 %
Una felicidad.....	13.0 %
Un grupo formado por padre y madre.....	6.25%
Protección.....	6.25%
Una familia.....	3.12%
Formada por padres e hijos.....	3.12%
Son los que viven.....	3.12%
Es amor.....	3.12%

Sub Clasificación de lo anterior

Relación de consanguinidad.....	34.2 %
No sabe.....	31.2 %
Razón afectiva.....	18.75%
Razón Social.....	15.62%

Para qué cree usted que sirve o existe la Familia?

Para ayudarse con el tiempo....	34.2 %
No sabe.....	28.1 %
Para alegría del hogar.....	9.3 %
Para convivir con ellos.....	6.25%
Para tener unión en la vida....	6.25%
Para ver crecer a sus miembros	6.25%
Para emparentar con familiares	3.12%
Para mandar y darle consejos a sus hijos...	3.12%
Para ayudarse mutuamente.....	3.12%

Sub-Clasificación

Razón económica social.....	41.44%
Razón afectiva.....	30.44%
No sabe.....	28.12%

Por qué cree usted que se deben tener hijos?

Para que sirvan cuando sean grandes.....	31.2 %
Porque Dios así lo quiere.....	18.75%
Para tener felicidad en el hogar.....	18.75%
Al casarse hay que tener hijos.....	9.3 %
Son indispensables en el hogar.....	6.24 %
No sabe.....	6.24 %
Para crearlos y darles estudio.....	3.12 %
Para que cuando se sienta, se está embarazada.....	3.12 %
Porque es necesario.....	3.12 %
Por amor.....	3.12 %

Sub-Clasificación

Razón económica social.....	40.62 %
Razón afectiva.....	31.35 %
Razón religiosa.....	12.5 %
Razón descendencia.....	9.35 %
No sabe.....	6.24 %

A quién considera como su verdadera familia?

A sus hijos.....	25 %
A su esposo y a sus hijos.....	18.75 %
A su esposo, a sus hijos y a sus padres....	12.44 %
A sus hijos y a toda su familia.....	6.24 %
A sus padres y a sus hijos.....	6.24 %

A su padre.....	6.24 %
A sus padres, hermanos y abuelos.....	6.24 %
A sus tíos.....	3.12 %
No entiende.....	3.12 %
A su esposo, a sus hijos, la familia de - ambos.....	3.12 %
A todos.....	3.12 %
A su madre y a su esposo.....	3.12 %

Considera que su esposo es parte de su familia?

Si.....	93.75 %
No.....	6.24 %

SI

Porque es su esposo.....	24.96 %
Porque es el padre de sus hijos.....	15.62 %
Porque están unidos.....	9.3 %
Porque con él conviven.....	9.3 %
Es el eje de la casa.....	9.3 %
Porque él mira por ellos.....	6.24 %
Porque se le quiere.....	6.24 %
Porque allí está.....	3.12 %
Porque sí.....	3.12 %
Porque no hay problemas entre los dos.....	3.12 %
No sabe.....	3.12 %

NO

Porque están separados.....	3.13 %
Porque no entiende la pregunta.....	3.12 %

Sub-División a pregunta anterior

SI

Razones de consaguinidad.....	37.4 %
Razones sociales.....	31.2 %
Razón afectiva.....	21.8 %
No sabe.....	3.12%

NO

Razón afectiva.....	3.12%
No sabe.....	3.12%

Cree usted que los familiares de su esposo son parte de su familia?

Si -----	65.6 %
No -----	34.3 %

SI

Porque de ellos proviene él.....	18.75%
Porque convive con ellos.....	15.60%
Porque le tratan a una bien.....	9.36%
Porque se ayudan.....	9.36%
Porque son buenos con ella.....	9.36%
No sabe.....	3.12%

SI

Sub-División

Razón Socio-Económica.....	25 %
Razón consanguinidad.....	18.75%
Razón afectiva.....	18.75%
No sabe.....	3.12%

NO

Porque son harina de otro costal.*	6.24%
Porque son independientes	6.24%
Por el comportamiento de ellos	3.12%
Sus hijos no son de él	3.12%
No sabe	3.12%
No son la misma sangre	3.12%
No conviven	3.12%
Porque son familias de él	3.12%
Son buenos pero no	3.12%

* Modismo empleado en nuestro medio.

No Sub-División

Consanguinidad	16.6 %
Socio Económico	16.6 %
No sabe	3.12 %

Cuando tiene una pena o un problema en su familia, Qué es lo que hace?

Se lo comunica a su esposo	34.32 %
Se lo comunica a sus padres	15.6 %
Se lo consulta a sus suegros	12.48 %
Se lo consulta a la familia de ambos	12.48 %
Le pide a Dios	6.24 %
Ayudarse mutuamente	6.24 %
Ponerse a pensar	3.12 %
Ayudar	3.12 %
Contarle al resto de la familia	3.12 %
Se lo consulta a su amiga	3.12 %

Sub-División

Criterio familiar	87.36%
Criterio religioso	6.24%
Criterio de meditación	3.12%
Criterio social	3.12%

A qué edad cree usted que deben casarse o unirse los hijos?

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
10 - 14	0 %	0 %
15 - 19	21.89%	40.56%
20 - 24	53.04%	53.04%
25 - más	24.96%	6.12%
Suma de %	100 %	100 %

Cree usted que es bueno que los hombres busquen mujer antes de casarse?

No	68.7 %
Si	31.25 %

NO

Porque después viven con problemas	15.6 %
No sabe	15.6 %

Porque aún no son responsables.....	6.25%
No, ya no reconocen a los hijos.....	6.25%
Porque así no sirve.....	6.25%
Allá ellos.....	3.12%
Porque no.....	3.12%
Porque no saben si les va a ir bien.....	3.12%
Porque dejan de estudiar.....	3.12%
Porque solo pasan el rato.....	3.12%
Porque no se les quiere ver el mal.....	3.12%

No Sub-División

Criterio de prejuicio.....	31.2 %
Criterios sexuales.....	15.6 %
No sabe.....	18.75 %
Criterio de aprendizaje.....	3.12%

SI

Porque necesitan mujer.....	18.6 %
No sabe.....	9.37 %
Talvez se aviven.....	3.12 %

Si Sub-División

Criterio de desarrollo.....	18.6 %
No sabe.....	9.37%
Criterio de aprendizaje.....	3.12%

A qué edad cree usted es bueno que los hombres busquen mujer (de los que dieron una respuesta afirmativa en la pregunta anterior)

EDAD	PORCENTAJE
10 - 14	10 %
15 - 19	70 %
20 - 24	10 %
No refirió	10 %

Criterio de Números de familia (promedio)

De la familia grande tienen el criterio de componerse de.....	6.3 hijos
De la familia mediana, tienen el criterio de que se compone de.....	3.5 hijos
De la familia pequeña tienen el criterio de que se compone de.....	1.4 hijos

Cómo cree usted que debe ser una familia?

Mediana.....	50 %
Pequeña.....	37.5%
Grande.....	9.3 %

Está usted conforme con el número de hijos que tiene?

Si	85%
No	15%

De los que no están conformes desean tener 1.2 hijos (más de los que ya tienen)

INFORMACION ECONOMICA

Le ayudan a usted y a su esposo sus hijos a trabajar?

Si 15.6 %
No 84.3 %

En qué forma?

Trabajan de obreros..... 6.25 %
Dan el gasto..... 6.25 %
No supo referir..... 3.12 %

Por qué no ayudan?

Están muy pequeños..... 74.88 %
Están con su abuelita..... 6.24 %
Están estudiando..... 3.12 %

Información económica de la familia de la entrevista:

Relación porcentual 5.8 %

Oficio u ocupación principal:

Albañiles..... 28.08 %
Obreros..... 18.72 %
Choferes..... 12.5 %
Prostitución..... 6.25 %
Mecánicos..... 6.25 %

Vendedores..... 6.25 %
Pintores..... 3.12 %
Panaderos..... 3.12 %
Electro mecánicos..... 3.12 %
Constructores..... 3.12 %
Carpinteros..... 3.12 %
Guardianes..... 3.12 %
No dió información..... 3.12 %

INGRESOS

Q. 2.77 diarios por familia
Q. 19.39 a la semana por familia
Q. 83.17 al mes por familia

La familia promedio tiene 3.5 hijos en Villa Nueva; y los dos cónyuges suman 5.5 miembros con un ingreso - promedio Q.83.17 al mes, hacen un ingreso percápita de Q.15.83 al mes.

Sub-División

Proveniencia del sueldo:

Patronal Comercial
93% 6.25%

Hijos que trabajan 5.20% todos asalariados y ninguno menor de 14 años.

CARACTERISTICAS DISCRIMINATORIAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Los médicos entrevistados para el presente trabajo, fueron los que están inscritos en el Centro de Salud, como recurso de Salud Local y que ejercen en forma privada.

Número de Médicos entrevistados = 2

Especialistas = 100 %

Especializados en Gineco Obstetricia = 100 %

Qué piensan de la Planificación Familiar en Guatemala?

100% opinaron que era necesaria la Planificación Familiar.

Justificaron la respuesta anterior, por razones socio económicas de la familia y como segunda justificación.

50% justificó por explosión demográfica

50% justificó como conducta en familias de escasos recursos.

1. Como el objetivo del presente capítulo es demostrar las características discriminatorias entre la forma de administrar los contraceptivos en pacientes privados y la forma de hacerlo a través de los Centros de Asistencia Pública de los que se vale APROFAM, resulta significativo el número de 2 médicos, que están inscritos como recursos de Salud y ejercen en forma privada en el área y la forma de éstos de prever la iatrogenia o los efectos colaterales de los contraceptivos y poderlos así comparar con la forma de administrarse y la de prevenir la iatrogenia y los efectos colaterales en los Centros de Asistencia Pública y más aún en los expendios de APROFAM.

Los resultados se dan en porcentaje, por encontrarse en esa forma estadística el resto del trabajo.

Qué criterios sigue para recomendar y/o prescribir algún método de contracepción?

100% refirieron seguir el criterio de Demanda Espontánea y en casos especiales como: cesáreas anteriores, en enfermedad que imponga peligro al embarazo, grandes múltiparas.

Qué precaución toma para que al recomendar algún método se produzca menos iatrogenia?

100% procurar el método más adecuado para el paciente.

Lleva algún tipo de seguimiento a los pacientes con métodos de contracepción?

100% control citológico (Papanicolau)

100% reconsulta cada año

Ha recibido algún tipo de adiestramiento en Planificación Familiar?

50% asistencia al cursillo realizado por APROFAM en 1970, para médicos de Salud Pública.

50% por clínica de Planificación Familiar a su cargo

100% por su especialización (Gineco Obstetricia).

Ha tratado pacientes con problemas de infertilidad?

100 - si

A dónde los ha referido?

50% APROFAM

50% Hospital Nacional

Método de anticoncepción que considera que deben recomendarse y los que cree que no debe recomendarse:

Método que recomienda (según criterio a respuesta a hoja No. 37)

Anovulatorios orales: Los recomiendan el 100%

Norinyl (Noretindrona 17 alfa-etinil, 17 hidroxí 4 - estren 3 - ona) 1 mg.
(Mestranol syntex 3 metil eter del etinil estradiol)
0.05 mgs.

Neogynon (D norgestrel) 0.25 mg.
(etilnilestradiol) 0.05 mg.

Eugynon (norgestrel) 0.5 mg.
(etilnilestradiol) 0.05 mg.

Micronynon: (D norgestrel) 0.15 mg.
(etilnilestradiol) 0.03 mg.

Por qué los recomienda?

Porque son seguros.

Qué complicaciones presentan más frecuentemente sus pacientes?

Trastornos nerviosos
Sensación de pesadez
Trastornos hemorrágicos

Anovulatorios inyectados

100% los recomienda haciendo la observación que él recomienda cuando el paciente insiste.

50% los recomienda solo que el paciente insista.

Depoprovera : (acetato de medroxiprogesterona) 150 mg.

Topasel : (acetofénido de dihidroxiprogesterona) 150 mg.
(Enantato de estradiol) 10 mgs.

Por qué los recomienda?

Porque son seguros

Qué complicaciones presentan más frecuentemente sus pacientes?

Amenorreas prolongadas.

Dispositivos Intra Uterinos

El 100% de los médicos locales lo han usado.

50% de ellos utilizan con más frecuencia el Diu. Tipo Lippes.

Por qué los recomiendan?

Por su seguridad.

Qué complicaciones más frecuentes ha encontrado?

50% de los médicos han encontrado hemorragia intra uterina.

50% de ellos refirieron no haber encontrado complicaciones.

Método del Ritmo

No lo emplean el 100% de los médicos

Por qué no lo recomienda?

50% de los médicos dió por respuesta el hecho de que no siempre tiene voluntad la pareja.

EFFECTOS IATROGENICOS

Estudio realizado en 32 usuarias del programa de Planificación Familiar.

Antecedentes Ginecolatétricos

El promedio de menarquia en las mujeres estudiadas fue a los 14 años.

La frecuencia de menstruación fue:

<u>20 - 25 días</u>	<u>26 - 30 días</u>	<u>31 o más días</u>
9 %	87 %	3 %

Con Dismenorrea: 62%
 Menstruación NL: 37%

Refirieron tensión premenstrual 65%, sin tensión premenstrual el 34%.

Refirieron hemorragia con coágulos el 41% y sin ellos el 59%.

El número de embarazos promedio fue de 3.43%, el número de partos promedio fue de 3.1%, el número de nacidos vivos 3.1%, el número promedio de nacidos muertos en 0.0093, el número de nacimientos por cesárea fue el 9.3% de total de la muestra, y el número de abortos fue el 15.6% de total de la muestra.

Refirieron secreciones vaginales el 43%, de tipo blanquecino el 21.8% y amarillentos el 21.8%.

USO DE CONTRACEPTIVOS

Usan anticonceptivos el 96% de la población estudiada. (Usuarias del programa de Planificación Familiar)
Un 3.12% emplean métodos irreversibles. (POMEROY)

Tipo de método de contracepción que usan:

Oral 78%, Marca Norynil (100%) - Tiempo de uso promedio: 1 año 1 mes.

Inyectable 6.25%, Marca Depoprovera - Tiempo de uso promedio: 4 meses

Dispositivo intra uterino 9.3% tipo Lippes Uterino, Tiempo de uso : 3 años 1 mes 10 días
Otros 6.25%

Ha cambiado usted de tipo de anticonceptivo

No ha cambiado----- 96.8 %

Razones de las usuarias para no cambiar de métodos:

Hasta ahora se inició----- 34.34%
 Es seguro----- 21.8 %
 No ha tenido problemas----- 12.5 %
 Le han caído bien----- 12.5 %
 No dijo por qué----- 6.25 %
 No le han dicho que cambie----- 6.25 %
 Es método irreversibles----- 6.25 %

Sí ha cambiado----- 3.12 %

Razón de las usuarias:

Las pastillas le molestaban----- 3.12 %

Por qué asiste a la Clínica de Planificación Familiar?

Para no tener más hijos-----	37.5 %
Para distanciar el número de hijos-----	37.5 %
El esposo desea más hijos pero ella no-----	9.3 %
Razones obstétricas-----	6.25%
Para control-----	3.12%
Razones económicas-----	3.12%
No sabe-----	3.12%

Quién le recomendó asistir al Programa de Planificación Familiar?

Su esposo-----	31 %
Una enfermera-----	18.7 %
Algún amigo-----	18.7 %
Insistieron ellos mismos-----	9.37%
Promotor de salud-----	6.2 %
Un familiar-----	6.2 %
Lo oyó por la radio-----	6.2 %
Un médico-----	3.2 %

Cree usted que se ofende a Dios al usar anticonceptivos?

Opinaron que no 87%

Razones de su opinión

Es peor que los hijos vengan a sufrir-----	25 %
Ya tiene hijos-----	15.6 %
No sabe-----	15.6 %
Porque no-----	6.25%
Uno tiene que ver cómo se defiende-----	3.12%
No entiende-----	3.12%
No está en la Biblia-----	3.12%
Dios sabe los problemas-----	3.12%

Es peor estar abortando-----	3.12%
Es mejor evitarlos-----	3.12%
Evitar no es pecado-----	3.12%
Porque es para ayudarse uno-----	3.12%
Opinaron que sí-----	13. %

Razones de su opinión de ofender a Dios

Al no tener niños-----	3.12%
Porque los hijos deberían de nacer-----	3.12%
Según la ayuda de Dios-----	3.12%
Escrito está "Mujeres sois para tener hijos"-----	3.12%
Por todo lo que hace una prostituta-----	3.12%

Está de acuerdo su esposo con que usted use anticonceptivos?

