



EL COLEGIO DE MEXICO, A.C.
**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y DE
DESARROLLO URBANO**

SALUD REPRODUCTIVA EN EL REFUGIO

Tesis presentada por

Carolina Alejandra Rosas

Para optar por el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

MÉXICO, D.F.

25 de junio de 1999

SALUD REPRODUCTIVA EN EL REFUGIO

CAROLINA A. ROSAS
MEXICO D.F., JUNIO DE 1999

Para vos... mamá

Para vos... papá

Para vos... Epi

Para vos... abuela

Agradezco profundamente los consejos atinados, así como la paciente y valiosa guía de Ivonne Szazs y Manuel Angel Castillo.

Agradezco la ayuda de Alejandro Mina y las sugerencias de José Morelos.

Agradezco los comentarios de Cecilia, Manuel y Paula.

Agradezco infinitamente a mi familia por su aliento constante y confiado.

Agradezco al Colegio de México A.C. por el apoyo brindado.

RESUMEN

El **objetivo** del trabajo radicó en caracterizar algunos aspectos de la salud reproductiva de un grupo en condición de vulnerabilidad, para lo que se tomó como población objeto de estudio a las mujeres guatemaltecas refugiadas en el Estado de Chiapas (México) y a sus hijos menores de 5 años, para el año 1993. Además, para tener una aproximación a los posibles vínculos entre la "condición de refugiado" y los daños a su salud reproductiva, se buscó poner en un contexto comparativo algunos de los hallazgos referentes a este grupo vulnerable, con los de otra población de similares atributos, siempre que la información disponible así lo permitió. Para este análisis paralelo se tuvieron en cuenta, junto a las guatemaltecas refugiadas, a las mujeres y niños de la región noroccidental de Guatemala (de características culturales, étnicas y socioeconómicas semejantes a las de los refugiados, y que estuvieron expuestos al mismo conflicto armado, pero que no se refugiaron), como una primera forma de aproximarnos a las diferencias y/o similitudes que el carácter de refugiado pudo introducir en términos de salud reproductiva. Para llevar a cabo dicha tarea, se utilizó la información contenida en la "Encuesta de Nutrición y Salud Reproductiva en Campamentos de Refugiados Guatemaltecos en el Estado de Chiapas, 1993 (ENCREF93)", los tabulados de la "Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 1995 (ENSMI95)", los "Censos de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados", de los años 1990/1995 y los tabulados del Censo de Guatemala de 1981.

La caracterización sociodemográfica y cultural del grupo de refugiadas mostró que estas mujeres se encontraban, al momento del estudio, en condiciones precarias, ya que además de ser desarraigadas, la mayoría pertenecía a grupos indígenas subordinados, presentaban altos niveles de analfabetismo y muy baja inserción en el mercado de trabajo.

Los niveles de prevalencia anticonceptiva resultaron muy bajos, tanto entre las refugiadas como entre las guatemaltecas de la región noroccidental, aunque en los últimos años anteriores a la encuesta se notó que los porcentajes de refugiadas usuarias habían aumentado. Se observaron algunos diferenciales según tipo de método usado entre los dos grupos de mujeres. En cuanto a los niveles de intención de uso futuro se encontró que dos terceras partes de las refugiadas y de las mujeres guatemaltecas del conjunto del país, no deseaban regular su procreación. De acuerdo a lo anterior podríamos inferir una escasa administración de la fecundidad, en un grupo con dificultades culturales y carencias materiales para acceder a ella. Sin embargo, por qué no pensar también que en algunos casos puede suceder lo contrario, es decir, por qué no asociar los bajos niveles de prevalencia con una efectiva administración de la fecundidad, en el sentido de no limitarla porque se desea una prole numerosa.

Los niveles de fecundidad estimados resultaron altos, como habíamos previsto. Tanto las mujeres no refugiadas como las que sí lo estaban presentaron Tasas de Fecundidad General

elevadas en distintos momentos. En este punto realizamos un ejercicio interesante, que consistió en “simular” la tendencia de la fecundidad para los años que no teníamos información. Esta simulación respondió a los supuestos introducidos oportunamente, más no tiene datos que la fundamenten, por lo que constituye uno de los puntos pendientes de este trabajo, por carencia de información.

En cuanto a los embarazos y partos, encontramos que los dos grupos de mujeres fueron atendidas principalmente por parteras en el lugar de residencia de la parturienta. Estos hallazgos ponen de manifiesto un muy bajo alcance de los servicios institucionales de salud en este tipo de poblaciones. Por otro lado se observó que el 50% de las madres refugiadas habían tenido su primer nacimiento antes de los 18,4 años, mientras que las otras mujeres lo tuvieron 8,4 meses más tarde. Esto reafirma la idea de que el comienzo de la maternidad y el comienzo del período reproductivo (que se sitúa en los grupos rurales indígenas alrededor de los 15 años), se estaban dando con muy poca diferencia de tiempo.

Los niveles nutricionales de los menores de 5 años presentaron niveles alarmantes, en los dos grupos de niños. Casi el 70% de los menores de la región noroccidental de Guatemala presentaba algún problema de desnutrición, mientras que el 55,6% de los que vivían en campamentos de refugiados en Chiapas, presentaban la misma problemática. Es decir, casi un 15% menos de desnutrición fue registrada en el refugio. Como se expresó, esto pudo deberse a mayores cuidados y mejor alimentación, bajo la supervisión de las organizaciones ocupadas en la salud de los refugiados, pero no tenemos mayores elementos para respaldar tal juicio.

Resultaron también preocupantes los altos niveles de desconocimiento de las causas básicas de las muertes de los menores de cinco años, así como la nula atención médica recibida por gran parte de los fallecidos antes de la ocurrencia del evento. Estos hallazgos están ampliamente vinculados, con el carácter vulnerable de estas poblaciones, y ponen de manifiesto el bajo acceso a una atención adecuada, así como una distancia étnico-cultural entre las mujeres y sus familias con respecto a las prestaciones de los servicios de salud.

En síntesis, podemos afirmar que los aspectos del enfoque de salud reproductiva abordados se manifestaron como indicadores “sensibles” de las condiciones de vulnerabilidad en que viven las refugiadas y sus hijos. Por otra parte, a diez años de haber cruzado la frontera, las refugiadas presentaban características muy similares en términos de salud reproductiva a las de la región noroccidental de Guatemala, según el análisis paralelo que se realizó. Cabría preguntarse si habríamos obtenido estos mismos resultados si los programas de planificación familiar y los servicios de salud hubieran tenido una presencia efectiva desde la llegada de los refugiados.