Sí ----- 81.22%

Razón

Para evitar tener más hijos-----	37.5 %
Para tener menos número de familia-----	12.5 %
El lo recomendó-----	6.25%
El no necesita más familia-----	6.25%
El sabe que hay que tener pocos hijos para vivir mejor-----	3.12%
No sabe por qué-----	3.12%
Para vivir mejor-----	3.12%
Por eritroblastosis fetal-----	3.12%
A él le cuesta ganar dinero-----	3.12%
Somos pobres-----	3.12%

Sub-Clasificación

1. Disminuir el número de hijos por tener-----	56.25%
2. Razón económica-----	12.48%
3. Razones personales-----	9.37%
4. Razón médico patológica-----	3.12%

No ----- 19.07%

Razón

El quiere tener más hijos----- 9.7 %
 No vive con su esposo----- 6.25 %
 No quiere el esposo por los nervios y jaquecas que
 producen las pastillas----- 3.12 %

EFFECTOS COLATERALES DEL USO DE CONTRACEPTIVOS:

Aparecimiento de Cloasma:

Negativo 78.2 %
 Positivo 21.8 % Tiempo promedio de evolución 1 año
 1 mes

Cefalea:

Negativo 40.6 %
 Positivo 59 % Tiempo promedio de evolución 7 me-
 ses

Cambios en la visión:

Negativo 62.5 %
 Positivo 37.5 % Tiempo promedio de evolución 4 me-
 ses

Aumento de la sed:

Negativo 62.5 %
 Positivo 37.5 % Tiempo promedio de evolución 6 me-
 ses

Aumento del hambre:

Negativo 44. %
 Positivo 56 % Tiempo promedio de evolución 11 meses

Aumento de la orina (micción)

Negativo 57 %
 Positivo 43 % Tiempo promedio de evolución 4 años 3 meses

Aumento de peso:

Negativo 62 %
 Positivo 43 % Tiempo promedio de evolución 7 meses

Sensación de llenura:

Negativo 53.2%
 Positivo 46 % Tiempo promedio de evolución 1 año 2 meses

Tendencia a obesidad:

Negativo 81 %
 Positivo 18 % Tiempo promedio de evolución 2.5 meses

Aparecimiento de ictericia:

Negativo 100 %

Nauseas:

Negativo 78 %
 Positivo 21.8 % Tiempo promedio de evolución 1.3 meses

Pirosis (acidez)

Negativo 59.3 %
 Positivo 40.6 % Tiempo promedio de evolución 3 meses

Aumento del tamaño de los pechos:

Negativo 81.2 %
Positivo 17.8 % Tiempo promedio de evolución 2 meses

Aumento de sensibilidad en los pechos:

Negativo 90 %
Positivo 9.3 % Tiempo promedio de evolución 15 días

Descubrimiento de módulos en los pechos:

Negativo 84 %
Positivo 15.6 % Tiempo promedio de evolución 15 días

Ausencia de reglas (menstruación)

Negativo 75 %
Positivo 25 % Tiempo promedio de evolución 25 días

Aumento de sangrado

Negativo 78 %
Positivo 21.5 % Tiempo promedio de evolución 1 mes

Cambios en la lactancia

Negativo 100 %

Aumento de flujos

Negativo 78 %
Positivo 21.8 % Tiempo promedio de evolución 3 meses

Tristeza

Negativo 71 %
Positivo 29.6 % Tiempo promedio de evolución 9 meses

Decaimiento

Negativo 50 %
Positivo 50 % Tiempo promedio de evolución 7.3 meses

Complejos de culpa

Negativo 81.3%
Positivo 18.7% Tiempo promedio de evolución 4 meses

Tensión nerviosa

Negativo 21 %
Positivo 78 % Tiempo promedio de evolución 4.6 meses

Disminución de la libido

Negativo 56 %
Positivo 43 % Tiempo promedio de evolución 5 meses

Irritabilidad

Negativo 84 %
Positivo 15.7% Tiempo promedio de evolución 10 meses

Aumento de várices

Negativo 69 %
Positivo 31 %

MECANISMO DE DISTRIBUCION DE LOS PRODUCTOS ANTI-
CONCEPTIVOS

Para evaluar la distribución de productos anticonceptivos como de los medicamentos de primera línea en enfermedades generales en el municipio, se encuestó a las farmacias y expendios de medicinas locales, que tenían autorización o no para el efecto, pero que se encontraban distribuyendo medicamentos en el momento de la encuesta.

Establecimientos donde se efectuó el estudio:

Farmacias Privadas entrevistadas	3
Farmacias Municipales entrevistadas	1
Expendio de APROFAM	1

Ubicación de los establecimientos:

Todos ubicados en el municipio de Villa Nueva.

Sistemas de comercialización

Sistemas de créditos para medicamentos generales

Farmacia Municipal	-----	Ninguna
Farmacias privadas	-----	100% (a pagar en 60-90 días)

Expendio de APROFAM ----- no vende medicamentos generales

Sistema de crédito para anticonceptivos

Farmacia municipal	-----	no vende anticonceptivos
Farmacias privadas	-----	100% (para 60 y 90 días)
Expendio de APROFAM	-----	100% (a consignación)

Bonificación en medicamentos generales:

Farmacia Municipal	-----	Ninguno
Farmacias privadas	-----	de cada 50 productos dan - 8 de bonificación

Expendio de APROFAM --- no vende medicamentos generales

Bonificación en medicamentos anticonceptivos

Farmacia municipal	-----	no vende anticonceptivos
Farmacias privadas	-----	no tienen
Expendio de APROFAM	-----	40% (de cada 50 productos - dan 20 de bonificación)

PROBLEMAS INFLACIONARIOS

Alza de precios en medicamentos generales

En los últimos años.

Farmacia Municipal	-----	60% del precio hace 3 años
Farmacias Privadas	-----	60% del precio hace 3 años
Expendio APROFAM	-----	No vende medicamentos generales.

Reducción de Créditos y Bonificación en Medicamentos Generales:

Farmacia Municipal	-----	Nunca ha tenido bonificación
Farmacias Privadas	-----	No ha tenido reducción de la bonificación
Expendio APROFAM	-----	No vende Medicamentos generales

Reducción en Crédito o Bonificación en Producto: Contraceptivos:

Farmacia Municipal	-----	No vende
Farmacias Privadas	-----	No ha tenido
Expendio de APROFAM	-----	Lleva dos meses, pero no ha tenido reducción de bonificación ni crédito.

Exceptuando las Farmacias Municipales

Los expendedores de las farmacias privadas y el expendio - de APROFAM no necesitan de prescripción médica para - vender el producto.

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS DE CONTRACEPCION Y FACILIDAD DE ADQUIRIRLO:

Disponibilidad de Medicamentos

Los medicamentos que acompañan la presente lista son los más - comunmente empleados por los dependientes de farmacias, como:

Enterites y/o Diarreas

<u>Producto</u>	<u>Precio al público</u>
Kodiaquin	2.36
Kaolan	1.20
Sulfaguanidina	0.01 (la tableta)
Kaopetate	1.10

Infecciones Respiratorias

<u>Producto</u>	<u>Precio al público</u>
Cherakol (jarabe)	1.00
Cherakol (tabletas)	0.05
Hostacilina (4,000,000)	0.60
Bisolvón Linctus	3.64
Ampicilina MK (suspensión)	1.80

Avitaminosis

<u>Producto</u>	<u>Precio al público</u>
Durol	2.36
Multivitaminas	2.25
Nutrivit	3.00
Suero Vitaminado D/A 5%	2.95

Infecciones de Piel

<u>Producto</u>	<u>Precio al público</u>
Lowilla (Jabón)	1.65
Micostatín	3.67
Micotex	3.01

Anemias

<u>Producto</u>	<u>Precio al público</u>
Tónico 3S	1.00
Ferrocitán	1.25
Tónico Ferson	1.75

DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS DE CONTRACEPCION

Anovulatorios Orales

<u>Producto</u>	<u>% de Establecimientos que lo expenden</u>	<u>Disponibilidad Promedio</u>	<u>Pre- cio</u>
Norynil	40 %	150 cets.	0.15 c/u
Eugynon	80 %	6 cets.	2.79 c/u
Microgynon	60 %	6 cets.	2.21 c/u

Anovulatorios Inyectados

<u>Producto</u>	<u>% de Establecimientos que lo expenden</u>	<u>Disponibilidad Promedio</u>	<u>Precio</u>
Depoprovera	80 %	7 ampollas	1.27

Contraceptivos Locales

<u>Producto</u>	<u>% de Establecimientos que lo expenden</u>	<u>Disponibilidad Promedio</u>	<u>Precio</u>
Preservativos	100 %	Varias cajas	1.00

Abortivos

Nota: No los conocen como tales los dependientes de las farmacias.

<u>Producto</u>	<u>% de Establecimientos que lo expenden</u>	<u>Disponibilidad Promedio</u>	<u>Precio</u>
Ergotrate	60 %	Varias ampollas	0.22
Aceite de Ruda	60 %	Porción	0.10
Sales de Quinina (Peitier)	40 %	Sobres 3 tabs.	0.20

DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS RECURSOS DE - SALUD EN FUNCION DE PRIORIDADES:

Morbilidad:

(primeras 10 causas de morbilidad, tomadas de la fórmula No. 4, de información Estadística del Centro de Salud).

Desnutrición Proteico Colórica (DPC)	212	15.90%
Parasitismo Intestinal	210	15.75%
Gripe	178	13.35%
Enterocolitis	158	11.85%
Bronquitis	124	9.30%
Infección Respiratoria superior	120	9.00%
Dermatitis	109	8.17%
Tricomoniosis	98	7.35%
Laringitis	76	5.70%
Conjuntivitis	48	3.60%

Tasa anual cruda de natalidad para 1977 en Villa Nueva:

Niños nacidos vivos

$$\text{Población} \times 1,000 = \frac{2,000}{50,000} \times 1,000 = 0.04 \times 1,000 = 40 \text{ por mil habitantes.}$$

Tasa de mortalidad infantil para 1977 en Villa Nueva (Niños menores de 1 año)

Niños muertos menores de 1 año

$$\text{Niños nacidos vivos} \times 1,000 = \frac{80}{2000} \times 1,000 = 0.004 \times 1,000 = 4 \times 1,000 \text{ nacidos vivos.}$$

Distribución por Edad de la Población

Menores de 1 año	2,000
de 1 a 2 años	1,835
de 2 a 6 años	6,895
de 7 a 14 años	13,230
de 15 o más años	26,040
Total	50,000 habitantes.

La suma de los menores de 1 año con los niños de 2 años - dará el total de niños a atender en el programa NIÑO SANO, (3,835 niños) de los que supuestamente el IGSS atendería - - (40%) 1,534 niños. Los programas de Niño Sano contemplan 6 consultas al año.

PROGRAMAS EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD DE - VILLA NUEVA

La programación en el Centro de Salud de Villa Nueva - al igual que el resto del país, y de los países en vías de desarrollo, se hace en base al rendimiento máximo de los recursos de salud (instrumentos) y no en base a la población total a cubrir. En nuestro caso específico 50,000 habitantes.

Los programas prioritarios giran en base al servicio Hrs. - Médico, y para la anterior población se cuenta solamente - con un médico de Salud Pública, graduado y especializado, que entre otras funciones está la de ser jefe de distrito con 1,560 hrs. año presupuestadas, 30 hrs. a la semana. Lo anterior nos dará un máximo de 6,240 consultas al año (4 consultas por hora promedio), lo que a simple vista no tiene proporción a las necesidades de la población.

Analicemos como no es posible cubrir con esas horas médico ninguno de los programas, aún cuando hipotéticamente el - IGSS cubriera a la población laboral.

La clínica opera de lunes a viernes, se contempla en la programación la pre y post consulta dadas por enfermería auxiliar; lo que en parte nos aumentará las horas consultas en - enfermera, pero no horas médico. Si se pretendiera cubrir la morbilidad general, se necesitarían como mínimo dos con - sultas al año, lo que nos daría como resultado 100,000 con -

sultas al año, lo cual a todas luces es imposible contra el máximo de 6,240 consultas que podría proporcionar el médico, si - - contemplamos que el IGSS está obligado en nuestro medio a cubrir el 40% de población en edad laboral, (cifras máximas e hipotéticas) en nuestro medio, cubriría en el sector Niño Sano a - 1,534 niños (hijos de obreros afiliados), con un promedio en este rubro de 6 consultas por niño al año. Restarían por cubrir en Villa Nueva a 2,301 niños de 0 a 2 años, lo que nos daría un total de 13,806 consultas, lo que nuevamente sería imposible cubrir a cabalidad y conciencia si el total horas médico no es mayor su número máximo de consultas a 6,240 consultas. Casi similar si pretendiéramos abarcar con todos los recursos un programa de enfermedad común en la población económicamente activa o de edad laboral, y el IGSS cubriera el 40% de esta población, - cubriría a 10,416 habitantes mayores de 15 años, con un promedio de 2 consultas al año, (20,832); restarían por cubrir de esa - población 15,624 habitantes a 2 consultas promedio por año igual 31,248 consultas; nuevamente ni el máximo de consultas médicas por año cubriría ni el 20% de dicha población. Ante lo anterior, la programación de un Centro de Salud como el de Villa Nueva tiene contemplados programas prioritarios y secundarios, y a pesar de ello sus coberturas por horas máximas del instrumento (médico-enfermera-enfermera auxiliar) son el 100%, pero no así la cobertura a cubrir de la población donde ningún programa cubre arriba del 25% de la cobertura.

PROGRAMAS EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA NUEVA

Programas Prioritarios (materno infantil)

Programa Niño Sano
Programa Materno
Programa Pre Escolar

Programas Secundarios

Programa de Ginecología

Programa de Profilaxia sexual

Programa de Supervisión

Programa de Orientación Psico Sexual

Programa Nutricional (agregado a el programa CARE)

Programa de Planificación Familiar

Programa de Administración

Programa de Saneamiento Ambiental

Programa de Inmunizaciones

Clínica de Consulta General y Emergencias

Programa Escolar.

Programa	HORAS MEDICO			Consultas atendidas en 6 meses de estudio 1 Feb./78 31 - Agosto/78 # de pacientes atendidos	Consultas Esperadas	Cobertura Obtenida	Cobertura real en relación a población.	No. de Consultas que se necesitaría para cubrir a la población.
	Hrs. Sem.	Hrs. 6 meses	Hrs. año					
Niño Sano 0 - 2 años	6	159	318	382	636	60 %	5.5 %	6,903
Pre Escolar 2 - 6 años	3	79.½	159	306	318	96 %	2.4 %	13,790
Materno (Emb.y Puerperio)	3	79.½	159	118	318	38 %	2 %	61,000
Programa Escolar 6 - 16 años	3	79.½	159	151	318	47 %	0.7 %	26,460
Consulta Externa de Adultos	3	79.½	159	585	318	184 %	1.8 %	31,248
Emergencias Tarjetas de salud Consulta Antirravi. Admón.y sesiones de personal	3	12.½ 57	159	185 194				
Profilaxia Sexual	3	79.½	159	312				
Ginecología	3	79.½	159	772				
Supervisión de Puestos de Salud	8	114	318					
Charlas a Escolares	8	11	22 hrs.					
Paros Laborales Febrero/78		36 hrs.						

Nota: La cobertura obtenida está disminuida por razón de la huelga.

Programa	HORAS MEDICO			Consultas atendidas en 6 meses de estudio 1 Feb./78 31 - Agosto/78 # de pacientes atendidos	Consultas Esperadas	Cobertura Obtenida	Cobertura real en relación a población.	No. de Consultas que se necesita - ría para cubrir a la población.
	Hrs. Sem.	Hrs. 6 meses	Hrs. año					
Programa Nutricional		16	32	30				
Programa Planifica - ción Familiar		16	32	58				
Programa de Inmuni - zaciones		30	-	889 Dosis	918	97 %	71 %	1,200
Sarampión				2473	2820	89 %	70 %	3,500
D.P.T. 1a. Dosis				799	907	80 %	66 %	1,200
D.P.T. 2a. Dosis				943	907	101 %	90 %	1,200
BCG								
Programa de Sanea - miento Ambiental	NO PUEDE MEDIRSE COMO HRS. Médico por las características pro - pias del programa.							
Total	---	928 $\frac{1}{2}$						
Se le restan las 36 horas de paros la - borales	---	892 $\frac{1}{2}$						
Hrs. Extras Trab. por médico en 6 meses	---	142 $\frac{1}{2}$						

Los recursos Económicos para realizar los programas anteriores, están contemplados en el Presupuesto General de la Nación, - canalizados por la Dirección General de Servicios de Salud, - de donde rige la Política Nacional de Salud y de donde al -- igual que en otras dependencias estatales de los países Sub - Desarrollados, los recursos Económicos no están acorde a la po - blación por cubrir.

OPINION Y ACTITUDES DE LOS LIDERES LOCALES SOBRE EL PROBLEMA DEMOGRAFICO Y LA REGULACION DE LA NATALIDAD.

1. Consideré era necesario conocer la opinión que sobre el fenómeno demográfico en sí, tienen los dirigentes locales.

2. Antecedentes:

Encuesta anterior del CELAP (Centro Latino Americano de Población y Familia). Encuesta realizada por ICAPF - IDEAC (por el Dr. Carlos Gellert Mata).

Se entiende en la presente investigación por líder, a la persona que influye sobre los demás miembros de un grupo.

3. Clasificación en sub grupo de los líderes locales, según su grupo de influencia.

SE DIVIDIO A LOS LIDERES EN 7 SUB-GRUPOS

Grupo No. 1 El que tiene actualmente el poder de decisión: 1. Alcalde
2. Concejal

Grupo No. 2 El grupo de líderes que han desempeñado cargos públicos y que han participado en campañas electorales y aún aglutinan masas alrededor de sus opiniones:
1. Ex-alcalde
2. Ex-candidatos a Alcalde

Grupo No. 3 El grupo de comerciantes fuertes y quienes actúan con cargos directivos en las sociedades de empresarios locales y que manejan sus propias empresas.

Grupo No. 4 El grupo de los periodistas, que tienen influencia sobre la opinión de los moradores de esta Villa.

Grupo No. 5 Dirigente de entidades de mejoramiento local; -- (presidente de cooperativas, presidente comité de construcción, presidente de comités religiosos locales).

Grupo No. 6 Grupo de Maestros que ejercen en este municipio y viven aquí:

- 1. Representante de Maestros en áreas rural local
- 1. Representante de Maestros de áreas urbana local.

Grupo No. 7 Grupo de religiosos, 1 sacerdote y 2 pastores.

Grupo No. 1	-----	2 líderes
Grupo No. 2	-----	2 líderes
Grupo No. 3	-----	2 líderes
Grupo No. 4	-----	2 líderes
Grupo No. 5	-----	1 líder
Grupo No. 6	-----	2 líderes
Grupo No. 7	-----	3 líderes

encuestados

Total 14 líderes

CARACTERISTICAS GENERALES

<u>Grupo No. 1</u>	<u>Poder Decisivo</u>
Profesión u oficio	Alcalde Concejal
No. Hijos promedio	1
Sexo	2 masculinos
Grado cursado prom.	3o. básico
Estado Civil	Soltero 50% Casado 50%
Edad promedio	36 años
Asistencia a oficios religiosos	Regularmente 50% Ocasionalmente 50%
Religión	2 católicos

<u>Grupo No. 2</u>	<u>Poder Potencial</u>
Profesión u oficio	Periodista Maestro
No.de hijos promedio	6.5
Sexo	2 masculinos
Grado cursado prom.	3o. Básico
Edad promedio	49 años
Estado Civil	Casado 100 %
Asistencia a oficios Religiosos	c/semana 50% Ocasionalmente 50%
Religión	2 católicos

<u>Grupo No. 3</u>
Profesión u oficio
No.de hijos promedio
Sexo
Grado cursado promedio
Edad promedio
Estado Civil
Asistencia a oficios religiosos
Religión

<u>Grupo No. 4</u>
Profesión u oficio
No.de hijos promedio
Sexo
Grado cursado Promedio
Religión
Edad promedio
Estado Civil
Asistencia a oficios religiosos

Grupo No. 5

Profesión u oficio
No. de hijos promedio
Sexo

Poder Económico

Comerciante
Transporte
2
2 masculino
4o. Primaria
58 años
Casado
c/semana 100%
2 católica

Poder de Difusión

Periodista 100%
0.5
2 masculinos
1o. Diversificado
2 ninguna 100%
24 años
1 separado 50%
1 soltero 50%
Ninguna

Poder de Organización

Ama de Casa
(presidente del Comité de Reconstrucción local, miembro de varios comités religiosos - culturales y de cooperativas).
4
Femenino

Grado cursado
Religión
Edad promedio
Estado civil
Asistencia a oficios religiosos

Grupo No. 6

Profesión u oficio

No. de hijos promedio

Sexo

Grado cursado

Religión

Edad promedio

Estado civil

Asistencia a oficios religiosos

Grupo No. 7

Profesión u oficio

No. de hijos promedio

Sexo

Grado cursado promedio

Religión

Edad promedio

Estado civil

Asistencia a oficios religiosos

1o. Básico

Católica

42 años

Casada

c/semana

Poder de Conciencia

Maestra de Educa -
ción Primaria

2

Femenino 100%

6o. Magisterio

Católica

44 años

50% viuda

50% casada

c/semana

Poder Grupo Reli -
gioso

1 sacerdote católico

2 pastores evangéli -
cos

4 en los pastores

0 en el Sacerdote -
Católico

Masculino 100%

3o. Básico

1 Católica 33%

2 Evangélica 66%

46.6 años

Sacerdote católico
soltero 33%

Pastores Evangéli -
cos Casado 66%

c/semana

RELIGION DE LOS LIDERES

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Católicos	2	2	2		1	2	1	71.4
Evangélicos							2	14.28
Otras religio.								
Ninguna				2				14.28

ASISTENCIA A OFICIOS RELIGIOSOS

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Cada Semana	1	1	2		1	2	3	71.4
Cada mes								
Ocasionalmen - te	1	1		2				28.56

SEXO

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Masculino	2	2	2	2			3	78.58
Femenino					1	2		21.42

EDAD DE LOS LIDERES

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
21 - 25				1				7.14
26 - 30	1			1			1	21.42
31 - 35						1		7.14
36 - 40		1						7.14
41 - 45	1				1			14.28
46 - 50							1	7.14
51 - 55			1			1		14.28
56 - 60		1	1				1	21.42

ESTADO CIVIL

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Casado	1	2	2		1	1	2	63.26
Viudo						1		7.14
Soltero	1			1			1	21.42
Divorciado				1				7.14

GRADO CURSADO

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
1o. a 3o. Prim.			1					7.14
4o. a 6o. Prim.	1	1	1				2	35.70
1o. a 3o. Basic.				1				7.14
4o. a 6o. Voc.	1			1	1	2		35.70
1o. a 3o. Univ.		1						7.14
4o. a 6o. Univ.							1	7.14
Profesional								

NUMERO DE HIJOS

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	% a)	% b)
No. de Hijos									
0	1			1			1	0	21.42
1				1				2.7	7.14
2			2			2		21.6	28.56
3	1						1	16.2	14.28
4					1			10.8	7.14
5							1	13.5	7.14
6		1						16.2	7.14
7		1						18.9	7.14

% a) Universo de niños

% b) De familia con número de hijos

1. Cómo considera el aumento de la Población de Villa Nueva?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Aumenta rápidamente	2	2	2	1	1	2	2	85.68
Aumenta lentamente					1			7.14
Está igual								
Disminuye								
No sabe							1	7.14

2. Cómo cree usted que es el aumento de la Población de Villa Nueva, en relación a otros Municipios?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Más elevado	2		1	2	1	2	2	71.4
Igual		2	1					21.42
Inferior							1	7.14
No sabe								

3. Qué factor social considera que es el que más influye en el crecimiento rápido de la población de Villa Nueva?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Proximidad a la Capital	2	1	1		1	2	2	59.98
Educación				1				7.14
Económico			1	1			1	21.42
Irresponsabilidad	1							2.84
Falta de Educación sexual								
Falta de Disciplina		1						2.84
Promiscuidad	1							2.84
Sub desarrollo	1							2.48
Mejoramientos de programas de salud								

* Existió un test con 4 respuestas por lo que hubo que variar el porcentaje

El crecimiento rápido lleva consigo?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Un problema grande o serio	2	1	1	1		1	1	49.84
Un problema sencillo				1			1	14.28
Algo Benéfico		1	1		1	1	1	35.70
No sabe								

Por qué considera usted que el problema es grave? ¹

2. Falta de Planificación Urbana	1. Carencia de servicios
1. Desarrollo urbano incontrolado	1. Falta de recursos Municipales
2. Incremento de necesidades por resolver	1. crecimiento desordenado
2. No está preparado para ello	

Las respuestas anteriores se podrían resumir como Falta de Planificación y Recursos

Nota: Hubo varios test con más de 1 respuesta abierta.

Por qué considera usted que el problema es sencillo?

1. Poniéndole un poco de interés se resuelve el problema fácilmente.
1. Se resolverá al resolver el problema económico.

1. El número que antecede a la respuesta, es el número de respuestas iguales que existieron.

Por qué considera usted que el problema es benéfico?

1. Aún hay fuentes de trabajo
1. Aumenta el comercio
1. Se desarrolla más
1. Al haber más gente se crece más

Considera que hay desequilibrio entre producción y crecimiento poblacional?

9 - SI	5 - NO
65.1%	35.9%

6. Cree usted que el rápido crecimiento de la población, tiene implicación sobre el nivel de vida de la población de Villa Nueva?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Negativos	2	1	1	1		1/2	2	53.55
Favorables		1	1		1	1 1/2	1	39.27
Se abstiene								
No sabe				1				7.14

7. Qué grupo considera usted el más afectado del fenómeno de crecimiento?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Ricos			1					7.14
Clase Media	1					1		14.28
Cinturones Marginales	1	1	1		1		2	42.84
Ladino Rural						1		7.14
Indígena Rural				2			1	21.42
Se abstiene								
No sabe								
Ninguno		1						7.14

2. Qué opinión le merece el Programa de Planificación Familiar de Villa Nueva?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Estar muy de acuerdo					1		2	21.42
Estar de acuerdo	1	2	1	1		1	1	49.98
Estar indeciso								
Estar en desacuerdo	1		1	1				21.42
No conoce el Programa						1		7.14

3. Debiera promoverse una campaña de divulgación y educación acerca de lo que es paternidad responsable?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Muy de acuerdo	1	2	2	2	1	2	3	92.86
Indeciso								
En desacuerdo	1							7.14
Muy en desacuerdo								

4. Debiera proporcionársele información de métodos anticonceptivos a quienes lo solicitan?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
De acuerdo	1	2	2	1	1	2	3	85.72
Indeciso								
En desacuerdo	1			1				14.28
Muy en desacuerdo								

5. Quién debería tener la responsabilidad de un Programa de Planificación Familiar en Villa Nueva y Guatemala?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Salud Pública	1	2	1	2	1	1	2	71.4
IGSS								
Iglesia								
Colegio de Médicos							1	7.14
APROFAM			1					7.14
Otros								
Abstenciones	1							7.14
Otros						1		7.14

6. Quién debe asumir la responsabilidad en cada caso, si se justifica o nó el uso de anticonceptivos?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Ambos cónyuges	1	1	1	2	1	2	3	78.58
El marido		1						7.14
La mujer								
Un sacerdote								
Un médico								
Otro								
No sabe	1							7.14
El Gobierno			1					7.14

CRITERIOS PERSONALES

1. Considera usted que las potencias extranjeras se benefician con los programas de Planificación Familiar?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Grandemente	1			1				14.25
En alguna medida	1	1	1	1	1	1	2	57.12
No les interesa			1					7.14
No obtienen beneficios						1		7.14
No sabe							1	7.14
Se perjudican		1						7.14

2. Considera que la Iglesia tiene razones aceptables para oponerse a la anticoncepción?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
Muy de acuerdo	2	1	2		1		2	57.12
Indeciso						1		7.14
En desacuerdo		1		2		1	1	35.70
Muy en desacuerdo								

3. Considera usted que hay medios de esterilización masiva, aún cuando no han sido demostrados?

Grupo	I	II	III	IV	V	VI	VII	%
De acuerdo	1			1				14.28
No cree que los hay		2	1		1	1		35.70
No los hay			1			1	2	28.56
Ya lo sabíamos	1			1				14.28
No se sabe							1	7.14

IX ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El programa de Planificación Familiar debería llamarse El Programa de Control Natal, como es su verdadero nombre de origen, la frase Planificación Familiar, armoniza junto con la de Paternidad Responsable, y se vuelve atractiva ya que da imagen de responsabilidad, de visión al futuro al planificar la futura subsistencia de nuestros coterráneos, enmascarando su verdadera razón de ser Control Natal.

Fue la Sra. Margarita Songer la que acuñó la expresión "Control Natal" que se identifica más directamente con su medio para lograr la contracepción. La organización fundada por Margarita Songer, se encargó de ir ampliando el significado original de esa expresión a Paternidad Responsable, organización que proporcionó servicios voluntarios de contracepción. Para los años 50, al ganar terreno la organización de Paternidad Responsable, surgió el término de Planeación Familiar, que es un sinónimo de control natal, y que se introduce en nuestro medio como Planificación Familiar, si bien es cierto que la pareja ingresa al programa de Planificación Familiar voluntariamente, hay que tomar en cuenta la influencia que sobre esa decisión pesa la campaña radial, televisada y de prensa escrita que se hace a diario, aparte de la influencia ejercida por el personal de Salud en forma directa o indirecta (programas específicos, afiches, conferencias, etc.) a quienes APROFAM fija metas y coberturas a cubrir y cumplir. Ese mismo apoyo radial no lo reciben los de más programas de Salud.

pp. 1 / Miriam T. Monisoff / Planificación Familiar
1 - Ralph C- Benson "Manual de Ginecología y Obstetricia"
pp. 640 Tercera Edición.

Cosa curiosa a lo anterior es que para 1973 y en contra posición a lo que sucede en Guatemala y Villa Nueva; en los E.E.U.U., - en los Estados de Massachusetts y Conecticut, son ilegales el - - anuncio y la venta de anticonceptivos, por otra parte en la mayoría de los Estados, las clínicas de control de la natalidad pertenecen al Plan de Salud Pública, y no solo a instituciones privadas que cuentan con autorización, tal el caso de APROFAM en Guatemala. ¹

En Guatemala, tal el caso de Villa Nueva, existen expendios de anticonceptivos en las tiendas auspiciados por APROFAM, a la - par de los dulces, fungiendo como encargada la dependiente - - quien ha recibido un curso de dos días, para expenderlos, con lo que se sale de todos los incisos que dice cumplir la División de - Servicios de APROFAM, y quien ni siquiera lo comunicó al Centro de Salud local, Jefatura de Distrito, la existencia de un puesto de ventas de contraceptivos.

La justificación que esgrime la existencia de este tipo de programas de Planificación Familiar, son las razones socio-económicas y el aumento de población para un número constante de Km² - - del globo terráqueo, la escasez de alimentos, etc., cosa que - - contradice a la opinión obstétrica Norte América. ²

Opinión Obstétrica:

"En todo caso es evidente que los EE.UU. aumentará el número de mujeres capaces de concebir y que el número de nacimientos será superior al actual. Esta tendencia ya se ha iniciado con aumento del 2% en el número de nacimientos en 1969, sobre los de 1968, este aumento en el número de nacimientos es de una -

1. Williams / 1a. Edición reimpressa 1973 / pp 3-4

2. "Salud Mundial Revista Ilustrada de la O.M.S. Noviembre - 1965.

importancia económica tremenda y hace necesario crear más maternidad y formar más médicos que se dediquen a la especialidad". -¹

CRITERIOS DE APROFAM E INSTITUCIONES AFINES RESPECTO A LA PROBLEMÁTICA NACIONAL

1. Situación Poblacional en Guatemala: (Punto de Vista de APROFAM).

"Actualmente Guatemala se encuentra en una situación parecida a la de muchas otras naciones en vías de desarrollo EN QUE EL PROGRESO QUE SE ESTA REALIZANDO EN CUANTO AL DESARROLLO SOCIO-ECONOMICO ESTA AMENAZANDO POR UN CRECIMIENTO DE LA POBLACION" ¹

Las Implicaciones Socio Demográficas del crecimiento de la población. (Punto de vista de APROFAM).

Razón económica: "sería irresponsable sugerir que la Planificación Familiar es una solución a la situación económica de Guatemala en su población; de la cual al rededor de la mitad corresponde al estrato bajo de la sociedad.

Si la población sigue creciendo al ritmo actual, sin cambios significativos en el sector Agro-Industrial que crea nuevas oportunidades ocupacionales, no se puede esperar una disminución en la tasa de desempleo, al contrario esta situación se agravará en el futuro.

1. Perspectivas para la Planificación Familiar en Guatemala.

Razón del Problema de Educación y Alfabetismo: (Punto de vista de APROFAM)

... En breve, Guatemala se enfrentará con una necesidad aguda para mejorar el nivel escolar de su población. A la vez el rápido crecimiento de su población hace más difícil lograr esa meta. Al doblar la población es necesario doblar esa inversión en educación, solo para mantener el nivel escolar actual.