INDICE

GLOSARIO DE SIGLAS	1
---------------------------	----------

<u>INTRODUCCIÓN</u>	2
----------------------------	----------

PRIMERA PARTE: SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACIONES VULNERABLES

EL ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA Y SUS VINCULACIONES CON LAS EXPERIENCIAS CULTURALES Y SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS	6
---	----------

Algunos aspectos de la salud reproductiva en la frontera México-Guatemala	9
Refugiados y fecundidad	11

LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	13
---------------------------------------	-----------

Importancia de la categoría “refugiado”	14
Definición del flujo migratorio y del concepto de “refugiado”	15
Carácter vulnerable de la población refugiada	17

LOS QUE SE REFUGIARON Y LOS QUE SE QUEDARON	18
--	-----------

EXPERIENCIAS COMPARTIDAS	
Los atributos socioculturales y la pobreza	18
El conflicto armado interno en Guatemala	19
LA EXPERIENCIA NO COMPARTIDA: El refugio	21

SEGUNDA PARTE: CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS GUATEMALTECAS REFUGIADAS EN CHIAPAS Y DE SUS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS

APARTADO METODOLÓGICO: FUENTES DE INFORMACIÓN	22
--	-----------

Censos de la COMAR	
Encuesta de Nutrición y Salud Reproductiva en Campamentos de Refugiados Guatemaltecos en el Estado de Chiapas, 1993 (ENCREF 93)	22
Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995 (ENSMI 95), Guatemala	23
Consideraciones y aclaraciones respecto de las dos encuestas que se utilizarán en el análisis descriptivo	23

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS REFUGIADAS EN CHIAPAS	25
--	-----------

LA REGULACIÓN DE LA PROCREACIÓN	29
--	-----------

Uso actual e intención de uso futuro de anticonceptivos según características específicas	33
---	----

FECUNDIDAD	35
-------------------	-----------

Información referente a las mujeres refugiadas	35
Información referente a las mujeres guatemaltecas no refugiadas	37
Estimaciones de las Tasas de Fecundidad General	39

CARACTERÍSTICAS Y TIPO DE ATENCIÓN DE EMBARAZOS Y PARTOS	41
---	-----------

SALUD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS	
---------------------------------------	--

Nutrición	44
Morbilidad y diferenciales de mortalidad	48

<u>CONSIDERACIONES FINALES</u>	51
---------------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	55
---------------------	-----------

GLOSARIO DE SIGLAS

ACNUR	Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados
CIAM	Centro de Investigación y Acción para la Mujer
CCESC	Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos
COMAR	Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados
DE	Desviaciones Estándares
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DGE-CELADE	Dirección General de Estadística del Gobierno de Guatemala – Centro Latinoamericano de Demografía
ENCREF93	Encuesta de Nutrición y Salud Reproductiva en Campamentos de Refugiados Guatemaltecos en el Estado de Chiapas, 1993
ENSMI95	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 1995
INU	Indice de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
PROSECO	Promoción de Servicios Comunitarios
TEF	Tasas Específicas de Fecundidad por Edad
TFGral	Tasa de Fecundidad General
TGF	Tasa Global de Fecundidad

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que ha suscitado gran interés en estas últimas décadas es el de “salud reproductiva”. Desde los años sesenta y hasta mediados de los ochenta se fueron desarrollando una serie de criterios que centraban su atención en algunos aspectos que involucra este enfoque. Los programas de planificación familiar se han abocado esencialmente a brindar información y servicios relacionados con la anticoncepción, en tanto que los programas de salud materno-infantil se dedicaron principalmente a promover la salud de hijos pequeños y madres. Los programas de maternidad sin riesgo por su parte, trataban a las mujeres embarazadas en los aspectos relacionados con la atención médica antes, durante y después del parto. Sin embargo, el concepto de salud reproductiva (definido en principio por la Organización Mundial de la Salud -OMS- en 1987, y ampliado posteriormente en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994) abarca todos los aspectos mencionados, de una forma integral, a la vez que involucra a ambos sexos y reconoce que la salud reproductiva no se limita al período fecundo (ver apartado I).

El estudio de la salud reproductiva, no sólo busca ofrecer algunas soluciones a ciertos problemas humanos y sociales a la vez que mejorar el nivel de salud, sino también contribuir al “*desarrollo científico de las ciencias sociales*” (Brachet, Viviane, 1995:3). Así, el reclamo de los investigadores del área consiste en dirigir la investigación hacia la identificación de articulaciones entre lo biológico, lo demográfico, lo político, lo social y lo económico. En otras palabras, se intenta dar cuenta de algún aspecto de la relación salud reproductiva–reproducción social.

Este enfoque privilegia el estudio de las relaciones sociales, por lo que reconoce la necesidad de atender las conductas sociales y las prácticas culturales, comprendiendo que el estado de salud de una persona responde en gran medida a sus experiencias vividas pasadas y presentes. En otras palabras, diversas problemáticas sociales, tales como pobreza (y todas las cuestiones relativas a ella: hacinamiento, insalubridad, desnutrición, baja escolaridad, etc.), subordinación étnica, desigualdad y violencia entre géneros y deficiencia en los servicios de salud, entre otras, definen grupos de población vulnerables, entre los cuales la

salud reproductiva en general y el efectivo ejercicio de los derechos reproductivos, se ven dificultados de manera especial.

Es por lo anterior que nos interesa abordar el impacto que la condición de vulnerabilidad puede tener sobre el bienestar reproductivo de las personas. Para esto hemos seleccionado un grupo altamente vulnerable, que además de resumir la mayoría de las problemáticas sociales mencionadas en el párrafo anterior, presenta también al “desarraigo” como una de sus singularidades. En este sentido, tomaremos como población objeto de estudio a las guatemaltecas que cruzaron la frontera mexicana a raíz del conflicto armado sufrido en su país y a sus hijos nacidos en el refugio, dado que aparecen como grupos particularmente vulnerables dentro del conjunto de la población refugiada (Mamá Maquín y CIAM, 1994).

Cabe mencionar que al interior del fenómeno de la “migración internacional” uno de los tipos particulares de flujos migratorios, viene dado por la categoría de refugiados, que en los últimos años ha cobrado cada vez más importancia, cuya relevancia se resaltará más adelante (ver apartado II).¹ Específicamente, la población guatemalteca refugiada en México, ha sido ampliamente estudiada por la antropología, la sociología, la psicología y las ciencias jurídicas, pero sus problemáticas fueron escasamente abordadas desde un punto de vista demográfico.

Por lo tanto, nuestro **objetivo** radica en caracterizar algunos aspectos de la salud reproductiva de un grupo en condición de vulnerabilidad, como lo están la población femenina guatemalteca refugiada en el Estado de Chiapas y sus hijos menores de 5 años, para el año 1993.² Además, para tener una aproximación a los posibles vínculos entre la “condición de refugiado” y los daños a su salud reproductiva, buscaremos poner en un contexto comparativo algunos de los hallazgos referentes a este grupo vulnerable, con los de otra población de similares características. Para este análisis paralelo se tendrán en cuenta, junto a las guatemaltecas refugiadas, a las mujeres y niños de la región noroccidental de Guatemala (de características culturales, étnicas y socioeconómicas semejantes a las de los refugiados, y que estuvieron expuestos al mismo conflicto armado).

¹ La migración internacional se presenta en este fin de siglo como un tema de punta, ya sea por las magnitudes alcanzadas, por la complejidad que conlleva, como por la variedad de factores que involucra. Dicha complejidad se asocia principalmente con la existencia de distintos tipos de procesos migratorios, y con la necesidad de definir límites y fronteras tanto espaciales como temporales, lo que complica su tratamiento teórico y práctico.

² Las dimensiones espacial y temporal del trabajo fueron seleccionadas en función de la información disponible.

como una primera forma de aproximarnos a las diferencias y/o similitudes que el carácter de refugiado pueda introducir en términos de salud reproductiva.

Los aspectos que serán abordados hacen referencia a regulación de la procreación, la fecundidad, las características y tipo de atención de embarazos y partos y la salud en los menores de 5 años, los que fueron seleccionadas en función de la información disponible. El primer aspecto tiene un gran interés demográfico, ya que los niveles de uso de anticonceptivos constituyen el determinante próximo más importante de la fecundidad, a la vez que pueden dar cuenta de las dificultades culturales y materiales del grupo para acceder a la regulación de la procreación. En cuanto al segundo aspecto, la fecundidad, además de estar íntimamente ligado al primero, nos interesa tener un acercamiento a la hipótesis de “recuperación” (reemplazo de las vidas perdidas a partir de un aumento en la fecundidad) que el grupo de refugiados pudo haber manifestado luego del proceso traumático del exterminio y del exilio (Gordon, 1989). Los dos últimos aspectos (características y tipo de atención de embarazos y partos y salud en los menores de 5 años), nos permitirán aproximarnos al grado de vulnerabilidad que sufre el grupo en términos de salud, ya sea a partir del tipo de atención recibida por madres e hijos, como de los niveles nutricionales y los diferenciales de mortalidad presentados por los menores.