Razón de Salud: (Punto de vista de APROFAM)

... "Es de esperarse que conforme mejore la infraestructura sanitaria del país, en base de mejorar el abastecimiento de agua, la disposición sanitaria de las aguas servidas, los programas de saneamiento ambiental, así como la creación de nuevos Centros de Salud y la extensión de los programas de salud y de la seguridad social, se ponga en evidencia una mayor disminución en la mortalidad."

Sin embargo, las dificultades en realizar estos avances serán tanto mayores cuanto más acelerado sea el crecimiento de la población.

Problema de Nutrición: (Punto de vista de APROFAM)

... La desnutrición es uno de los problemas de salud más serios en Guatemala un total de 81.4% de la población menor de cinco años está desnutrida correspondiendo un 49% a desnutrición de primer grado, 26.5 a desnutrición de segundo grado, y un 5.9% a desnutrición de tercer grado. El total de niños desnutridos se estimó en 1975 en 849,000.

1. "Salud Mundial" Revista ilustrada de la O.M.S. Noviembre - 1965.

Como sugieren estos datos, hace falta una mayor producción de alimentos para suplir el déficit y alcanzar los mínimos requisitos, lo que será todavía más difícil con un crecimiento acelerado de la población. Habilitar nuevas tierras no será posible, dado que las mejores se encuentran bajo explotación.

Amplíemos y Analicemos los Criterios de Justificación de APROFAM:

Situación poblacional de Guatemala y el Mundo:

Cantidad de población mundial y número de años transcurridos (o por transcurrir) para duplicar (o triplicar) dicha población según año, en 2,000 años de Era Cristiana.

ERA CRISTIANA	CANTIDAD DE POBLACION	AÑOS PARA DUPLICAR O TRIPLICAR
Inicio	250,000,000	1,600
1,600	500,000,000	250
1,850	1,000,000,000	110
1,960	3,000,000,000	40
2,000	6,000,000,000	

Estimación del número y Porcentaje de Habitantes según Continente:

(Población Mundial 1960)		
Asia	1,788,419,000	58.54%
Europa	605,413,000	19.8 %
América	410,000,000	13.4 %
Africa	238,392,000	7.8 %
Oceanía	15,571,000	0.5 %
Total	3,058,795,000	100 %

La población mundial para 1978 puede estimarse en 4,200 millones, Densidad Demográfica (Habitantes por Kms.²)

Según Continente	1960
Europa	58.1
Asia	40.8
América	9.7
Africa	7.8
Oceanía	1.7

Densidad Demográfica Mundial (Según Censo de 1960)

22.5 habitantes por Kms.²

La densidad demográfica para Guatemala si supusiéramos 6,000,000 habitantes para 108,889 kms² sería de 55.10 habitantes por Kms.²

La densidad demográfica mundial, si estimamos la población mundial es de 4,200,000,000 habitantes para 1978 para 35,799,975 - - kms.² del globo terráqueo promediaría = 30.92 habitantes por kilómetros cuadrados.

Aunque es cierto que aparentemente la cifra de densidad de población por kilómetros cuadrados es alta para Guatemala, esta densidad es mayor en distintas regiones de la tierra en las que existe mayor o menor nivel de vida, sin que esto sea realmente lo que implique la pobreza en que vive nuestro pueblo.

País	
Ej: El Salvador	186 habitantes por kilómetro cuadrado
los Países Bajos	381 habitantes por kilómetro cuadrado

Lugares

Washington	4,784 habitantes por kilómetro cuadrado
Chicago	6,099 habitantes por kilómetro cuadrado
Nueva York	9,500 habitantes por kilómetro cuadrado

(Las cifras anteriores corresponden a 1960¹)

Villa Nueva tiene 114 kilómetros cuadrados de extensión territorial con una población aproximada de 50,000 habitantes, se diría que tiene una densidad de 438 habitantes por kilómetro cuadrado.

Más significativo aún sería que cuatro países tienen la mitad de la población mundial.

		% de la Población mundial
China	650,000,000	21.6
India	433,000,000	14.4
URSS	213,000,000	7.1
USA	179,000,000	6.0
Sub-Total	1,475,000,000	49.1
Resto	1,530,000,000	50.9
Total	3,005,000,000	100 %

1. Dr. A. Soto Avendaño, Dr. Miguel Garcés, Ideología y Política de Población U.S.C. Folleto mimeografiado - FASE II

Que sumados los cuatro países tienen el 32.6% de extensión del Globo Terráqueo.

Aparentemente con las cifras anteriores se diría que tenemos -- una densidad demográfica alta y que con ello no tardaremos en llegar a densidades como las de Hon Kong 500,000 habitantes -- por Km² (medio millón) pero aún con esa densidad de población Hon Kong subsiste.

El problema real radica en que los países "Altamente Desarrollados" han bajado sus tasas de natalidad, cosa que se debió probablemente al cambio de valor que se le dió a los hijos.

En lugar de ser beneficio económico para la familia, más bien -- se volvieron una carga, pues no eran necesarios para las actividades productoras ni reportaban beneficios económicos, sino -- que al contrario, habría que invertir en su educación durante un largo período de tiempo. En los países Sub-desarrollados la situación es diferente.

Las actuales tasas de mortalidad, aunque son mayores que las actuales de los países más desarrollados, muestran en la mayoría -- de países una tendencia constante a la disminución, mientras -- que la natalidad no ha disminuido en la misma proporción.

El Dr. Donal Boque, Director del Centro de Estudios Familiares de la Universidad de Chicago, estima que el siglo XXI, la población mundial será de 5,250 millones y la tasa de crecimiento tan pequeña que de esa cifra no pasará. pp.

1. Dr. A. Soto Avendaño, Dr. M. Garces "Ideología y Política Poblacional" Folleto mimeografiado - Fase II Facultad de Medicina U.S.C.

El Dr. Nick Eberstacit, del Centro para Estudios de la Población de la Universidad de Harvard, estimó la "r" (1)² para 1970 -- era de 1.9 y para 1977 1.7, que dará para el año 2,000 solo -- 5,500 a 5,800 millones de habitantes. (1)²

DISTRIBUCION ETAREA

Con esta distribución y la sexual se constituye la "Pirámide de Población". Existen varias clasificaciones de la población según edad, algunas de ellas las de Surdbarg y Whipple, los cuales se sintetizan a continuación.

CLASIFICACION DE LAS POBLACIONES DE ACUERDO CON SU DISTRIBUCION ETAREA

	Años 1 - 14	15 - 49	50 - más	
	- de 25%	50%	de 25%	Estacionaria
Normales	+ de 25%	50%	-de 25%	Progresiva
	- de 25%	50%	+de 20%	Regresiva
Anormales		+ de 50%		Accesiva
		- de 50%		Recesiva

2. "r" = Tasa de crecimiento anual expresada por ciento.

La población de Villa Nueva sería según la clasificación anterior:

Población menor de 15 años 23,960 habitantes	47.97 %
Población de 15 - 49 años 20,000 habitantes	40.0 %
Población mayor de 50 años 6,040 habitantes	12.0 %

De donde su población sería progresiva - recesiva.

Con respecto a la República: en 1960, Guatemala tenía 3,860, 246 habitantes, esta cifra es el 0.13% de tres mil millones de habitantes estimados para ese entonces en el globo terráqueo.

Si el mundo llegara a tener seis mil millones en el año 2,000 - (por crecer anualmente 1.9%) y Guatemala 12 millones por crecer anualmente 2.9%, constituiríamos el 0.20%; si ese año la población mundial fuera de 8 mil millones de habitantes, seríamos el 0.15% de la población mundial.

La tasa de natalidad de Guatemala ha descendido de 1953 - (50.2) a 1969 (42.2) en 8.0%. En lo que la tasa de mortalidad de 1943 (24.2) a 1969 (14.2) en 10. Lo que nos convierte en una población en transición y por su distribución en Etárea Progresiva.

La tasa de crecimiento por ciento se ha reducido de 1953 - 3.6 a 1969 - 2.8 (0.8) en 17 años.

POLITICA DE POBLACION

Adolfo Hitler y Benito Mussolini, estimularon la natalidad de sus respectivos países. Mussolini en 1922 afirmaba "Para destacar en el mundo debemos de ser no menos de 60 millones antes de finalizar la segunda mitad del siglo". Su ideología la puso en práctica al premiar personalmente a las madres fecundas.

En 1944, la URSS daba dinero mensualmente por cada hijo que tenían las madres, a partir del tercero si era casada; a partir del primero si era soltera. La madre con 10 hijos recibía la "Orden de la Madre Heroica". El 3 de noviembre el Times de New York, publica "A América le faltan 100 millones de bebés" ¹ al corregir una información dada del Departamento de Censo de EE.UU., donde en estimación para el año 2,000 la población de EE.UU. sería 300 millones y no 400 millones.

El 20 de noviembre de 1967, el Presidente de EE.UU. Lyndon Johnson, saluda a sus conciudadanos, frente al reloj del censo que marcaba la fuerza de 200 millones de habitantes en EE.UU. en ese momento y exclamó "Esta Nación seguirá siendo bendita por cuantos millones habiten en ella. (al referirse a EE.UU.). Esta expresión se contradice a la de "cinco dólares invertidos contra el crecimiento de la población son más eficaces que cien dólares invertidos en el crecimiento económico" (que va referida a América Latina y al Tercer Mundo) ²

Fisher, en la página 100 de su libro "Un Mundo Superpoblado" se pregunta: "Por qué las naciones avanzadas promueven directa o indirectamente familias grandes en sus propios países y los condenan en el extranjero?" Parte de su respuesta sería la conclusión a que llegó "El Comité Presidencial de la Política de Materia-

1. América no como Continente sino como territorio estricto de EE.UU.

2. Ideología Política de Población, Dr. A. Soto y M. Garcés pp. 17/18

les" ... Los EE.UU. tienen los recursos necesarios para mantener su civilización solo si pueden contar también con las reservas - del tercer mundo.³

La conclusión no es distante a la opinión y conclusión a que han llegado el resto de potencias (Naciones Avanzadas). Lo que no consideró Storm, es que solo una potencia con 6% de la población mundial consume del 40 - 60% de los recursos no renovables de la tierra.

Así, en 1965, la A.I.D. de los EE.UU. ingresó oficialmente en el Programa, invirtiendo 11% del total de fondos procedentes de fuentes norteamericanas para el control natal de población del "Tercer Mundo".

Analicemos la Razón Económica de APROFAM:

APROFAM en este campo acepta que sería irresponsable de su parte sugerir que la Planificación Familiar sea la solución económica de Guatemala.⁵ Las familias guatemaltecas acusan un notable desnivel entre sus ingresos y gastos, lo cual es indicativo que viven una economía de consumo sin margen para el ahorro, es decir viven en un nivel de subsistencia el 68% de la población.

Para 1973 teníamos la cifra récord, 5.2 millones de habitantes, sin embargo las tasas geométricas de crecimiento anual han ido decreciendo hasta alcanzar el 2% para 1973, que es igual al promedio mundial de crecimiento demográfico (2 - 3%).⁴⁻⁶ De mantenerse la tasa de crecimiento de 1973, Guatemala tiene actualmente 5.6 millones de personas, alcanzando para 1980 los 6 millones de habitantes.

3. Ideología y Política de Población, Dr. A. Soto y M. Garcés - pp. 19.

4. Censo de Población 1964 y 1973 Dirección Gral. Estadística

5. Perspectiva para la Planificación Familiar en áreas rurales -- APROFAM y Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia. Universidad de Chicago.

Los niveles de pobreza resultantes de la defectuosa distribución del ingreso así como la insuficiencia y la baja de la productividad de la fuerza de trabajo, presionan continuamente en favor de la familia guatemalteca.

La población económica activa (PEA) o sea el conjunto de personas entre 10 y más años, creció en este mismo período a un ritmo menos acelerado que la población total, lo cual significa que la fuerza de trabajo se está contrayendo.

En 1950 ésta (PEA) era de 34.3% y para 1973 del 30%. Las tasas corregidas de actividad obtenidas de la relación población-activa total con la población de 10 años y más, indican que a pesar de las altas tasas de crecimiento demográfico la situación del empleo no va mejorando al ritmo requerido, ya que se ha observado una contracción.

Dichas tasas fueron del 49.1% para 1950 y del 44% para 1963, esto se debe al tipo de crecimiento experimentado que se ha concentrado en sectores que utilizan tecnologías intensivas en la capital y con escasos vínculos con los sectores tradicionales. Los beneficios del crecimiento se han canalizado a un reducido sector de la población.

Al relacionar el producto geográfico bruto (P G B) a precios constantes de 1950 con la PEA, se concluye que la productividad media de la mano de obra en Guatemala ha acusado una tendencia notoriamente creciente, variando de Q.762.39 en 1950 a Q.1040.42 a la par que sus tasas han sido notoriamente decrecientes.

La productividad media per cápita de la PEA es muy superior a los sectores agrícolas como se menciona en el siguiente cuadro.

2. Lic. René A. Orellana "La situación Socio Económica de la Población y Proceso inflacionario en Guatemala (folleto mimeografiado)

ESTIMACION DE LA PRODUCTIVIDAD MEDIA DE LA
MANO DE OBRA EN GUATEMALA

AÑO: 1950, 1964 y 1963
(En Quetzales Constantes de 1950)

<u>Sector Actividad</u>	<u>Año: 1950</u>	<u>1964</u>	<u>1963</u>
Total	Q. 762.39	Q. 928.07	Q. 1,040.42
Agrícola	371.03	407.86	507.15
No agrícola	1,581.40	1,927.46	1,844.09
Industria, Minería y Construcción	782.70	1,118.97	1,037.50
Electricidad, Trans- porte, Servicios y otros	2,290.85	2,478.14	2,480.76

(Fuente: Lic. Orellana (Banco de Guatemala, Dirección General de Estadística).

La Economía Guatemalteca continúa siendo eminentemente agrícola, ya que tiene una alta proporción del producto geográfico bruto, proveniente del sector agropecuario (27.8%).

La proporción de la PEA que se dedica a estas actividades era de 67.7% para 1950, de 65% para 1964, de 57.2% para 1973. El sector no agrícola varió del 32.0% en 1950, a 32.48 en 1964, a 40.78 en 1973. En cuyo incremento tuvieron una participación notoria el comercio, los transportes y los servicios.

El desarrollo económico alcanzado por el país, ha implicado la expansión del grupo asalariado y la contracción de los trabajadores familiares y por cuenta propia; así el grupo asalariado pasó del 40.5% en 1950, al 51 en 1964, bajando levemente al 48% en 1973.

La distribución de la PEA, tiene las características propias del Sub-Desarrollo. La proporción de los agricultores y ganaderos fue 67% para 1950, 65.1% para 1964 y 54% para 1973.

El nivel educativo de la PEA es bajo, en el censo 1973 reveló, que el 58% no tenía ninguna instrucción, que el 24.4% solo había cursado de uno a tres grados de la enseñanza primaria, lo que significa que la fuerza de trabajo en Guatemala no cuenta con la calificación adecuada, por tanto tiene que concentrarse en empleos ineficientemente remunerados.

Se ha estimado que la esperanza de vida al nacer, para varones guatemaltecos es de 52.1 años, con promedio de 35.1 años de vida activa, permaneciendo los 16 años restantes en situación de inactividad, lo que significa que el 67.4% de su vida forma parte de la fuerza de trabajo. Según el Censo de 1973, el grupo que tuvo la tasa más alta de actividad entre la población masculina que representa el 86.% de la fuerza de trabajo del país, fue el de 35.39 años, correspondiéndole a esta edad una esperanza de vida activa de 17.3 años, contra cuatro años de inactividad.

La tasa de reemplazamiento de la PEA masculina equivale a un aumento anual de 3%, habiendo tres nuevos trabajadores que demandan cada plaza que queda vacante por retiro o muerte de quien la ha desempeñado; la edad media de ingreso a la población activa en Guatemala, está entre 15 y 19 años y la de retiro entre 65 y 69 años.

Aunque existe incremento en el número de mujeres que trabajan, la tasa de población inactiva ha crecido con mayor rapidez que la fuerza laboral, lo que da lugar a que los inactivos sobrepasen de 104 para 1950, a 127 en 1973.

La carga, familiares dependientes, ha aumentado de 193% en 1950, a 234% en 1973. La población guatemalteca tiene que

hacer frente a los problemas, como pobreza, defectuosa distribución del ingreso, enfermedad, desnutrición, analfabetismo, intemperie, malas condiciones de vivienda, lo que da lugar a un nivel de vida ínfimo, a lo que se suma la merma del poder adquisitivo del Quetzal. Agregándole a todo lo anterior las consecuencias del fenómeno telúrico de 1976, que representó el 15% del capital de todo el país. (Medio millón de habitantes sin techo).

El alto costo de la vida es un índice revelador de profundos desajustes económicos y sociales que engendra un círculo vicioso "precios altos" y bajos ingresos que repercuten en la producción y ocupación.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA POR GRUPOS DE INGRESO.