Cabe mencionar que no se encontraron estudios que exploten la misma información que disponemos y que coloquen en un análisis paralelo a las refugiadas con otras mujeres de características similares. De alguna manera, aquí subyace la justificación del presente trabajo, dado que se intentará realizar un sencillo aporte desde una perspectiva poco trabajada, cuestión que, por otra parte, deja expresado el carácter exploratorio del mismo. Para llevar a cabo dicha tarea, se utilizará la información contenida en la “Encuesta de Nutrición y Salud Reproductiva en Campamentos de Refugiados Guatemaltecos en el Estado de Chiapas, 1993 (ENCREF93)”, los tabulados de la “Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 1995 (ENSMI95)”, los “Censos de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados”, de los años 1990/1995 y los tabulados del Censo de Guatemala de 1981.

El documento constará de dos partes. En la primera, “Salud Reproductiva y Poblaciones Vulnerables”, se encontrará un primer apartado donde se abordará la perspectiva de salud reproductiva como un indicador sensible de las condiciones de

vulnerabilidad de ciertas poblaciones, así como las posibles vinculaciones entre refugiados y fecundidad. En el segundo apartado, se hará énfasis en la población objeto de estudio, definiéndola según el Derecho Internacional y resaltando su importancia y carácter. En el último apartado de esta primera parte, se presentará una descripción de las características que comparte la población refugiada con la de la región noroccidental de Guatemala. La segunda parte, “Caracterización de la Salud Reproductiva de las Guatemaltecas Refugiadas en Chiapas y de sus hijos menores de 5 años” estará compuesta de cinco apartados. En el primero se presentarán las fuentes de información que serán utilizadas en el análisis posterior, mientras que los cuatro apartados subsiguientes se referirán a los aspectos de la salud reproductiva seleccionados y que ya fueron señalados: regulación de la procreación, fecundidad, características y tipo de atención de embarazos y partos y salud en los menores de 5 años. Finalmente se presentarán las consideraciones finales, resumiendo los principales hallazgos y proponiendo futuras discusiones.

PRIMERA PARTE

SALUD REPRODUCTIVA Y POBLACIONES VULNERABLES

I. EL ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA Y SUS VINCULACIONES CON LAS EXPERIENCIAS CULTURALES Y SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS.

La salud reproductiva *“es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia y su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”* (Naciones Unidas, 1997:1).

En este enfoque aparecen subyacentes los “derechos reproductivos” de las personas. Estos derechos *“abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos (...). Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”* (Naciones Unidas, 1997:1). Estos derechos también contemplan, entre otras cuestiones, el respeto mutuo y la igualdad entre hombres y mujeres, las necesidades particulares de los adolescentes y el que las políticas de planificación deban considerar estos derechos como base de su ejercicio.

Atender las necesidades sociales y ciertas prácticas culturales son los puntos claves para comprender el estado de salud de las personas. Sólo de esta manera Naciones Unidas (1997) concluye que se podrán resolver *“satisfactoriamente”* los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Según Iyonne Szasz (1995), los significados, las prácticas sexuales y reproductivas se encuentran moldeados no sólo por la construcción sociocultural de las diferencias sexuales, sino también por las desigualdades económicas y las instituciones sociales. De esta manera, se definen jerarquías de poder en términos de género, clase, edad y etnicidad, dando origen en algunos casos, a situaciones de violencia de unos sobre otros. Ejemplo de lo anterior, puede encontrarse en el uso del condón, al cual se lo reconoce no sólo como método anticonceptivo sino también como un guardián de la salud en general. Sin embargo, su uso es muchas veces asociado con relaciones sexuales ocasionales y, por lo tanto, con una desviación del ideal femenino. Por esto es que muchas mujeres no exigen a sus parejas el uso del condón por temor a ser “mal” catalogadas, a la vez que no se permiten poner en cuestión la fidelidad de los hombres.³

Las desigualdades socioeconómicas (en amplia inter-relación con prácticas y significados socioculturales) no hacen más que dificultar el libre y efectivo ejercicio de los derechos y de la salud reproductiva, así como de la salud en general. Bajos ingresos, bajos niveles de instrucción, escasos y deficientes servicios de salud e información, mala calidad de las viviendas e inexistencia de servicios básicos como drenaje o agua potable y altos niveles de hacinamiento, entre otros, caracterizan a las poblaciones de bajos recursos, entre las cuales se encuentran los grupos más vulnerables en materia de salud. Por el contrario, *“cuando una mujer es más joven, vive en una ciudad y tiene nivel de escolaridad elevado, es más probable que sea atendida durante el embarazo por un médico”*, y seguramente tanto ella como el producto tendrán menos probabilidades de morir por causas asociadas a la maternidad (Langer y Romero, 1994:15).

La literatura sobre el tema es bastante amplia y las conclusiones a las que se llegan son coincidentes, por lo que presentaremos a continuación sólo algunos trabajos que se enmarcan en esta línea. En algunos de ellos se han encontrado que los niveles de fecundidad varían según diversos atributos socioeconómicos. Una de las variables que interviene en tales diferenciales es el lugar de residencia: en México se ha encontrado que el promedio de hijos nacidos vivos por mujer disminuye conforme aumenta el tamaño de la

³ En un estudio realizado por Salgado de Snyder (1998) sobre migración, sexualidad y SIDA en mujeres de origen rural en México, se reafirma lo expresado por Iyonne Szasz. Los migrantes que vuelven de Estados Unidos posiblemente estén trayendo el VIH, propagándolo sobre parejas, familia y amigos, y sin embargo, muchas mujeres no quieren, no pueden o no consideran oportuno exigir a los retornados el uso del condón.

localidad (García y Garma, 1989). Según Rubín (1989). John Holian en 1980 observó un promedio de 2.75 hijos nacidos vivos en las áreas urbanas mientras que en las rurales este promedio fue de 3,45. Sin embargo, al comparar mujeres con el mismo nivel de instrucción de las dos áreas, el diferencial de fecundidad casi desapareció. En este sentido, Espinosa y Welti (1983) propusieron que el lugar de residencia encubre las diversas relaciones sociales que se dan en cada sector y que se vincula estrechamente con otras variables tales como el nivel de escolaridad o el grado de participación de la mujer en el mercado de trabajo. Es decir, las mujeres del sector rural en general presentan menor nivel de escolaridad y se incorporan menos a la fuerza de trabajo que las urbanas, lo que influye en el número de hijos tenidos. El nivel de instrucción está en general negativamente relacionado con el nivel de fecundidad, mientras que con respecto a la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, se encontró menor fecundidad en las activas y en las remuneradas que entre las inactivas y trabajadoras por cuenta propia (Rubín, 1989).⁴

Por otra parte, Rubín (1989), retomando los trabajos realizados por Brígida García en 1976, apunta que se encontró una relación positiva entre nivel de escolaridad y uso de anticonceptivos. Alrededor de dos tercios de las mujeres de las áreas rurales y semiurbanas de México (las menos escolarizadas) desconocían alguna forma para no embarazarse o presentaban opiniones negativas para su uso.

“La fecundidad, más allá de su importancia como variable demográfica, es una determinante fundamental de la salud de la mujer en la etapa reproductiva. Altas tasas de morbilidad y mortalidad materna suelen correlacionarse positivamente con una elevada fecundidad” (Langer y Romero, 1994:4). En México, se hallaron grandes diferencias en los niveles de mortalidad materna en los distintos estados del país. Entre los estados clasificados como de muy alta mortalidad se encuentra Chiapas, junto a Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz. En éstos la probabilidad de morir por causas maternas era un 90% más alta que en los estados de baja mortalidad - Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Distrito Federal y Nuevo León- (Reyes Fraustro, 1992). Específicamente en Chiapas, la Tasa de Mortalidad Materna era de 56 por 100.000 nacidos vivos en 1995, mientras que en algunos municipios de la zona chiapaneca

⁴ Queremos resaltar que si bien una alta fecundidad así como cortos espaciamientos entre nacimientos, en general asociados con grupos vulnerables, no constituyen problemas en sí mismos, pero al conjugarse con desnutrición pueden presentar grandes riesgos para las mujeres y sus hijos.

de los Altos. esta tasa fue de 178 por 100.000 nacidos vivos en el periodo 1988-1993 (Freyermuth Enciso y Jiménez Cruz, 1998). Se puede generalizar diciendo que hay una estrecha relación entre mortalidad materna y pobreza y alta fecundidad, ya que los estados más desfavorecidos y con más altos niveles de fecundidad de México, como es el caso de Chiapas y, dentro de él, las zonas más marginadas como son los Altos, presentaron niveles de mortalidad superiores a los estados con características contrarias.

En cuanto a la mortalidad infantil Bronfman (1990) afirma que aunque los niveles de mortalidad en México han ido disminuyendo en las últimas décadas, el ritmo del descenso no fue similar para todos los sectores sociales. *“La consecuencia de esta evolución es una ampliación de la brecha entre sectores, lo que parecería estar indicando que, más allá de la tendencia global, hay un aumento de la inequidad reflejada en la mortalidad infantil”* (Bronfman, 1990:337). Unos años antes, Jimenez Ornelas (1985) encontró que en 1980 la probabilidad de morir de los menores de 2 años en los grupos agrícolas era de 101 por 1000 nacidos vivos, con una esperanza de vida al nacer de 57,2 años, mientras que en los grupos no agrícolas tal probabilidad de morir fue de 62,7 por 1000 con una esperanza de vida al nacer de 65 años (cabe aclarar que este estudio fue realizado en tres comunidades: El Carmen, Tlaxcala y Rafael Delgado). Jimenez Ornelas hace hincapié en que los sectores no agrícolas involucrados en el estudio presentaron mejores condiciones socioeconómicas que el grupo restante.

En síntesis, distintas investigaciones llegan a la conclusión que altos niveles de fecundidad, de mortalidad materna e infantil y menor conocimiento y uso de anticonceptivos se encuentran asociados con mayores niveles de pobreza y marginalidad.

I.1. Algunos aspectos de la salud reproductiva en la frontera México - Guatemala

En este apartado buscamos describir el contexto de la salud reproductiva en la región geográfica-cultural-social de origen y destino de las mujeres refugiadas bajo estudio, haciendo referencia casi exclusivamente al estudio realizado por Halperin Frisch y De León Montenegro (1996) sobre salud en la frontera México-Guatemala (excluyendo en principio a los refugiados).

En 1989, en el departamento de Huehuetenango (Guatemala) sólo el 44% de las embarazadas recibió **atención prenatal**. Mientras que estas estimaciones no pudieron ser realizadas para los municipios fronterizos de Chiapas (donde se asientan los campamentos de refugiados), los autores encontraron que en el año 1992 las metas de atención a embarazadas fueron bastante mayores a las efectivamente realizadas (según los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chiapas en los municipios fronterizos sólo se registró el 71.1% de los embarazos programados). En cuanto al **parto**, en los municipios fronterizos de Guatemala se estimó que sólo el 5% fueron atendidos institucionalmente, mientras que el resto lo hizo con comadronas (capacitadas o empíricas). En los municipios fronterizos chiapanecos el 88.3% de los partos fueron atendidos en dependencias pertenecientes a la Secretaría de Salud, entre los años 1991 y 1992. Sin embargo, este alto porcentaje bajó bruscamente cuando se trató de **atención post-parto**, ya que sólo el 38.4% de las parturientas asistió luego del parto a alguna institución de salud. En el caso de Guatemala no se encontraron datos en relación a la atención durante el puerperio.

La tasa de **prevalencia anticonceptiva** (de las mujeres en unión) en Guatemala fue del 23% entre 1991 y 1992, una de las más bajas de América Latina. Lamentablemente no se encontraron datos específicos sobre los municipios guatemaltecos fronterizos, pero no es descabellado suponer que el uso de anticonceptivos fue menor al registrado en el conjunto de aquel país. En Chiapas se encontró que sólo el 5% de las mujeres en edad fértil utilizaba algún método de planificación familiar para el año 1991, mientras que los municipios fronterizos ostentaban cifras similares.

En cuanto a la **mortalidad materna**, el estado de Chiapas registró en 1990 una tasa de 4.39 por 10.000 nacidos vivos (lamentablemente no se tienen estimaciones específicas sobre los municipios fronterizos), mientras que en los municipios fronterizos guatemaltecos, esta tasa oscilaba entre 7.13 (Cuilco) y 64.1 (Tectitán). La tasa de **mortalidad infantil** llegó en 1988 a 56 por mil nacidos vivos en la región de Huehuetenango, resultando así menor a la nacional (64 por mil nacidos vivos). Lo mismo sucedía en 1990 en la región fronteriza de Chiapas, ya que allí la tasa de mortalidad infantil ascendía a 22.4 por mil nacidos vivos mientras que a nivel nacional dicha tasa ascendía a 24.1 por mil nacidos vivos. Sin embargo, otros estudios estiman tasas de mortalidad materna e infantil muy superiores a las presentadas por Halperin Frisch y De León

Montenegro (1996), lo que puede deberse al tipo de fuentes de información utilizadas y a la subestimación de la mortalidad contenida en las mismas.

La **desnutrición** se encuentra en general más acentuada en el área rural, en poblaciones indígenas, y en grupos con bajos niveles de ingreso e instrucción. Según las metas de la OMS no más del 2.5% de la población infantil debería tener este tipo de problemas. En 1990, casi el 50% de los niños estaban afectados de desnutrición en los departamentos fronterizos de Huehuetenango y Quiché, mientras que en la región fronteriza de Comitán (Chiapas), en 1991 se encontró que el 32.9% de los niños sufría desnutrición.

Con respecto a los **servicios de salud**, baste decir que los autores subrayan la falta de coordinación y eficiencia, y en algunas ocasiones el caos que caracterizan a este tipo de servicios en ambos lados de la frontera. Resaltan también la necesidad de promover acciones urgentes para combatir lo que han dado en llamar "*enfermedades de la pobreza*".

Finalmente, en cuanto a la salud de los **guatemaltecos refugiados** en Chiapas, los autores concluyen que comparten en general las condiciones "*deplorables*" en que se encuentra la población de la región fronteriza, aunque en algunos indicadores presentan niveles lamentablemente superiores a los citados más arriba (desnutrición y mortalidad infantil). Una de las diferencias encontradas entre la población fronteriza y los refugiados, radica en que estos últimos presentan problemas de salud mental (depresiones y ansiedad originados en el trauma del desplazamiento) más frecuentemente que el resto de la población fronteriza (Fariás y Miranda, 1994).