Grupo de Ingreso (Familias)	Por Ciento Familias	Por ciento ingresos Total	
Más pobres	20%	5 %	
Media baja	30%	12 %	42.5%
Media alta	30%	25.5 %	
Acomodados	15%	30.5 %	57.5%
Ricos	5%	27.0 %	

(Fuente: Licda. Evelyn Klusman "Universidad Rafael Landívar")

El 20% de nuestra población vive un estado grave de pobreza, un 30% restante es pobre y padece de desnutrición, en lo que solo el 20% está fuera de la pobreza.

El 66% de la población en edad de trabajar en Guatemala, está normalmente ocupada, en tanto que el 34% restante está sin trabajo o sub-empleada (trabajando por un tiempo inferior al normal, o recibiendo ingresos inadecuados).

Para lo anterior, la elevación de los niveles de productividad y remuneración a los niveles más afectados debe constituir un objetivo central para alcanzar la reducción de la desigualdad.

Evaluación que del Estado Nutricional de la Población Guatemalteca hace el Dr. Romeo De León Méndez.

CONSUMO REAL DIARIO DE ALIMENTOS Y DIETA MINIMA TEORICA DEL GUATEMALTECO ADULTO

Alimentos	Consumo (Gramos)		Diferencia			
	Real según Encuesta	Mínimo Necesario	Deficit Gramos	%	Excedentes Gramos	%
Leche y queso	61.05	250	188.95	75.58	0.00	0.00
Huevos	7.41	20	12.59	62.95	0.00	0.00
Carne	37.57	105	67.43	64.31	0.00	0.00
Semillas y Leguminosas	57.05	60	2.95	4.91	0.00	0.00
Vegetales verdes y amarillos	23.38	90	66.62	74.02	0.00	0.00
Otros veget.	47.99	150	102.01	68.00	0.00	0.00
Frutas	28.33	120	91.67	76.39	0.00	0.00
Musáceas	24.05	95	70.95	74.68	0.00	0.00
Tortillas	511.97	345	0.00	0.00	166.97	48.39
Pan de trigo	17.35	120	102.65	85.54	0.00	0.00
Arroz	8.99	50	41.01	82.02	0.00	0.00
Azúcar blanca	11.49	40	28.51	71.27	0.00	0.00
Panela	31.48	25	0.00	0.00	6.48	25.92
Grasas	9.52	25	15.48	61.92	0.00	0.00
Raíces y Tubérculos	10.03	75	64.97	86.62	0.00	0.00

Fuente: Evaluación del Estado Nutricional de la Población Guatemalteca Dr. Romeo De León Méndez

La información demuestra y señala que el consumo de los alimentos en Guatemala resulta deficiente comparado con la Dieta Mínima teórica.

COSTO DE LA VIDA Y PODER ADQUISITIVO DEL QUETZAL

Durante el último Quinquenio (1972-1976) el índice de precios al consumidor (IPC), acusó un incremento del 65.5% por lo que el poder de compra se redujo de 100 centavos en 1972 (año pre-inflacionario) a 60.4 centavos en 1976.

El (IPC) experimenta un incremento medio de 16.4% por año, lo que reduce el quetzal para 1977 a 54.8 centavos en su poder de compra.

COSTO DE LA VIDA Y PODER ADQUISITIVO DEL QUETZAL, - 1972-76 ENERO-JUNIO 1977 (Base: 1972 = 100.0)

AÑO	COSTO DE VIDA	PODER ADQUISITIVO - DEL QUETZAL (centavos)
1972 *	100.00	100.00
1973	114.4	87.4
1974	132.7	75.4
1975	150.1	66.7
1976	165.5	60.4
1977		
Enero	178.0	56.2
Febrero	179.5	55.6
Marzo	180.5	55.4
Abril	183.1	54.6
Mayo	187.1	53.4
Junio	185.0	54.1
Promedio		
Enero/Junio 1977	182.3	54.8

* Año Pre-inflación

Fuente: Lic. René A. Orellana Series empalmadas con los índices de precios al consumidor, Base 1946 y 1975=100, área urbana, región central, Dirección General Estadística.

Esta baja del poder adquisitivo del quetzal seguirá golpeando la economía familiar por ser consecuencia directa de la inflación interna (aumento de precios de los productos de consumo) que es en gran medida resultante de la inflación externa (aumento de los precios del petróleo, etc.).

Esto se demuestra en el cuadro siguiente:

INDICE DE PRECIOS PARA LA REPUBLICA DE GUATEMALA, AREAS URBANAS POR RUBRO: 1975, 1976 y ENERO-JUNIO 1977 (Base: 1975 = 100.00)

Años	Indice Total	Alimentos	Vivienda Combustibles y Servicios	Vestuario y Calzado	Bienes para el hogar	Transporte	Diversos
1975	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1976	100.7	109.6	109.7	124.7	111.8	103.6	106.7
1977							
enero	119.4	116.1	123.5	142.1	118.0	104.8	114.5
Feb.	120.5	117.6	124.5	142.1	118.0	107.8	114.5
Mar.	121.1	119.2	124.5	142.1	118.0	107.8	114.5
Abr.	123.2	124.0	124.5	142.1	118.0	107.8	114.3
May.	126.4	124.8	133.0	147.2	123.0	107.9	118.4
Jun.	124.8	121.2	133.0	147.2	123.0	107.9	118.4
Promedio							
En./Junio.	122.5	120.2	127.2	143.8	119.7	107.3	115.8

FUENTE: Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía.

Analicemos un sólo Rubro de los anteriores, el precio de los alimentos.

INDICE DE PRECIOS PARA EL RUBRO DE ALIMENTOS EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA
 AREA NO URBANA, POR RENGLON: 1975, 1976 Y ENERO JUNIO 1977
 (Base: 1975 = 100.0)

	INDICE TOTAL	CARNES	CEREA LES	HUEVOS	LECHE	TUBERCU- LOS Y LE GUMINOSAS	VERDU- RAS	FRUTAS	AZUCAR Y SAL	CAFE	OTROS
1975	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1976	105.7	109.8	87.9	102.9	112.8	92.8	145.5	102.9	119.5	162.5	115.6
1977											
Ene.	110.9	118.3	90.9	111.8	131.2	92.2	109.3	109.8	127.2	200.1	125.5
Feb.	116.2	118.4	99.1	106.1	131.5	36.1	112.6	109.9	120.1	229.4	124.6
Mar.	119.6	119.0	104.4	104.6	132.0	110.3	116.9	122.8	120.0	238.2	124.5
Abr.	125.7	121.4	111.2	112.1	131.5	111.1	133.0	138.8	121.1	245.8	122.7
May.	127.9	122.4	110.4	109.4	136.3	105.9	151.8	124.6	120.7	275.8	126.4
Jun.	125.9	121.7	107.5	102.5	133.5	105.3	145.9	115.4	120.4	283.0	125.5
Promedio:											
Enero											
Junio	121.0	120.2	103.8	107.7	132.7	101.8	128.3	120.2	121.6	245.4	124.9

FUENTE: Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía.

te la baja del poder de compra de la moneda y poca variación sueldos y salarios, (la principal fuente que dispone la PEA), - ve el ingreso monetario mermado en la familia guatemalteca.

dramática situación que viven nuestros campesinos se pone de relieve con solo considerar los ingresos medios de Q.444.83 al año, cuando las necesidades mínimas, solo del rubro de alimentación, se estiman en Q.591.30 por familia para ese mismo año.

Las familias de ingresos bajos no pueden haber mejorado sus condiciones a esta fecha, sino que es posible que permanezcan igual o en el mejor de los casos, si es que no han bajado su nivel económico de vida.

Es obvio que el problema fundamental de Guatemala es el económico, y sin la superación del mismo, está muy distante de superar el resto de problemas, ya que todo al final, tiene que ver con los "Escasos recursos económicos".

No es con disminuir la natalidad que se va a superar el problema económico existente, no es con hermosos proyectos, si se carece de fondos para ejecutarlos, con lo que se conseguirá la superación del problema económico y los derivados de éste que aquejan al pueblo.

Será solamente con fuerza y oportunidad de trabajo, con mejora salarial y justicia social, con la consiguiente calificación progresiva de la mano de obra para que se supere; con ello se logrará mayor ingreso per cápita y por familia, para que dé la oportunidad de una vida de existencia (y no de subsistencia como la actual) a nuestra población.

RAZON DE EDUCACION Y ALFABETISMO

APROFAM

... En breve, Guatemala se enfrentará con una necesidad aguda para mejorar el nivel escolar de su población. A la vez el rápido crecimiento de su población hace más difícil lograr una meta. Al doblar la población es necesario doblar esa inversión en educación, solo para mantener el nivel escolar actual.

ANALICEMOS LA EXPLOSION DE LA DEMANDA
EDUCATIVA POR SUS IMPLICACIONES

FUENTE: USIPE (Los costos de aula incluyen los gastos de -
construcción).

DEFICIT DE AULAS Y SU COSTO EN EL
NIVEL PRE-PRIMARIO

Años	No. Aulas	Costo
1975	16,125	Q.90,300,000
1979	17,692	Q.99,075,200
1982	18,897	Q.105,823,200

Modificada

DEFICIT DE AULAS Y SU COSTO EN EL NIVEL
PRIMARIO

Años	No. Aulas	Costo
1975	21,377	Q.119,711,200
1979	22,311	Q.124,941,600
1982	23,032	Q.128,979,200

FUENTE: USIPE

DEFICIT DE AULAS Y SU COSTO EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA EN EL NIVEL MEDIO

Año	No. Aulas	Costo
1975	16,934	Q. 94,630,400
1979	18,751	Q.105,005.600
1982	20,109	Q.112,610.400

Sueldo Base Q.140.00

COSTO DE DEFICIT DE MAESTROS SEGUN NIVELES POR AÑO

Año	Preprimaria No. de Maestros	Costo
1975	13,840	Q. 16,608,00
1979	14,417	Q. 24,220,560
1982	15,609	Q. 24,543,120

Incluye solamente déficit de Maestros lo. Básico

Año	Medio	Costo
1975	120	Q. 285,120
1979	135	Q. 340,200
1982	146	Q. 367,920

No se incluyen el resto de grados hasta el diversificado, por - considerar que si se resolviera el déficit en la primaria y lo. - Básico, coactivamente el déficit del resto de grados se corri-
ría.

COSTO DEL DEFICIT DE PUPITRES NIVEL PRIMARIO

Año	No. de Pupitres	Costo
1975	701,715	Q. 6,638,223.90
1979	737,419	Q. 8,111,609.00
1982	763,539	Q. 8,398,929.00

Fuente: USIPE

COSTO DE DEFICIT DE PIZARRONES EN EL NIVEL PRIMARIO

Año	No. Pizarrones	Costo
1975	11,518	Q.103,662.00
1979	12,637	Q.252,740.00
1982	13,498	Q.269,960.00

COSTO DE DEFICIT DE PUPITRES A NIVEL MEDIO

Año	No. Pupitres	Costo
1975	9,828	Q. 92,186.64
1979	16,617	Q. 216,021.00
1982	21,708	Q. 282,204.00

COSTO DEL DEFICIT DE PIZARRONES A NIVEL MEDIO

Año	No. de Pizarrones	Costo
1975	12,096	Q. 108,864.00
1979	13,393	Q. 267,860.00
1982	14,364	Q. 287,280.00

Fuente: USIPE

El déficit en costo para 1979 ya es de 384 millones y para 1982, será 404 millones aproximadamente; como vemos, nuevamente - volvemos a hablar de millones por invertir, es decir que conocemos el problema, sabemos qué debemos hacer por el problema - para iniciar su resolución, lo que no tenemos disponible son los medios económicos para hacerlo, si regresáramos a años anteriores, aún llegando a épocas de la colonia, nos encontraremos que cuando la situación poblacional era menor, los problemas de déficit siempre existieron, es decir, que se tiene aún contemplado que sigan existiendo mientras no se supere el problema económico del país.

ANALICEMOS LA JUSTIFICACION DE DESNUTRICION DE APROFAM

... La desnutrición es uno de los problemas más serios en Guatemala... 81.4% de la población menor de 5 años está desnutrida .. el total de niños desnutridos en 1975 se estimó en 849,000. - Como sugieren estos datos, hace falta una mayor producción de alimentos para suplir el déficit y alcanzar los mínimos requeridos, lo cual será todavía más difícil con un crecimiento acelerado de la población. Habilitar nuevas tierras no será posible, dado que las mejores se encuentran bajo explotación.

ANALICEMOS LA JUSTIFICACION ANTERIOR

Para APROFAM, hace falta solamente una mayor producción de alimentos, pero como hemos analizado anteriormente, de nada servirá una producción mayor si el poder adquisitivo de la moneda sigue descendiendo y los salarios no compensan ese poder adquisitivo que se ha perdido. Nuevamente APROFAM, - esconde la verdadera razón económica que aqueja al pueblo.

Si aboliéramos el poder adquisitivo de la familia guatemalteca y el problema fuera solo el supuesto de "Producción de Ali-

mentos" para erradicar la desnutrición, APROFAM pone como problema la escasez de tierras; es obvio que ese problema se contemplaría y se resolvería si los productos de cosecha del agro guatemalteco no fueran de exportación sino de consumo local y si el pueblo tuviera poder adquisitivo, que remunerara la inversión del latifundista, ya que los minifundios no serían rentables en este sentido. Es decir, que evitando el nacimiento de niños no vamos a desaparecer el problema de desnutrición que "Sitúa a Guatemala entre los dos o tres países del Istmo con mayor problema nutricional y que su población se encuentra entre las más desnutridas del Continente" ¹.

Cuando nuestra población nace, tiene la probabilidad de morir - desde el nacimiento a los dos años de vida en un 149 por mil nacidos vivos en todo el país. ²

Aún con esa probabilidad de muerte, se pretende intensificar y - aumentar coberturas en programas de control natal para que no existan más embarazos y con ello no nazcan más niños.

Afirmaciones contrarias a la opinión de APROFAM, se encuentran en el Diario del Negocio Mundial de Columbia "Julio-Agosto 1967, de USA, Karl Brandt, economista agrónomo dijo "... La afirmación de que la agricultura no puede aumentar la producción de alimentos per-cápita en una proporción comparable con el crecimiento de la población, se puede demostrar falsa."

Colin Clark, en su libro "El Crecimiento de la Población y el uso de la Tierra" presenta las estimaciones siguientes sobre la -

1. PP/17, La Demografía de la Desnutrición Dr. Charles H. Teller INCAP, 1978
2. PP/19, La Demografía de la Desnutrición Dr. Charles H. Teller INCAP, 1978.

cantidad de población que pudiera alimentarse con la capacidad tecnológica actual para producir ese alimento.

A) A nivel de la actual alimentación de los ciudadanos de los EE.UU.; 47 millones.

B) Al nivel de su subsistencia 157 mil millones de habitantes.

Y apenas si llegamos a 6 mil millones de habitantes en el globo-terráqueo para el año 2,000 (Era Cristiana).

Roger Revelle, del Departamento de Estudios de Población de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, llegó a las mismas conclusiones al considerar, que usando la tierra y la tecnología disponible en el mundo, se puede producir comida para 40 o 50 millones, el triple a nivel de subsistencia.

Ya que hemos analizado los anteriores resultados, como no razonables para justificar la política de control natal, analicemos -
Qué es APROFAM?

Fuente: Folleto Mimeografiado por APROFAM. Título "Qué es APROFAM".

QUE ES APROFAM?

APROFAM: "Es una Entidad Privada".

Lo que sabemos: Es una Entidad adscrita al FIPE (Federación - Internacional de Planificación de la Familia)

SU FINALIDAD:

APROFAM "Su fin primordial es lograr por todos los medios a su alcance, la integración y en general el bienestar de la familia guatemalteca."

Lo que sabemos: Es que en ningún momento se logrará el bienestar de la familia guatemalteca con solo control natal, sin haber favorecido a esa misma familia con un mayor ingreso económico que la saque de la vida de subsistencia, a vida de existencia. Hemos la observación que en ningún momento - APROFAM, hace público su verdadera finalidad, el Control Natal de la Población.

DEFINICION DE PLANIFICACION FAMILIAR:

APROFAM "Es el derecho y el deber que tiene la pareja humana, para decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos".

Lo que sabemos: Ese derecho de la pareja, al hablar de Planificación Familiar, se concreta al número de hijos y en ningún momento hace mención del derecho a mejorar a través de su propia superación, su nivel de vida y el derecho que tiene a una existencia decorosa y no de subsistencia humana.

"Esa decisión de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos en un pueblo como el nuestro, va a ser influenciada por la constante campaña de APROFAM, en los medios de difusión, sobre la insistencia de esa institución por las familias pequeñas".