En términos generales y más allá de las mejoras en servicio médico que se han llevado a cabo en ambos lados de la frontera entre 1980 y 1990, los autores concluyen que los problemas de salud reproductiva siguen siendo preponderantes en la región. Los problemas de salud detallados pueden encontrarse en cualquier grupo humano que vive en condiciones de pobreza extrema, por lo que la mayoría de los aspectos ideales que el enfoque de salud reproductiva subraya, parecen no encontrar asidero en este tipo de poblaciones.

I.2. Refugiados y fecundidad

Mucho se ha discutido sobre la relación migración laboral-fecundidad, pero no ha ocurrido lo mismo con la relación migración forzada-fecundidad, por lo que brevemente trataremos

de repasar algunas posibles relaciones entre estas dos últimas variables.

La primera hipótesis a la que haremos referencia es la llamada “hipótesis de socialización”, la que supone que la conducta reproductiva de los migrantes refleja (en el corto y mediano plazos) los patrones prevalecientes en el medio-ambiente de socialización (Valenzuela Estrella, 1992). Si bien esta hipótesis se refiere a los migrantes laborales, tal vez pueda también aplicarse a los migrantes forzosos. Según lo anterior, las refugiadas guatemaltecas observarían niveles y patrones similares a los encontrados en los lugares donde se originó el flujo. De esto podría inferirse que los niveles de fecundidad de las refugiadas serán altos, ya que el Departamento de Huehuetenango, de donde según Mamá Maquín y CIAM (1994) provino la mayoría de las refugiadas, observaba altas tasas en 1981 (momento en el que el flujo comenzó a adquirir grandes magnitudes).⁵

Sin embargo, la hipótesis de “disrupción” plantea que por el sólo hecho de moverse, los migrantes se ven expuestos a factores que afectan su conducta reproductiva (Valenzuela Estrella, 1992). Por lo tanto, y en cuanto a la población refugiada, podríamos pensar que en una primera fase los niveles de fecundidad se contrajeron debido al carácter traumático del proceso, para posteriormente incrementarse una vez que el grupo sintió seguridad por sus vidas, a la vez que la necesidad de reponer las pérdidas. En este sentido, Linda Gordon, (1989:219) sugiere que “*high mortality among certain subgroups in the past, is suggested one reason for their high current fertility*”.⁶ Los refugiados estuvieron expuestos a matanzas y situaciones traumáticas, y una prole numerosa pudo significar garantía de supervivencia para un grupo que aspiraba a conservarse, como una estrategia de reproducción social comunitaria. Otras de las causas posibles que pueden haber llevado a un aumento de la fecundidad en esta población una vez que cruzaron la frontera, están asociadas con que el tener hijos en el país receptor les puede servir de “garantía” ante una posible devolución, en tanto que también puede significar acceso a mayores provisiones de bienes y servicios y mejores condiciones para regularizar su situación legal.

Brambila Paz (1985) también halló que “*la migración de la familias, está*

⁵ Según estimaciones de Arias De Blois (1983) a partir la de información del censo de 1981 y de la Dirección General de Estadística del Gobierno de Guatemala / Centro Latinoamericano de Demografía (DGE-CELADE), la República de Guatemala observó en 1981 en las zonas rurales una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 6.36 hijos por mujer. Por otra parte, Huehuetenango en 1981 observaba en las zonas rurales, una TGF de 6.06, según las mismas estimaciones.

⁶Esta cita sugiere que el que ciertos grupos estuvieran expuestos a una alta mortalidad en el pasado, puede ser la razón que explique una alta fecundidad actual.

fuertemente asociada con altos niveles de fecundidad (...) la evidencia analizada exhibe una fuerte relación entre la migración postmatrimonial e intrarrural y una alta fecundidad. También las familias migrantes del campo a la ciudad muestran un patrón inesperado de alta fecundidad” (Brambila Paz, 1985:57). En otras palabras, la fecundidad se ve menos afectada por la migración, cuando las mujeres se movilizaron luego de haber contraído unión y/o con sus hijos. Aunque esta hipótesis hace específica referencia a los migrantes por razones laborales, tal vez puede también adaptarse al caso de los refugiados, ya que en general el flujo estuvo compuesto por familias y en ocasiones por comunidades enteras.

Por otro lado, la literatura presenta una variedad de hipótesis que postulan relaciones contrarias a las expuestas en los párrafos precedentes, para las cuales ciertos tipos de migrantes presentarían niveles de fecundidad menores a los encontrados en el lugar de origen del flujo.⁷ Una de estas hipótesis plantea que *“la migración de la población soltera facilita la adopción de los patrones familiares del lugar de destino. (...) El gran número de mujeres que se movilizan por primera vez antes del matrimonio y los significativos niveles de menor fecundidad de estas, proporcionan evidencia de una interpretación sociológica de la adaptación y asimilación de normas, preferencias y valores, por medio de los cuales los migrantes pierden, a través del tiempo, el comportamiento familiar del lugar de origen, a favor del lugar de destino”* (Brambila Paz, 1985:57). Esta hipótesis llamada de “adaptación”, no parece tener demasiado asidero en el caso que nos ocupa, considerando en primer lugar, que se refiere casi exclusivamente a la migración rural-urbana de individuos que se mueven sin familia y, en segundo lugar, no hay demasiadas diferencias socioeconómicas y culturales entre el lugar de origen y de destino del flujo de refugiados como para hablar de “adaptación”.

II. LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

De más está decir que la selección de la población refugiada (específicamente mujeres y niños) para nuestro trabajo, se fundamenta en su carácter de vulnerables, como se mostrará

⁷ Véase Saskia Voets y otros (1995).

en este apartado. Sin embargo, la categoría de “refugiado” a adquirido en los últimos años gran importancia, no sólo por los motivos por la que la hemos escogido, sino y principalmente, porque se ha constituido en una categoría sobresaliente para entender el fenómeno de la migración internacional. Permítasenos, entonces, resaltar la importancia de dicha categoría, antes de proceder a señalar que la propia condición de vulnerabilidad se plasma no sólo en el carácter forzoso del flujo migratorio, sino que también se desprende de la definición que el Derecho Internacional propone.

II.1. Importancia de la categoría “refugiado”

El fin del siglo XX ha sido llamado “la era de la migración”. aunque en otros momentos históricos este fenómeno haya adquirido también tanta o más significación que en la actualidad (Castles y Miller, 1996). No sólo las dimensiones del fenómeno llaman nuestra atención, sino también las repercusiones que provoca tanto en países de destino como de origen, ya que involucra entre otras, dimensiones políticas, económicas, sociales, culturales y demográficas. Algunas estimaciones revelan que el stock migratorio (internacional) se incrementó desde 1965 a 1990 a una tasa del 1.9% anual, pasando de alrededor de 75.000.000 de personas a 120.000.000 en los años señalados.⁸ Entre 1985 y 1990 la tasa de crecimiento del stock migratorio internacional alcanzó el 2.6%, superando ampliamente la tasa de crecimiento anual de la población mundial y se espera que esta tendencia continúe (Zlotnik, 1998:2).

A diferencia de lo ocurrido desde el siglo XVII y hasta mediados del presente, los países de América Latina y el Caribe se han convertido en las últimas décadas, en expulsores de población. Cifras estimadas sugieren que entre 1950 y 1964 el saldo neto migratorio fue positivo (+1.800.000), pero entre 1976 y 1985 el saldo fue negativo (-1.600.000). Esta última cifra está asociada en parte con las últimas oleadas de dictaduras que asolaron algunos países de América Latina; por ejemplo, se estimó que en Argentina entre 1975 y 1983 alrededor de 650.000 personas emigraron en forma involuntaria. En América Central el flujo de refugiados superó al de migrantes laborales desde fines de los setenta, debido a los conflictos armados que afectaron algunos países de la región. Para

⁸ El stock migratorio es entendido como el volumen de población que reside en un país distinto de aquél en que nació.

1982 alrededor del 10% de centroamericanos había abandonado sus países de origen (Stalker, 1994).⁹

Según el ACNUR (1995) en 1990 el número de personas que estaban bajo su responsabilidad en el mundo llegaba a alrededor de los 17.000.000. Es decir de los 120.000.000 calculados como stock migratorio internacional, casi el 15% fueron considerados refugiados o emigrantes forzosos. En la actualidad esta cifra debe haber aumentado, considerando los flujos de refugiados originados por el conflicto en Yugoslavia.

Estos ejemplos muestran que en este fin de siglo, la categoría “refugiado” se ha convertido en un concepto clave para comprender el proceso migratorio (Stanton Russell, 1995). Los movimientos de refugiados a gran escala, así como la movilización de otros emigrantes forzosos, se han transformado en uno de los atributos más notorios del mundo contemporáneo. La situación mundial post Guerra Fría ha puesto al mundo frente a este tipo de retos y dilemas, ante los cuales los gobiernos se muestran temerosos por la magnitud de los costos y la complejidad de los problemas que implica la recepción de refugiados.

II.2. Definición del flujo migratorio y del concepto de “refugiado”

La selección de criterios y conceptos para definir el proceso migratorio se ha tornado más problemática conforme aumenta la complejidad del fenómeno. Construir tipologías de desplazamientos a partir de los cambios de residencia considerando como definitiva toda nueva instalación, se ha tornado insuficiente. En este sentido nos apoyaremos en las categorías enunciadas por Domenach y Picouet (1990) para definir nuestro universo de estudio.

Los flujos migratorios pueden clasificarse como “reversibles” o “irreversibles”. Los primeros indican que la residencia base siempre es la misma y lo que varía es el lugar de destino. Los flujos irreversibles en cambio, suponen que la residencia base deja de ser un

⁹ A finales de 1982 se estimó un flujo de 400 refugiados por semana originarios de Guatemala y con destino México, sumando alrededor de 3.000 a principios de 1983 y llegando a 46.000 en 1984 (Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados –COMAR-, 1988). Estas cifras se refieren únicamente a aquellas personas que fueron atendidas por las instituciones gubernamentales, pero diversos estudios muestran que muchos guatemaltecos no fueron reconocidos como refugiados por el ACNUR ni por la COMAR. Lamentablemente no se tienen estimaciones confiables sobre la magnitud de los “no reconocidos”. Véase Salvadó, Luis Raúl (1992:45-48).

punto de referencia del grupo emigrado, el que conforma un nuevo e independiente sistema de reproducción socioeconómico y familiar.¹⁰ Se entiende que son los flujos irreversibles los que nos incumben. Dentro de éstos se pueden distinguir tres categorías: los “irreversibles provocados” (surgidos a partir de situaciones evolutivas históricas), los “irreversibles voluntarios” (surgidos por una decisión individual o familiar no colectiva) y los “irreversibles forzosos” (surgidos a raíz de crisis naturales, políticas, armadas o económicas en general). Los flujos de refugiados se ubicarían en la categoría de “irreversibles forzosos” ya que el éxodo surge en condiciones difíciles, muchas veces sin un destino determinado y dependiendo, en general, de organismos y de solidaridades internacionales.¹¹

En relación con lo anterior, el término “refugio” fue definido específicamente por la Convención de Naciones Unidas de 1951, por el Protocolo de 1967 y más recientemente por el Coloquio de Cartagena en 1984. Con base en el Derecho Internacional (Convención de 1951 y Protocolo de 1967) se define como refugiado a toda persona que *“...debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo político, social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país, o que careciendo de nacionalidad y hallándose a consecuencia de tales acontecimientos fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él”*. Sin embargo, la definición ha seguido desarrollándose y ampliándose, por ello la Declaración de Cartagena (1984) define como refugiado a quienes *“...han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado el orden público”* (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1992:27).¹²

¹⁰ Domenach y Picouet definen la residencia base como *“el lugar o el conjunto de lugares a partir del cual (o de los cuales) los desplazamientos tienen una probabilidad de retorno más elevada, cualquiera sea la duración de la estadía en otro lugar, todo ello durante la vida de un individuo”* (1990:55).

¹¹ Podríamos agregar que, una vez que el proceso de retorno definitivo a sus países de origen está en marcha, estaríamos ante un nuevo flujo irreversible pero esta vez de carácter voluntario.

¹² México por su parte, no ha ratificado la Convención de 1951 ni el Protocolo de 1967 sobre refugiados, pero en 1990 se incorporó una modificación a la Ley General de Población, adoptándose la figura de “refugiado” según la definición de la Declaración de Cartagena. Sin embargo, la figura de “asilado” tiene más antigüedad que la de “refugiado” en las leyes mexicanas, contemplando tanto el “asilo territorial” como el diplomático.¹² El término “refugio” es diferente al de “asilo” aunque ambos se refieran a personas que buscan protección y seguridad en un país extranjero. La diferencia fundamental radica en que el asilo es garantizado a aquéllos que son perseguidos solamente por razones políticas o por una comisión de

Las definiciones mencionadas son complementarias, en las cuales queda claro que el éxodo es un proceso generado por violencia, donde el derecho a migrar a otro país implica una forma de ejercicio de autodefensa de los derechos humanos de los que se movilizan.

II.3. Carácter vulnerable de la población refugiada

Las migraciones forzosas de refugiados en general tienden a dañar seriamente identidades culturales y psicológicas, individuales y grupales, no sólo por la conjugación de experiencias traumáticas anteriores a la migración, sino porque una vez cruzada la frontera los refugiados dependen de la solidaridad del país de acogida y de ciertas organizaciones internacionales, no solamente para permanecer en tierra ajena sino también para cubrir sus necesidades más básicas tales como abrigo, vivienda, alimento, medicinas, etc. (ACNUR, 1995). Estas situaciones pre y post exilio no hacen más que reafirmar la vulnerabilidad de estos grupos.

Sin embargo, cabe mencionar que el carácter vulnerable de estas personas es alcanzado mucho antes de que se conviertan en refugiados, en función de los detonantes del éxodo mencionados en las definiciones del Derecho Internacional. Las causas inmediatas de tal migración se encuentran ampliamente asociadas con violaciones a los derechos humanos pasadas o previstas para un futuro cercano, que están en general enmarcadas en procesos sociales y económicos de más largo plazo.¹³ El miedo a que los asesinen, torturen, encarcelen, violen, roben, esclavicen o priven de alimentos son los factores que finalmente definen la huida.

crímenes políticos, mientras que el refugio puede ser otorgado por una variedad de motivos (raciales, religiosos, políticos, etc.).

¹³ De hecho, la mayoría de los movimientos de población de las últimas décadas, se han originado en países con difíciles condiciones de vida.

III. LOS QUE SE REFUGIARON Y LOS QUE SE QUEDARON

Teniendo en cuenta que se pretende realizar un examen paralelo, en este apartado queremos hacer hincapié en los puntos en común que mantiene la población refugiada con la de la región noroccidental de Guatemala.