PLANIFICACION FAMILIAR COMO UN PROGRAMA DE ACCION.

APROFAM: "Como un programa de Acción dirigido a preservar y elevar el bienestar del grupo familiar y de la comunidad".

Comentarios: Más parece que es solo a preservar el bienestar, - pues nuevamente no se toca el verdadero problema y el único capaz de elevar el bienestar del grupo familiar, como sería mejorar el poder adquisitivo - de la familia y la comunidad, para que su estado - de vida sea mejor al actual.

OBJETIVOS DE APROFAM:

APROFAM: -Aparte de las investigaciones científicas -

"Divulgar por todos los medios posibles, la conveniencia de formar Familias sobre bases morales y legales".

Comentario: La divulgación generalmente consiste en tachar - de irresponsables a los que tienen familias mayores de 4 miembros (padres y dos hijos), ya que sus afiches y programas siempre ponen como ejemplo de familia, padre, madre y dos hijos. Respecto a las bases morales de nuevas familias no sé cómo se logrará con expendios de contraceptivos en las tiendas, al alcance de todos y sin orientación, expendidos por alguien no calificado para hacerlo. Respecto a las bases legales, no he escuchado entre - el sinfín de cuñas radiales de APROFAM, alguna - que insista a la mujer sobre sus derechos legales a adquirir, al tener un matrimonio civil y no de hecho como aún persiste (50% de las mujeres que -

acuden al programa de Planificación Familiar).

APROFAM: "Propugnar la paternidad responsable, como elemento esencial para el bienestar de la familia - y de la comunidad en general".

Comentario: Los estudios con que cuenta APROFAM en este aspecto son excelentes, pero no veo el cumplimiento de este objetivo al existir los expendios de anticonceptivos en las tiendas locales, a la par de los dulces, con personal prácticamente empírico a cargo (entrenamiento máximo de 16 horas).

APROFAM: "Promover el adiestramiento de personal que contribuye a reducir los males que aquejan a la familia".

Comentario: Es obvio que el único mal que aqueja a la familia guatemalteca es para APROFAM, tener hijos, ya que en ningún momento ha enfrentado los problemas económicos o de salud de la familia guatemalteca.

APROFAM: "Mantener relación con entidades que persiguen fines similares a la de APROFAM para aprovechar los recursos científicos de que dispongan, especialmente en lo relativo a problemas de esterilidad y fertilidad, educación y orientación pre-nupcial y matrimonial".

Comentario: Esas entidades similares son las que ejercen el control natal en otros países.

ANALICEMOS LO QUE HACE APROFAM EN SU PROGRAMA EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA NUEVA:

Es el único programa que mantiene adiestramiento continuo de su personal y del cual el 100% del personal es calificado, de médico a enfermera auxiliar e incluso una de las enfermeras auxiliares es pagada por APROFAM para que se dedique de lleno al programa (charlas y conferencias a los usuarios para que decidan o no el uso de contraceptivos), mantienen siempre la existencia de contraceptivos a precios menores de Q.2.00 e inclusive a Q.0.15 que cuesta el set de anovulatorios.

El problema radica en que posteriormente, cuando la usuaria ya está inscrita, el control médico, se reduce a la pregunta: Ha notado algún cambio? ya que el médico se ve reducido ante los demás programas a cubrir por lo que la reconsulta de la usuaria la da una enfermera auxiliar generalmente.

La anterior situación ya contradice a la afirmación de APROFAM de "Control periódico de la usuaria" al menos en Villa Nueva, donde existe un solo médico como instrumento de salud (Médico de Salud Pública) contra 50,000 habitantes de los que el 80% demandan servicios públicos (de asistencia médica). Nunca será posible el control posterior de la usuaria del Programa de Planificación Familiar por médico graduado.

Pero cuando menos la usuaria ha sido interrogada por una enfermera auxiliar con experiencia, en lo que contradice totalmente a APROFAM en sus principios de control periódico de la usuaria, y expone su verdadero carácter de comercialización, y de incremento de sus coberturas, sin tomar en cuenta la itrogenia que de ellos se puede originar, es en la proliferación de ventas de contraceptivos en tiendas de dulces, atendidas por personal empírico, bajo el auspicio de APROFAM, donde se manifiesta

más claramente su carácter comercial, a estas personas empíricas se les dá a ganar un porcentaje en efectivo, en lo que en el Centro de Salud se dá solo como bonificación de más productos contraceptivos o en equipo de uso exclusivo en el programa de Planificación Familiar.

Otra observación que se puede hacer, es que los contraceptivos traídos por APROFAM (orales) cuestan Q.0.15 como mencionamos, y un antibiótico (el más barato en nuestro medio), no baja de 0.70 el de penicilina, de donde con este tipo de política se demuestra que sale más barato evitar un mes un niño (con un set de contraceptivos), que poder salvar en nuestro país de enfermedades infecciosas a un niño enfermo.

No se comprende cómo sigue siendo posible en este siglo, declarar el presente año como "AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO" si se sigue facilitando organizadamente el que no existan más niños, y no existe una organización capaz de reducir los costos de los medicamentos para salvar a los que se enferman.

Sólo en el ejercicio privado (atención privada de usuarios en clínicas particulares), se cumplió con el régimen del control periódico de la usuaria por médico graduado; por lo que se sigue considerando al Programa de Planificación Familiar discriminatorio, ya que a nivel popular, la usuaria carece de la observación por médico en el seguimiento de un método, concretándose esta atención a las usuarias que han tenido ya problemas.

Analicemos algunas características de las usuarias del programa de Planificación Familiar en Villa Nueva, muy similar a la de otros municipios de nuestra República.

De las inscritas 90% fueron por demanda espontánea. De las principales razones que aludieron para asistir al programa fueron: 31% adujeron que su esposo se los recomendó; 18% dije--

ron haberse decidido porque una enfermera se los recomendó; - 18% reconoció que fue una persona amiga con la que consultó - y se lo recomendó; 6% aceptó haber acudido al programa por - que lo escuchó en la radio.

El estado civil de las usuarias lo componen; en un 50% son uni - das, solo un 37.% son casados, sin que el programa haga algo -- por sugerir una estabilización legal de la familia a la que su - puestamente busca su bienestar.

La religión no es determinante para aceptar o nó este tipo de - programas (el 75% son católicas) el 31% de las usuarias tienen - trabajo remunerado (tortilleras, lavanderas, etc.) pero es obvio - que la mano de obra sigue siendo no calificada ya que es más - fácil el oficio de la prostitución, 6.2%, contra mujeres que se de - dican a obreras en fábricas 3.12%

El 52% de las usuarias, alquilan (tienen que pagar una renta -- por el lugar donde habitan). El 75% de las casas son de un ambi - ente (habitación y un servicio separado). Solo el 34% tienen inodoros de agua corriente, a pesar de que el 65% tienen agua - de instalación interna.

ANALICEMOS LA CONCEPCION DE LA FAMILIA

Al tratar de saber "Qué es la familia" para las usuarias, el - 31.2% respondió no saber, pero asistían a un programa de Salud auspiciado por la asociación Pro-Bienestar de la Familia. Die - ron una respuesta con relación de consanguinidad en un 34.4% (su hijo, padre y madre).

A la pregunta Para qué sirve o existe la familia?

Dijeron no saber en un 28.12% y dieron una respuesta econó -

mica social en un 53.12% (para ayudarse con el tiempo, ayudar se mutuamente).

A la pregunta Por qué cree usted que se deben tener hijos?

La respuesta fue por una razón económica social en un 40.62% y una razón afectiva en un 31.25% (para tener felicidad en el hogar).

A la pregunta Cree usted que su esposo es parte de su familia?

Dijeron que sí el 93.75% y solamente las que se dedicaban a - la prostitución 6.25% dijeron que no. El 34.32% aceptó que - incluso cuando tienen un problema se lo consultan primero al - esposo.

A la pregunta A qué edad deben casarse los hijos?

La respuesta fue del 53.04% para hombres y mujeres entre 20 - 24 años y de un 40.56% en las mujeres de 15-19 años. Consi - deraron que no era buena la experiencia pre-matrimonial en - hombres, en un 68.7%.

El criterio de números de hijos en una familia fue:

Familia grande compuesta de	6.3 hijos
Familia mediana compuesta de	3.5 hijos
Familia pequeña compuesta de	1.4 hijos

La inclinación fue de un 50% por la familia mediana (3.5 hi - jos) y de un 37.5% por la familia pequeña (1.4 hijos).

Están co nformes con el número de hijos que tienen en un 85%, los restantes desean 1.5 hijos más de los que tienen.

Los ingresos de la familia en Villa Nueva promediaron Q.2.77 - diarios; (con 3 hijos promedio y con 2 cónyuges) da un ingreso - percápita de Q.15.83 al mes o sea un salario mensual de Q.83. 17. El 84% de las familias tienen un ingreso salarial que dependen exclusivamente del jefe de casa. En el 93% de las familias - la base de su ingreso era laboral y solamente un 7% era obtenido por razones de ingreso comercial.

En los antecedentes ginecobstétricos de las usuarias encontramos:

- Menorquie----- 14 años
- Frecuencia menstrual 87% de 26-30 días
- Disminoria (dolor a la menstruación), 62%
- No. de embarazos (promedio)----- 3.43
- No. de partos (promedio)----- 3.1
- No. de nacidos muertos (promedio)----- 0.0093
- No. de abortos (promedio)----- 0.156

Los contraceptivos usados por las usuarias fueron en el orden:

- Orales - 78% (Norynil - 100%) - Promedio del uso - 1 año 1 - mes
- Dispositivos intra uterinos - 9.3 tipo Lippes - promedio de uso - 3 años 1 mes 10 días
- Pomeroy 6.25%

Las razones para acudir principalmente fueron:

- Para no tener más hijos ----- 37.5%
- Para distanciar el número de hijos ----- 37.5%
- Por razón de obstetricia----- 6.25%

Opinaron que no se ofende a Dios el usar anticonceptivos en - un 87% y el 81.22% de los esposos estaban de acuerdo con que

sus mujeres emplearan métodos contraceptivos. De los esposos el 31% fue el que recomendó el uso de contraceptivos a la esposa.

Entre los efectos colaterales (secundarios al uso de contraceptivos) que rebasaron el 50% de la población fueron:

- Cefalea 59%
- Aumento de hambre 56%
- Decaimiento 50%
- Tensión nerviosa 78%

Merece mención especial el hecho que los programas de salud - (tal el caso de Villa Nueva) se hacen en función de instrumentos (número total de personas que laboraron en el Centro de Salud) y nunca en función al número de habitantes (excepto el de inmunizaciones - Vacunación) y esto se hace resaltar en Villa Nueva, donde su centro de salud, con el número de instrumentos (médico y paramédicos), alcanza aproximadamente 120% de su cobertura, es decir que el personal está rindiendo más de lo que se espera, pero aún así, la población que cubren en su programa es insignificante (50,000 habitantes contra un centro de salud tipo B, las coberturas reales alcanzadas para el número total de habitantes son:

- Programa Niño Sano----- 5.5%
- Pre escolar----- 2.4%
- Consulta externa----- 1.8%

El único programa que cubre una cobertura del 75% a su población, es el de inmunizaciones.

Analizamos las opiniones de los líderes:

Se entendió por líder local, a la persona que tiene influencia sobre los demás miembros del grupo. Ellos opinaron con respecto a los problemas demográficos de Villa Nueva y Guatemala. Su religión en un 71.4% católica, un 18.28% evangélicos, y un 14.28% sin religión.

Para medir el seguimiento a sus normas religiosas, se tomó como parámetro la asistencia a los oficios religiosos, las que refirieron con regularidad, cada semana, en el 71.4%. El 78.58% de los entrevistados eran hombres y un 21.4% de los líderes fueron mujeres.

El 21.42% de los líderes se encuentran en edades de 26-30 años, otros 21.42% en edades de 31-40 años. El 14.28% en edades de 41-45 años y otro 14.28% en edades de 51-55 años. El 63.26% de los líderes eran casados, el 35.70% habían sacado del 3o. al 6o. año primaria. El 28.56% tenían familias de dos hijos, el 14.28% tenían familias de tres hijos, un 7.14% tenían familias de 7 hijos. El 85.68% consideró que Villa Nueva aumentaba rápidamente su población, solo un 71.40% consideró que Villa Nueva tenía un aumento de población más elevado en relación a otros municipios, como factor principal de su aumento de población fue considerado el de la inmigración por la proximidad a la capital en un 59.96%, el 49.84% consideró que el crecimiento de población llevaba consigo un problema grave o serio. El 35.70% opinó por el contrario, que llevaba consigo algo benéfico.

Las razones que generalmente se dieron para considerar el problema de crecimiento grave fueron:

1. Falta de Planificación
2. Incremento de necesidades por resolver
3. No estar preparados para ello
4. Carencia de servicios
5. Desarrollo urbano incontrolado
6. Falta de recursos municipales
7. Crecimiento desordenado

Las razones para considerarlo problema de crecimiento poblacional sencillo:

1. Al poner un poco de interés al problema de crecimiento poblacional se resuelve fácilmente.
2. Se resolverá al resolver el problema económico

Las razones para considerar el problema de crecimiento poblacional benéfico fueron:

1. Aún hay fuentes de trabajo
2. Aumento del comercio
3. Aumento del progreso
4. Se desarrolla más un pueblo.

El 65.1% de los líderes consideró que había desequilibrio entre producción y crecimiento poblacional. De los líderes el 53.55% consideraron que el rápido crecimiento de población tiene influencia negativa en el nivel de vida, y un 39.27% que las influencias eran positivas. El 42.84% de los líderes consideró que el grupo más afectado con el fenómeno de crecimiento eran las áreas marginales. El 92.86% consideró que la irresponsabilidad paterna era la condicionante del problema (abandono de los hijos, generalmente del padre, hogar disintegrado), el 63.7% de los líderes consideraron que la irresponsabilidad paterna era producto de la ignorancia, el 57.2% de los líderes opinaron que era mejor para Villa

Nueva un crecimiento más lento. El 71.03% de los líderes, refirieron enterarse de los problemas demográficos por la prensa, el 85.72% de los líderes afirmaron que el número ideal de hijos era de 3-4 hijos, el 70% de los líderes refirieron estar muy de acuerdo o de acuerdo con el programa de Planificación Familiar de Villa Nueva. El 92.86% de los líderes se manifestaron en favor de que debiera existir una campaña de divulgación y educación sobre lo que es paternidad responsable. El 85.72% de los líderes están de acuerdo con que se proporcione información de métodos anticonceptivos a quienes lo solicitan. Pero el 71.4% de los líderes opinaron que el programa de Planificación Familiar debería estar a cargo de Salud Pública y solo el 7.14% consideraba que debería estar a cargo de APROFAM. El 78.58% de los líderes opinaron que eran ambos cónyuges los que deberían tener la responsabilidad de decidir si justificaba o no el uso de anticonceptivos.

El 57% de los líderes consideraron que las potencias extranjeras se benefician de alguna manera con los programas de Planificación Familiar.

El 57% opinó también que la iglesia tiene razones aceptables para oponerse a la anticoncepción, 35% de los líderes, no cree que hayan medios de esterilización masiva y un 28% considera categóricamente que no los hay.

Después de analizar la opinión de líderes locales, pasamos a analizar los estudios de Mentalización y Penetración que ha realizado APROFAM, en sociedad con el Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia de la Universidad de Chicago, definiéndolo ellos como "Orientación a la campaña de comunicación de APROFAM".

Analizamos primero los 10 factores que encontró APROFAM que tenía en contra en las áreas rurales en mayor o menor porcentaje: (con su propio estudio).

1. Desaprobación social de la Planificación Familiar
2. Poco conocimiento de la variedad de métodos
3. Aceptación pasiva de los embarazos
4. Falta de comunicación entre los esposos
5. Deseo de una familia grande
6. Poca comunicación informal sobre Planificación Familiar
7. Falta de aspiraciones para los hijos
8. Rumores y creencias sobre los métodos
9. Creencias religiosas y morales
10. Poca conciencia del problema demográfico

I. Desaprobación Social de la Planificación Familiar:
(en el entrevistado)

Aprueban la Planificación Familiar-----	52%
(algo fuertemente)	
Desaprueban la Planificación Familiar-----	42%
(algo fuertemente)	
La respuesta fue neutral o sin datos-----	6%

Es significativo que a pesar del porcentaje que aprueban la Planificación Familiar de los anteriores: Usan métodos anticonceptivos----- 7%

No usan métodos anticonceptivos-----	90.5%
Sin datos-----	2.5%

Analicemos la desaprobación social a la Planificación Familiar en el medio que rodea a la familia rural (como considera el entrevistado)

Considera: que el 73% de los abuelos la reprobarían

69% de las abuelas	"	"
52% de los padres	"	"
52% de los suegros	"	"
51% de las suegras	"	"
49% de las madres	"	"

48% de los tíos la reprobarían
 48% de las tías " " "
 41% de los hermanos la reprobarían
 40% de las hermanas " " "

Refirieron solamente un 45% al Sacerdote como persona que probablemente se oponía a la Planificación Familiar.

CONOCIMIENTOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Porcentaje en el área rural de las personas que han oído de los métodos anticonceptivos: (datos previos a la intensificación actual de la campaña radial de información para cambiar el comportamiento de los guatemaltecos y hacerlos susceptibles al control natal).

<u>Conocimiento de los métodos</u>	<u>Uso previo</u>		
Píldora-----	58.9%	-----	4.9%
Inyecciones-----	46.4%	-----	3 %
Operación mujer-----	45.5%	-----	1.9%
Condón-----	24.0%	-----	1.4%
Dispositivo intrauterino --	21.2 %	-----	1.4%
Vasectomía-----	11.1%	-----	0.0%
Supositorios-----	8.6%	-----	0.9%
Coito interrupto -----	3.2%	-----	0.5%
Jalea, crema espuma---	2.5%	-----	
Diafragma-----	2.1%	-----	0.0%
Ducha-----	1.3%	-----	0.0%
Ritmo-----	0.0%	-----	0.0%

ACEPTACION PASIVA DE EMBARAZOS

	<u>Si</u>	<u>No</u>
- ha pensado cuántos hijos debe tener	46.7%	53.3%
- Se ha preocupado por quedar embarazada	63.4%	36.6%
- Tiene más hijos de los que quieren si - fuera recién casada	29.6%	70.4%

FALTA DE COMUNICACION ENTRE ESPOSOS

- Habla con su esposo sobre problemas de familia	62.1%	37.9%
- Habla con su esposa (o) sobre el número de hijos que desearía tener	46.7%	53.3%
- Habla con su esposo (a) sobre el uso de anticonceptivos	32.1%	67.9%

DESEO DE UNA FAMILIA GRANDE

	<u>Promedio</u>	<u>Ladinos</u>	<u>Indígenas</u>
- Si usted estuviera recién casada, cuántos hijos desearía tener?	4.5 hijos	3.9%	6.3%
- Son demasiados hijos	8.8 "	8	10.5%
- Cuántos son un número insuficientes de hijos	2.7 "	2.5%	3%
		<u>Si</u>	<u>No</u>
- Es bueno tener 5 hijos o más		34.2%	65.8%
- Es bueno tener solo 2 o 3 hijos		68.6%	31.4%

Nota: En la pregunta es bueno tener 5 hijos o más, los indígenas opinaron a favor en un 55%.

Poca comunicación Informal sobre los Métodos de Contracepción:

- Número promedio de personas con quienes ha hablado alguna vez sobre Planificación Familiar----- 2.2% personas.

Falta de Aspiraciones para los hijos:

	<u>Si</u>	<u>No</u>
- Si su hijo puede ganarse mejor la vida en otro lugar debe irse-----	66.8%	33.2%
- Si su hija puede ganarse la vida en otro lugar debe irse-----	42.7%	57.3%
- Quisiera que su hijo no tuviera la misma ocupación del padre-----	36.7%	63.7%
- Quisiera que su hija en vez de quedarse en casa trabajara antes de casarse--	26.1%	73.9%

Rumores sobre los Métodos

- Ha oído sobre las pastillas-----	65.1%	34.5%
- Piensa que las pastillas pueden causar daño permanente-----	44.8%	55.2%
- Ha oído sobre el dispositivo intra uterino-----	51.7%	48.3%
- Ha oído que el dispositivo intra uterino causa molestias al colocarse-----	54.1%	45.9%
- Piensa que la vasectomía cambie el deseo sexual del hombre-----	21.2%	78.8%
- Piensa que la vasectomía debilita al hombre para trabajos fuertes-----	41.2%	58.8%
- Piensa que la operación de la mujer cambia su deseo sexual-----	14.4%	85.6%
- Piensa que la operación de la mujer debilita su salud-----	20.1%	79.9%

Creencias Religiosas y Morales

	<u>Si</u>	<u>No</u>
- La Planificación Familiar está en contra de la voluntad de Dios-----	49.7%	50.3%
- La Planificación Familiar hace que los esposos se engañen-----	26.1%	73.9%
- La Planificación Familiar aumenta las relaciones premaritales-----	37.0%	63.0%

Poca Conciencia del Problema Demográfico

- Piensa que el número de personas en el pueblo aumenta-----	70 %	30 %
- Piensa que hay demasiada gente en el pueblo-----	28.3%	61.7%
- Piensa que el número de personas está aumentando "Demasiado rápido"-----	27.7%	72.3%

De los factores anteriores APROFAM encuentra en contra las siguientes razones de no aprobación del medio, a su política propia de control natal.

1. Mientras más desaprobación percibe la gente de varios lados, menor es su propia aprobación hacia la Planificación Familiar.
2. Entre menos conocimientos tiene la gente sobre variedad de métodos anticonceptivos, menor es la tendencia a usar Planificación Familiar. (Contraceptivos).
3. A menor preocupación por los embarazos, (1) menor es la tendencia a aprobar la Planificación Familiar.
4. Que aún cuando se tienen los hijos que desean en nuestro medio, no se utilizan los métodos anticonceptivos.

1. Refiérese al término de "Estar embarazada la madre".

5. La poca comunicación sobre temas de anticoncepción entre esposos limita el uso de métodos anticonceptivos.
6. La mayoría de guatemaltecos desean una familia de 4 hijos - (promedio), los indígenas desean más que los ladinos, a esta razón se le tacha de proceso de transición, ya que se deja ver el verdadero interés de control natal al hacer el comentario APROFAM, una familia pequeña de dos hijos (o sea a nivel de reemplazamiento).
7. Cuanto menos comunicación informal tienen sobre el tema, - menos favorable es su actitud sobre Planificación Familiar -- (menos tendencia a usar algún método).
8. Entre menos sean las aspiraciones para los hijos, menor será - la tendencia a aprobar la Planificación Familiar.
9. Entre más escuchen las personas sobre los efectos colaterales de los anticonceptivos, menor será la tendencia a usarlos - - (APROFAM califica de rumores algunos efectos colaterales - que ha identificado al pueblo).
10. El catolicismo no es una barrera insuperable al uso de anti-- conceptivos, lo que implica una disminución a la lealtad de los dictados de la iglesia.
11. Entre más creencias morales y religiosas existan contra la -- contracepción, menor será la tendencia a aprobar la Planifi-- cación Familiar.
12. A menor conciencia del problema demográfico menor será la tendencia para aprobar la Planificación Familiar (siempre - bajo la teoría Maltuciana que es como lo enfoca APROFAM)

Ante las razones anteriores, APROFAM analiza la forma de romper esas barreras de obstáculos para su política de control natal a través de la anticoncepción.

EL ANALISIS DE "APROFAM"

Los 10 factores socio-psicológicos que constituyen obstáculos - hacia la Planificación Familiar en áreas rurales de Guatemala,

sugieren reducir estas barreras. Se espera con ello AUMENTAR EL NUMERO DE PERSONAS FAVORABLES AL PROGRAMA Y LUEGO EL NUMERO DE USUARIOS.

SEGUNDO

Los hallazgos sobre características de las personas receptoras y las personas resistentes, nos indican algo de la audiencia que se debe buscar además de la receptibilidad potencial de la gente - en general.

Las variables socio-demográficas son diferentes a las variables - socio-psico lógicas porque son "inmutables" (el sexo, edad, esco - laridad, etc.). Estos factores socio-demográficos, están utiliza - dos para conocer mejor la población que existe y diseñar una - campaña a la vista de esto.

TERCERO

Los datos sobre medios que llegan a las áreas rurales y las pre - ferencias de la gente en cuanto a horas, estaciones, programas, etc., dan indicaciones útiles para la parte logística de cual - - quier campaña.

SELECCION DE LOS MEDIOS MAS ADECUADOS POR APROFAM

La Radio:

Los hallazgos confirman una premisa que ya tenía APROFAM, - que la radio es el más poderoso medio para llegar hasta las - - áreas rurales, por eso APROFAM se hace a las horas de más au - diencia radial, concentrándose de 5 a 9 de la mañana y en los radioperiódicos. Suspendiéndose los anuncios en la tarde, - - consideró APROFAM en su investigación que no era conve - -

niente tocar los programas religiosos, que son de mayor audiencia también.

La Televisión:

Respecto a la televisión, utilizándola en menor grado y en primer lugar para poder llegar a los líderes de opinión con alguna educación, su objetivo principal del anuncio televisado es dar la imagen de algo benéfico y con ello conseguir para APROFAM tener líderes a su favor y mantener una imagen nacional.

Los Periódicos:

APROFAM, encontró que no justificaba el uso de este medio, pero se hace algo por este medio para no tener a la prensa escrita en contra al surgir ataques contra la Planificación Familiar (control natal) y así poder dar respuesta adecuada en editoriales.

Folletos y Afiches:

Por el bajo nivel educativo de nuestro pueblo, APROFAM encontró que los afiches tenían que reducir el número de palabras y ser más esquemáticos el dibujo para que llame la atención, las pocas palabras deberá ser en lenguaje sencillo.

Comunicación Persona a Persona:

APROFAM cuenta para ello con la colaboración del Ministerio de Salud Pública a través de las clínicas estatales en los municipios. Y además esgrime un nuevo plan de Mentalización, valere de los grupos agrícolas organizados y de los dueños de fincas, quienes proveerán los servicios de anticoncepción; en esta forma con pocos recursos humanos y financieros, APROFAM aumentará notablemente sus coberturas con personas que serán para entonces afines a su criterio y quienes no fácilmente detectarán

la política de control natal que conlleva el supuesto programa de Planificación Familiar. También se marginará al médico local con la política anteriormente expuesta.

COMO SE DESARROLLA EL PROGRAMA DE MENTALIZACION:

Lo hace en ese porcentaje de personas que no emplean anticonceptivos pero que no están en contra de APROFAM. Son la primera audiencia blanco. Su objetivo, que se convenzan que es de algún beneficio no tener tantos hijos (no mayor de dos) para que exista una población solamente de reemplazo, claro, en esto no toma en cuenta APROFAM que aún tenemos una de las mayores tasas de mortalidad infantil en el mundo y que dentro de poco nuestra población al conseguir sus objetivos (dos por pareja), tendría menos de la población de reemplazo ya que los niveles de salud habrán cambiado poco, y el económico casi nada o nada. Para su mentalización APROFAM empleará un personaje creado, que representa a un ser con autoridad, respetable y en quien la comunidad confía, él responde preguntas (que aún no se hace la comunidad) y da respuestas (mensaje que espera que persiva la comunidad como verdadero y única alternativa) con ello, el personaje "Don Plutarco" legitima la Planificación Familiar; los mensajes se pasan en Quiché, Keckchí y Mam.

Con los 10 factores socio-psicológicos que representan obstáculo para APROFAM se han tomado como base para el contenido de mentalización de los diversos medios de comunicación, el sistema da variedad de mensajes, y trata las variables que verdaderamente afectan la actitud y uso de anticonceptivos, con ello se mentalizará a las masas para usar anticonceptivos.

Pongamos Ejemplos de Ellos:

1. Desaprobación social de la Planificación Familiar
Objetivo de APROFAM: Legitimar la Planificación Familiar.

Hombre: Don Plutarco, Por qué en este pueblo se oye hablar tan
al respecto de Planificación Familiar?

Don Plu

tarco: No solo aquí se habla Pedro, en todos los demás pueblos
también se habla de Planificación Familiar, porque es
muy buena para todos los que quieren usarla. Si quieres
saber más de Planificación Familiar andá al Puesto de
Salud.

El anterior mensaje crea una imagen de bienestar para el que la
usa, y que hay intercomunicación entre la comunidad sobre este
tema, cosa que es falsa porque la encuesta demostró que solo se
comentaba con dos personas de promedio y no más.

PARA ACEPTACION PASIVA DE LOS EMBARAZOS

Don Plu

tarco: Entrá Josefa, De qué querés hablarme?

Mujer: Don Plutarco, yo tengo ya tres muchachitos chiquitos y
me cuesta mucho cuidarlos, por eso tengo miedo de tener
otro, muy luego. Qué puedo hacer?

Don Plu

tarco: Josefa, si vos querés dejar pasar un tiempo antes de tener
otro hijo se puede con Planificación Familiar. Esto es fá
cil, andá al Centro de Salud, y ahí te enseñarán los re
medios buenos que hay para planificar la familia.

En este mensaje, se pretende romper el criterio existente en nues
tras áreas rurales de familias de 4-5 niños; Josefa es inútil con
3 muchachitos.

PARA LA FALTA DE COMUNICACION ENTRE ESPOSOS

Los objetivos se consiguen más fácilmente con afiches que repre
sentan el diálogo del marido y mujer.

Para deseo de una familia grande:

Cuñas sobre Beneficio para el Hombre:

Locutor: Planificar la familia es de beneficio para todos.

Hombre: Teniendo una familia pequeña mis preocupaciones --
menores, pues hoy la vida está muy difícil.

Locutor: Si desea planificar la familia acuda a la clínica de --
Planificación Familiar.

Locutor: APROFAM colaborando con el Programa nacional de
Planificación Familiar.

Aquí se ofrece el control natal como panacea, la realidad es --
que el problema económico del padre no va a mejorar en mu
cho, pues su poder adquisitivo no se ha incrementado con tener
o no tener más niños en su familia, ya que el problema de base
es político-económico.

El mensaje también sugiere que los hijos son un estorbo y una --
carga económica y cambiar con ello el concepto de familia --
grande (mayor de dos niños) para APROFAM.

Cuña sobre Beneficio para la Mujer:

Locutor: Planificación Familiar es de beneficios para todos.

Mujer: Al no tener mis hijos tan seguidos me siento bien de
salud.

Locutor: Si desea más información acuda a las clínicas de Planificación Familiar, APROFAM colaborando con el programa nacional de Planificación Familiar.

Con este mensaje, se crea el concepto que el embarazo es sinónimo de enfermedad.

Para el problema de rumores sobre los métodos, las cuñas se harán en base a la condición que a este respecto llega APROFAM. Aunque no es aconsejable anunciar los aspectos negativos a través de los medios de difusión como son la radio o televisión, es indispensable informar a los usuarios y usuarias potenciales, sobre las pequeñas molestias que suelen causar los métodos y refutar los rumores más graves acerca de efectos permanentes de salud.

Aquí es donde APROFAM también deja de ser ética al ocultar los efectos colaterales de los contraceptivos, cosa que seguro ocurrirá cuando en su nuevo sistema (finqueros, sociedades agrarias) con personal entrenado por la institución, quede marginado el médico del centro de salud local y ya no ejerza control alguno, sobre el PROGRAMA DE CONTROL NATAL.

Analicemos y comentemos un poco de la política internacional.

La UNESCO ha declarado el presente año: "AÑO DEL NIÑO" - mi primera pregunta: Para qué niños? Será para festejar al niño que no nació, a través del éxito de la extendida red de control natal para los países tercer mundistas? Para qué niño? Para los niños tercer mundistas como los nuestros que día tras día renuncian a las cosas más elementales de una vida normal (alfabetismo, educación superior, alimentación, menor poder adquisitivo de la familia). Para qué niño? para el niño que padece hambre en un país agrícola, y por el que no se hace nada para tecnificarlo definitivamente y llevarlo a ser independiente política y económicamente, o será para que en los países industrializados y ricos se

abran los ojos, se den cuenta que en sus riquezas no saben hacer felices a sus propios niños.

El Presidente Walter Scheel de la República Federal de Alemania comentaba en la navidad pasada. (A manera de hacer conciencia en su pueblo): "Nuestros niños (los alemanes) comen y están hartos pero Sabemos educarlos para que sean personas buenas y felices?" Qué es lo que hace a estos jóvenes (alemanes) sentirse perdidos en un mundo que lleno de niños pobres de otro país envidiarían si lo conocieren?. Comentaba adelante "...La cifra de nacimiento en la República Federal de Alemania disminuye sensiblemente siendo proporcionalmente la más baja de la tierra y se pregunta: Es que todavía somos un país amante de los niños? Dedicamos bastante tiempo a los niños? Son nuestras viviendas aptas para los niños o las construimos pensando en ellos?"

Lo anterior es válido no solo a Alemania, sino también al resto de potencias. A mi criterio son estos últimos interrogantes los que motivaron a los países industrializados al declarar el "AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO" y si me equivoco, que lo demuestren DEJANDO NACER A LOS NIÑOS QUE TENGAN QUE NACER en nuestro país que es nuestro único y verdadero recurso de existencia ante la subsistencia en que vivimos.

Nota: Se tomó del comentario de la Revista Escala; No. /1979 en Español. La sentencia de la "Carta de los Derechos del Niño" promulgada por la Asamblea General de Naciones Unidas - Nov. /1979.

"...La Humanidad debe al niño lo mejor que tenga para dar".

Se cumplen estas sentencias de parte de la Humanidad al practicar control natal a nuestra madre? Se cumple al hacer y crear conceptos de que los niños son cargas y estorbos económicos a las madres y padres en nuestro medio, solo porque somos

amantes de familias grandes (5 niños promedio), pero que se sale de lo que ellos estiman suficientes para nosotros (2 niños)?

Y de los 10 principios fundamentales de la declaración de las NN.UU. el niño tiene derecho a:

1. Derecho a protección especial
2. Amor y comprensión de los adultos
3. Ser educado para más tarde asumir a una responsabilidad
4. A ser amparado contra toda discriminación (raza, sexo o religión en particular).
5. Su derecho a un desarrollo sano y normal.
6. A su alimentación adecuada
7. Al abrigo apropiado
8. A la asistencia médica
9. A la instrucción convincente
10. A una preparación profesional.

Para velar por los niños del mundo, ya que éstos no disponen ni de partidos ni de camarilla que los defienda.

Al declarar el año internacional del niño se dijo en NN.UU. - que la consigna sería acción y no meras palabras. Que se demuestre esa acción al agregar un onceavo principio; que se dé el derecho de nacer al niño que tenga que nacer, (y con ello - que se le deje de formar un medio hostil a su alrededor) al hacerlo aparecer como carga económica social y que se haga sentir la necesidad de la presencia del niño en esa "humanidad" - que pretende reducirlo con la mentira de superpoblación-control demográfico, y su base falsa de falta de alimentos, ante la verdadera distribución injusta de recursos y técnicas.

Como último análisis y discusión comentamos algo de la Técnica Biomédica (aplicación de las nociones y procedimientos biológicos y médicos a la técnica, como así también a la aplica-

ción de nociones, métodos, procedimientos, instrumental, aparatos y productos técnicos en Biología y Medicina).

CRECIMIENTO DEMOGRAFICO

El hombre posiblemente está más interesado, con toda la fuerza instintiva de un egoísmo genérico e individual, en el ASEGURAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE Y EL ALIMENTO, y por otro lado en la prolongación de la vida y la conservación de la salud.

El crecimiento demográfico en la actualidad para el globo terráqueo es del 2% anual. Esta "explosión demográfica" se da como consecuencia de la triplicación del índice de vida en los últimos docientos años y la reducción de la mortalidad infantil en el primer año de vida a 1/10 (Guatemala tiene una mortalidad infantil de el primer año 5 veces mayor a la citada). Pero para la sociedad, y aún para la humanidad en su conjunto sucitan, por otro lado, serios problemas. Estas perspectivas biológicas no deberían subestimarse políticamente.

ASEGURAMIENTO DEL ALIMENTO

De fundamental importancia para el hombre como para todo ser viviente, es asegurarse de los alimentos. Ello requiere una Tecnificación creciente de la producción agraria, pero más aún La humanización de las metas y los métodos políticos, para que las posibilidades técnicas sean empleadas para el bien del hombre.

Tomado del comentario, de la revista Educación Volumen # 10, editada por el Instituto de colaboración Científica. 1974, pp. 98/105 Dr. Heinz Blenke Instituto de Técnica de Procedimientos Químicos, Universidad de Stuttgart.

Hay un 15% de la población de la tierra que está sub-alimentada y un 40% está mal alimentada por deficiencias proteínicas, no se debe esto a las ineficientes posibilidades biotécnicas, sino exclusivamente a dificultades ideológicas y políticas. Según comprobación de la UNESCO, ya hoy podrían estar suficientemente alimentados diez veces más seres de los que pueblan la tierra si en todas las superficies utilizadas en agricultura (1/10 de la superficie de la tierra firme) se aplicaran las técnicas de producción vegetal practicada en países industrializados. Se trata en especial del abono en tierra y la lucha contra las plagas. Si abonamos la tierra, cada kilogramo de nitrógeno brindará 15 Kgs. de unidades de cereal.

Jonathan Swilf dijo: "Quien logra que allí donde antes crecía un tallo crezcan dos, ha hecho más por su pueblo que el General que gana una batalla. Los monocultivos de la agricultura extensiva perturban el equilibrio biológico natural, favoreciendo los parásitos de nuestros cultivos. El empleo de herbicidas e insecticidas requerido permite, principalmente en los países tropicales, un incremento de la producción de un 50%.

La "Industrialización" de la producción vegetal, muestra la interconexión en la industrialización de la producción animal. Ya se ha formado - al menos en los países industrializados - una cadena de producción biotécnica que consiste en tratamiento de las materias con procedimientos técnicos antes, durante y después de la cría masiva de animales.

Tampoco las materias de desecho de la cría de animales, totalmente mecanizadas, a la que se aspira por cuestión de economía, pueden ya emplearse para abonar los campos circundantes. Más bien debe renovarse mediante un procedimiento biotécnico, al igual que los materiales de desecho de las producciones industriales y lugares de asentamiento humano. Adquiere particular importancia en este proceso la desintegración biológica de los materiales de desecho mediante microorganismos, en -

grandes piletones de ventilación.

Como es sabido el 71% de la superficie terrestre está ocupada por mares. En 1/5 de esta superficie de agua se forma anualmente alrededor de 5 g/m² de Fitoplankton, como "Medio de Vida primaria" por fotosíntesis de CO₂ y H₂O y sales minerales. Esto responde a un rendimiento por hectárea de 5 toneladas por año, es decir, el doble que en los campos de trigo. No obstante, solo el 1% de la alimentación humana procede del mar.

Así, en las aguas costeras de España septentrional se cultivan mejillones en sogas, que penden en el agua rica en plancton debajo de las bolsas, obteniéndose anualmente 200 millones de kilos de mejillones donde antes no se obtenía nada.

Las algas verdes azuladas del mar de Chad contienen en la sustancia seca, entre un 62 y 65% de albúmina con los "aminoácidos esenciales" y las vitaminas A, B y C, son pues un alimento del que podría vivirse casi exclusivamente.

En ensayos, el cultivo de algas dió 42 toneladas por hectárea de superficie de agua, (rendimiento del trigo 3 toneladas por hectárea). Las algas momentáneamente se emplean en la cría masiva de animales. Se cifran esperanzas en las "Petroproteínas". Los cerdos alimentados con las anteriores sustancias redujeron en 1/3 el período de engorde.

La albúmina de las plantas, coagulándose, se transforma en "fibras musculares" artificiales, y prensándose con sustancias que dan sales, vitaminas, aminoácidos esenciales y grasa se crea "carne de imitación" que no se distingue de la auténtica carne hervida, más barata y de mayor alimentación. ¡ Un producto interesante de los procedimientos biotécnicos !

3. PROLONGACION DE LA VIDA Y CONSERVACION DE LA SALUD

La segunda esperanza que desde hace mucho tiempo el hombre cifra en la técnica biomédica, es con respecto a la prolongación de la vida y la conservación de la salud. Ej. el riñón artificial, la electroforesis proteica.

Los triunfos de la técnica médica seguramente llevarán a que aumente el número relativo de enfermos, puesto que se les mantendrá con vida durante un tiempo cada vez más prolongada, por medio de dispositivos cada vez más eficaces y costosos.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

Con los anteriores datos podemos concluir:

1. Que el principio de superpoblación y falta de alimentos que esgrimen las instituciones de control natal es falsa, lo que existe es una distribución injusta de la tecnología agraria.
2. Que la solución de la familia guatemalteca no está en tener menor número de hijos, sino en no reducir, su poder adquisitivo de moneda, tecnificar y profesionalizar sus labores, para que sus ingresos monetarios se incrementen y lleguen a un salario de siquiera Q.250.00 al mes.
3. Se comprueba la hipótesis que el programa de Planificación Familiar a propósito y conocimiento suyo, no hace mención pública de los efectos colaterales de sus productos y que no se cumplen a cabalidad las normas, para prevenir el mínimo de iatrogenia en los actuales esquemas de distribución de contraceptivos y menos aún en los esquemas próximos a usar de distribución comunitaria donde estará marginado el médico de Salud Pública.
4. Se comprueba la hipótesis que el programa de Planificación Familiar consume tiempo y espacio en los programas de salud. Tiempo que bien podría incrementarse en el programa materno infantil.
5. Se comprueba el carácter discriminatorio al ejercerse en forma distinta y con mayor control en el paciente privado, no así en el paciente que acude a una clínica popular.
6. Se rechaza la hipótesis de que los programas de Planificación Familiar no toman en cuenta los aspectos socio-culturales de la población, por el contrario, se valen de ellos para iniciar su campaña de mentalización.

7. Se acepta la hipótesis que la Paternidad Responsable, esquema que emplea la Planificación Familiar, hace encubrir su verdadero objetivo de control natal, el cual es sinónimo en los tres planteamientos (control natal = Planificación Familiar = Paternidad responsable).
8. Los programas de Planificación Familiar, están operando en el país con fines, objetivos y propósitos, tendientes exclusivamente a la limitación de la natalidad.
9. Las usuarias y personal de los Centros de Salud Pública, son utilizados como instrumento para limitar la población.
10. Que los países industrializados pretenden incrementar su población y aumento del número de sus niños, cosa que a nosotros se nos pretende reducir.
11. Que el mensaje de mentalización que lanza APROFAM haciendo aparecer a los niños como cargas económico sociales, va en contra de los principios de la O.N.U., que se resume en asegurar el bienestar y un ambiente favorable al niño.
12. Que se nos pretende quitar el interés por familias de 4 hijos vivos, por intereses creados en las potencias (a menor número de habitantes en países sub-desarrollados, mayor dominio colonialista sobre la superficie de la tierra).
13. Que APROFAM sabe categóricamente que la familia guatemalteca tiene los hijos que desee tener (4 hijos promedio), aún sin el uso de anticonceptivos, pero que a sabiendas de ello insiste en mentalizar a nuestra población para que su descendencia sea solo de reemplazo (2 hijos). Prueba de ello es que el 70.4% en su propio estudio, afirmaron procrear el mismo número de hijos si fueran recién casados.

14. Que los líderes locales ven la necesidad que sea el Ministerio de Salud Pública el que se encargue del programa de Planificación Familiar.
15. Que la asistencia en Salud Pública en Villa Nueva es paliativa, que por carecer de recursos, no cubre más del 20% de la población.
16. Que para favorecer el no nacimiento de niños y la no existencia de éstos, la adquisición de contraceptivos es a precio menor a la de cualquier antibiótico, bote de leche o medicamento empleado en el tratamiento de las afecciones de los niños.
17. Los médicos obstetras son influenciados por las opiniones de APROFAM.
Aunque al prescribir anticonceptivos su criterio es clínico y procuran el mejor método.
18. Que la tensión nerviosa referida en el 78% de los usuarios que emplean anovulatorios y los trastornos hemorrágicos referidos por los médicos en las pacientes, son secundarios en gran medida a las influencias hormonales de los productos empleados.
19. Que las campañas televisadas de APROFAM van dirigidas a los líderes locales, para hacerlos anuentes a sus políticas de control natal.

RECOMENDACIONES

1. Que la O.N.U. a través de UNICEF y de todos sus medios posibles, apele y defienda el derecho de nacer que tienen los niños e impida la institucionalización del control natal a los pueblos del tercer mundo (sub-desarrollados) y arrollados por este tipo de consignas internacionales.
2. Que la Universidad de San Carlos y las Universidades Privadas, en su obligación de defender a las masas e identificar las embestidas que contra ellas se maquinan en organismos internacionales, hagan un señalamiento público y sistemático valiéndose de los mismos medios de difusión que se valen los organismos de control natal y adopten una postura definida respecto a este problema.
3. Que la iglesia tome una postura más definida desde el pulpito respecto al control natal que se ejerce en Guatemala, y no solo por encíclicas que no están al alcance de las masas.
4. Que a los líderes locales se les haga conciencia, que no es el número de habitantes el que afecta al pueblo, sino por el contrario, el verdadero problema es económico, (mano de obra no tecnificada, poder adquisitivo de moneda deteriorándose, bajo salario).
5. Que el Gobierno defina su posición, ya que los anteriores con su no intromisión respecto al problema de control natal de las masas, han otorgado a favor de éste, haciendo el juego que pretenden los organismos internacionales.
6. Que el Ministerio de Salud Pública obligue a la institución que ejerce el control natal nacional, a distribuir única y exclusivamente los productos de contracepción a través de

sus centros y puestos de salud, ya que es el único personal calificado para medir los efectos colaterales de los mismos sobre los usuarios y ordene el cierre inmediato de los expendios de contraceptivos, y de la distribución en masa que no esté bajo su estricto control.

7. Que el Colegio Médico se identifique con su pueblo, publicando sistemáticamente, por los mismos medios de difusión como lo hace la institución de control natal, sobre los efectos colaterales de los contraceptivos.

8. Que en el año Internacional del Niño y siempre, nazcan los niños que tengan que nacer.

9. Que las autoridades y Gobiernos hagan más énfasis en la protección de la familia y se realicen los estudios necesarios para reducir al mínimo los hogares desintegrados.

10. Que se eleven lo antes posible los niveles de productividad, y que constituya un objetivo central, elevar la remuneración a los niveles más afectados.

BIBLIOGRAFIA

1. APROFAM "Comentando" Micro Boletín / publicado por Agencia Latín de Washington / 24-5-78. / mimeografiado.
2. APROFAM "Qué es APROFAM" / Publicado por APROFAM 1978 / mimeografiado.
3. Arias de Blois, Jorge. "Alimentos y Población" / 1978 / mimeografiado.
4. Benson, Ralph, "Manual de Ginecología y Obstetricia". - / Edit. Manual Moderno S.A. 3a. Edición / 1973.
5. Bortrand Jone T. "Perspectivas para la Planificación Familiar en Areas Rurales de Guatemala" / Editorial Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia, Universidad de Chicago / 1978.
6. Fase III "Estadísticas de la Atención Médica" / Edit. USC / mimeografiado.
7. Gehlert Matta, Carlos. "Encuesta de Opinión de Actitudes de Líderes Nacionales sobre el problema demográfico y la Regulación de la Natalidad" / Edit. ICAPF - IDE - SAC / mimeografiado.
8. Glauser Pira, Guillermo "Planificación Familiar". Trabajo de Tesis / USC / 1971.
9. Lucero, Nery. "Auditoría Médica sobre fichas de usuarias que asisten al Programa de Planificación Familiar". Trabajo de tesis / USC / 1978.

10. Manisoff, Miriam T. "Planeación Familiar" / Editorial Interamericana / 1976.
11. Martínez, Ariel. "El Inadecuado Programa de Planificación Familiar". Trabajo de Tesis / USC / 1978.
12. Mayorga, Carlos Antonio. "Planificación Familiar". Trabajo de Tesis / USC / 1967.
13. Mazariegos, Oswaldo L. "Introgénia" / USC / Mimeografiado.
14. Orellana, René Arturo. "La situación Socio-Económica de la población y el Proceso Inflacionario en Guatemala" / - USC / 1978 / Mimeografiado.
15. Santizo, Gustavo. "Efectos colaterales de los Anticonceptivos" / USC / Mimeografiado.
16. Soto Avendaño, Arturo, Dr. Garcés Miguel, Dr. "Ideología y Política de Población" / USC / 1977 / mimeografiado.
17. Teller, Charles H. Dr. "La demografía de la Desnutrición en Guatemala" / INCAP / 1978 / Mimeografiado.
18. USIPE "Algunos Aspectos Cuantitativos y Cualitativos de la Educación" / USIPE / 1978 / Mimeografiado.
19. Villacorta Escobar, Manuel. Lic. "Sistemas Agrícolas, Producción y Consumo de Granos Básicos" / Mayo 1978 / Mimeografiado.
20. Waldheim, Fortin, Sánchez, Drs. / "Salud Materno Infantil" / USC / Mimeografiado.

21. Williams "Obstetricia" / Editorial Salvat / Reimpresión - 1973.
22. Welle Deutsche, "La Voz de Alemania" / Revista / año - XII / 1979.
23. Wirhle Werner "Scala" / Revista / # 2 / 1979.

Arnoldo Escobar Paiz

BR. Edgar Arnoldo Escobar Paiz

Clementino Castillo

ASESOR

Dr. Clementino Castillo

Jorge Palma M.

REVISOR

Dr. Jorge Palma M.

Julio De León

DIRECTOR DE FASE III

Dr. Julio De León

Raúl Castillo

SECRETARIO GENERAL

Dr. Raúl Castillo

V. B.

Rolando Castillo Montalvo

DECANO

Dr. Rolando Castillo Montalvo