III.1. EXPERIENCIAS COMPARTIDAS:

III.1.a. Los atributos socioculturales y la pobreza

Varios países centroamericanos (entre ellos Guatemala) y el sureste mexicano tienen un común origen étnico y lingüístico y una historia maya compartida, lo que se ha traducido en una red compleja de conocimientos, creencias, costumbres y hábitos que no hacen más que constituir una cultura propia. Esta población, sin embargo, ha estado sujeta en los últimos tiempos a un proceso de aculturación que ha transformado algunas de sus características, sin que esto haya implicado perder *“todos los elementos, patrones y complejos culturales originalmente mayas”* (Messmacher y otros, 1986:11).

En el noroeste de Guatemala y más específicamente en los departamentos de Huehuetenango y Quiché, el 75% de la población es indígena donde sobresalen los grupos étnicos quiché, kanjobal, chuj, mam, ixil, jacalteca y el aguacateca. Aunque cada grupo se diferencia del resto en su organización social, lengua, vestimenta, prácticas religiosas, etc., según Messmacher (1986) tales diferencias no son profundas.

La zona de origen por excelencia de los refugiados, presenta una infraestructura muy limitada, con escasas vías de comunicación, riego y electrificación. Las actividades agropecuarias son la base de la economía de la región, por lo que la población es básicamente campesina y habita en la zona rural. La mayoría de ellos es analfabeta y gran parte no habla castellano, particularmente en el caso de las mujeres. Según Freyermuth Enciso y Godfrey (1993), la desigual distribución de la tierra y la pobreza extrema son los problemas cotidianos que enfrentan estas personas.

En definitiva, tanto hombres como mujeres comparten el vivir del trabajo del campo, la pobreza, el ser indígenas mayas en su mayoría, etc., pero, la vida de hombres y mujeres no fue, ni es, igual: *“los recursos, las oportunidades de capacitación, las formas de participación social, las formas de relacionarse, el tiempo de trabajo y las*

responsabilidades, no solamente son diferentes para hombres y mujeres, sino también desiguales respondiendo al modelo cultural inventado por cada grupo..." (Mamá Maquín y CIAM, 1994:32). La subordinación de género adquiere connotaciones muy tradicionales, de manera que las desigualdades entre hombres y mujeres son consideradas "naturales" tanto por indígenas como por mestizos.

III.1.b. El conflicto armado interno en Guatemala

En 1945, se celebraron elecciones libres en Guatemala, resultando electo Juan José Arévalo. Este gobierno impulsó una serie de modificaciones a las leyes laborales y sindicales a favor de la sociedad civil. En 1951 Jacobo Arbenz Guzmán fue electo sucesor de Arévalo, quien puso en marcha diferentes reformas sociales y el Plan de Reforma Agraria expropiando más de 80.000 ha. a la United Fruit Co. Estas medidas afectaron los intereses de ciertos sectores y en 1954 el Coronel Castillo Armas derrocó al gobierno legítimo. Esta ofensiva fue planeada por el embajador estadounidense en Guatemala y por la Agencia Central de Inteligencia (CIA) de Estados Unidos, dando lugar a una junta militar que tomó el poder y anuló rápidamente las reformas agrarias y sociales implementadas por el anterior presidente. A este gobierno lo sucedieron otras dictaduras que impusieron la tradición de secuestrar y asesinar a los distintos opositores políticos (París Pombo, 1992).

En los años sesenta comenzaron a fortalecerse en varios países centroamericanos los partidos de izquierda y los movimientos revolucionarios, por lo que Estados Unidos en un marco internacional determinado por la Guerra Fría, le dio un nuevo énfasis a la intervención militar. En Guatemala las Fuerzas Armadas Rebeldes y el Movimiento Revolucionario 13 de Noviembre fueron los primeros en aparecer, siendo aplastados pocos años después. En 1973 surgió el Ejército Guerrillero de los Pobres y la Organización Revolucionaria del Pueblo en Armas y se reconstituirían las Fuerzas Armadas Rebeldes (París Pombo, 1992).

En 1970 y con el Coronel Arana Osorio a la cabeza, se realizaron las primeras operaciones de contrainsurgencia a través de la táctica llamada de "tierra arrasada". A partir de ese momento fueron hechos comunes las masacres entre los campesinos indígenas y los ataques a la comunidad universitaria e intelectual en general. La sociedad civil fue presa de

capturas masivas, reeducación ideológica y reubicación entre otras violaciones a los derechos humanos (Hernández Castillo y otros, 1993).

A fines de los setenta, miles de familias y en ocasiones comunidades enteras de indígenas huyeron de sus lugares de origen hacia las montañas, costas o a la capital, ante el temor de ser exterminados y algunos también comenzaron a cruzar la frontera de su país, principalmente a principios de los años ochenta. El éxodo guatemalteco fue desencadenado entonces por la represión generalizada, la militarización de la sociedad y obviamente por la continua violación de los derechos humanos (Vázquez, 1992).¹⁴

Una vez cruzada la frontera mexicana los problemas de los que huyeron no terminaron. Según Manuel Ángel Castillo, estos flujos experimentaron *“numerosas dificultades en los lugares de asentamiento y/o tránsito. Las diferencias atienden a las características de los contextos, a las capacidades de atención por parte de los países de acogida o de paso, y a las políticas adoptadas en materia de refugio. (...) Era diferente aceptar y ubicar a perseguidos políticos, que encontrar respuestas para poblaciones con seculares desventajas y desigualdades sociales en sus lugares de origen. Eso se complicaba aún más en contextos de privación y conflicto social, como fue el caso de la mayoría de las zonas de asentamiento de refugiados en la región”* (Castillo, 1995:90).¹⁵

Sin embargo, otros se quedaron: *“los que sobrevivieron a las masacres, o que huyeron de sus aldeas antes de que el Ejército llegara a ellas, tuvieron que optar por las siguientes (...) opciones: 1. Vivir en zonas controladas por el Ejército; 2. Convertirse en desplazados internos, yéndose a vivir a la costa o a las ciudades; 3. Internarse en las selvas montañosas del norte del país y vivir como población en resistencia”* (Morales Miranda, 1992:382).

¹⁴ Es ilustrativo lo que el secretario de prensa de Ríos Montt declaró al New York Times en 1982: *“la guerrilla conquistó muchos colaboradores entre los indios, los indios son subversivos (...) hay que matar a los indios porque están colaborando con la subversión”* en Hernández Castillo y otros (1993:57). Otro de los ejemplos que merece ser señalado es la matanza ocurrida el 17 de julio de 1982 en la localidad de San Francisco, donde murieron 352 personas: *“... Llegó el Ejército a la población, separaron hombres y mujeres (...) encerrándolos en un local del pueblo. Luego, los soldados reúnen a las mujeres y los niños en la Iglesia. El Ejército comienza a disparar sobre las mujeres en la Iglesia. Las sobrevivientes son separadas de sus niños y llevadas en grupos a sus casas donde se les asesina a machetazos. Más tarde, matan a los niños. Un testigo ha visto cómo abrían el vientre de los niños con cuchillos y luego los arrojaban contra un muro para destrozárles la cabeza. (...) luego emprenden la ejecución de los hombres, los hacen salir, les amarraban las manos, los tiran al suelo y los fusilan en esa posición...”*, citado en Vázquez (1992:311).

¹⁵ Ejemplos concretos de las dificultades enfrentadas por los refugiados en su llegada a territorio mexicano se pueden observar en la posición del gobierno que en un primer momento deportó a la mayoría de los recién llegados, cediendo luego ante las presiones internacionales. Por otra parte, en varias ocasiones el ejército guatemalteco invadió territorio mexicano secuestrando y asesinando no sólo refugiados sino en ocasiones a ciudadanos mexicanos. (Freyermuth Enciso y Godfrey, 1993:24-26; Melesio Nolasco, 1989:427; Aguayo y otros, 1987:15-19).

III.2. LA EXPERIENCIA NO COMPARTIDA: El refugio

Preguntarse por qué unos se refugiaron y otros no, puede ser una pregunta tan compleja como cuestionarse por qué personas o grupos familiares con ciertas características socioeconómicas y culturales deciden buscar trabajo en otros países, mientras que otros, con las mismas características, deciden permanecer en el lugar de origen. Lo cierto es que el refugio pareció ser la variable por excelencia que dividió los caminos de personas que andaban por los mismos rumbos.

Refugiarse no implica necesariamente romper con costumbres o normas cultural y/o socialmente estatuidas, ni mejorar o empeorar la situación socioeconómica, ni olvidar la historia común. Sin embargo, si bien no implica necesidad de rupturas, tampoco implica necesidad de continuos. Es ésta una fuente de preguntas sin respuestas claras, que bien merece un estudio profundo de los científicos sociales.¹⁶

En síntesis, consideramos que los comentarios realizados a lo largo de estas páginas sobre los problemas de salud, la pobreza compartida, los hechos que impulsaron el éxodo así como las dificultades que debieron afrontar los que se quedaron y los que huyeron, no dejan dudas sobre la alta vulnerabilidad de la población refugiada, entre la cual las mujeres y los niños sin dudas han sido los más afectados. En este sentido, el objetivo del trabajo (caracterizar algunos aspectos de la salud reproductiva de un grupo de condición vulnerable) encuentra un universo sumamente adecuado, a la par que algunos de los hallazgos podrán ser puestos en un contexto comparativo, dadas las características de la población de la región noroccidental de Guatemala similares a las de los refugiados.

¹⁶ Se pueden encontrar algunas referencias a las continuidades y rupturas, básicamente culturales y socioeconómicas experimentadas por los refugiados a lo largo de su estadía en México, en Messmacher y otros (1986), Freyermuth Enciso y Hernández Castillo (1992), Hernández Castillo y otros (1993) y Mamá Maquín y CIAM (1994).

SEGUNDA PARTE

CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS GUATEMALTECAS REFUGIADAS EN CHIAPAS Y DE SUS HIJOS

IV. APARTADO METODOLÓGICO: FUENTES DE INFORMACIÓN

IV.1. Censos de la COMAR

Estos Censos fueron levantados sistemáticamente a fin de mantener un registro continuo de la población total refugiada en Chiapas. Los mismos contienen información básica, tal como estructura por edad y sexo, nacimientos, defunciones, repatriaciones o relocalizaciones. Con estos datos estimaremos los niveles de fecundidad de las refugiadas, ya que si lo hiciéramos con la encuesta (ENCREF93) estaríamos sobreestimando estos niveles, dadas las características de la muestra como se verá a continuación.

IV.2. “Encuesta de Nutrición y Salud Reproductiva en Campamentos de Refugiados Guatemaltecos en el Estado de Chiapas, 1993 (ENCREF93)”.

El cuestionario estuvo compuesto por diferentes módulos, y cada uno de los cuales recabó información sobre composición familiar, características generales e historia reproductiva de las madres, uso de métodos anticonceptivos, mortalidad en edades tempranas (menores de 5 años) y datos generales de los menores de 5 años (lactancia, nutrición, etc.).

La ENCREF93 fue definida por el comité técnico encargado de llevarla adelante, como un estudio transversal, observacional y descriptivo.¹⁷ El trabajo de campo se llevó a cabo durante diciembre de 1993 en tres zonas ubicadas en la Entidad Federativa de Chiapas (Margaritas, Comalapa y Trinitaria) abarcando 38 campamentos, donde se aplicaron 802 encuestas. De esta manera se obtuvo información de 814 núcleos madre-hijo, 1437 menores de 5 años cumplidos y 2536 embarazos (Ávila Curiel, 1994).¹⁸

La unidad de aplicación del cuestionario fue la familia de cada uno de los niños incluidos en la muestra. Se dio en llamar “núcleo madre-hijo” dentro de una familia, tanto a aquellos unidos por una relación consanguínea como a aquéllos que no lo estaban, pero

¹⁷ Las siguientes instituciones, organizaciones y organismos han participado en la realización de la ENCREF 93: Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR); Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” (INNSZ); Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR); IMSS-Solidaridad; Secretaría de Salud; Proseco; CCESC; CEMPERAC y CIAM.

¹⁸ Los campamentos fueron a su vez clasificados en estratos según el número de habitantes que los componen. De esta manera se definieron el Estrato I (con población total hasta 99 habitantes), el Estrato II (con población total entre 100 y 499 habitantes) y el Estrato III (con población total de más de 500 habitantes).

donde la mujer era la responsable de la alimentación y cuidado del niño.¹⁹

IV.3. “Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995 (ENSMI95)” Guatemala.

Esta encuesta tuvo como motivación actualizar la información para el total del país sobre fecundidad, mortalidad, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, salud materno-infantil y nutrición. Estuvo constituida por dos tipos de cuestionarios: uno individual y otro de hogares, recolectando información sobre mujeres de 15 a 49 años de edad y de sus hijos menores de 5 años.²⁰

El trabajo de campo se realizó entre junio y diciembre de 1995, completándose un total de 11297 entrevistas de hogares y 12403 individuales. Aunque la encuesta cubre el total del país, se puede obtener información desagregada por región.

IV.4. Consideraciones y aclaraciones respecto de las dos encuestas que se utilizarán en el análisis descriptivo

Como se habrá notado, una de las diferencias fundamentales entre la ENCREF93 y la ENSMI95 radica en que la primera recabó información sobre madres y la segunda sobre mujeres en edad reproductiva, que no necesariamente son madres. El problema que se presenta es que se está trabajando con los tabulados publicados de la ENSMI95, por lo que nos es imposible descartar a las no madres.

¿Qué implicaciones pueden tener estas diferencias en nuestro análisis paralelo? No consideramos que muchas, en principio porque lo que se pretende no es una comparación en sentido estricto, y por el tipo de información que se extraerá de las respectivas encuestas:

- ◆ “uso de anticonceptivos”: en este punto puede haber algún problema, dado que en los tabulados de la ENSMI95 están consideradas también las que no han sido madres pero están unidas (el 17% de las entrevistadas en la región Noroccidental eran mujeres

¹⁹ Se pudo constatar que la base de datos de la ENCREF93 presentaba varios problemas. En primer lugar, la base nos fue entregada por bloques, pero como era necesario agruparlos se tuvo que ingresar un código caso por caso (en cada bloque) cuidando no mezclar los códigos correspondientes a cada caso. En segundo lugar, se encontró que los distintos bloques no presentaban el mismo tipo de información, es decir, mientras que unos no contenían información sobre algunos campamentos, otros sí la presentaban. Para mejorar esto se tuvo que cotejar bloque por bloque la información que sí coincidía, antes de hacer la codificación y la agrupación. Finalmente se encontraron inconsistencias en la presentación de los datos, ante lo que se trató de mejorar la base dejando de lado los casos que presentaban problemas.

²⁰La ENSMI95 contó con el apoyo del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, la Agencia para el Desarrollo Internacional, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y Macro International Inc. (DHS).

unidas no madres). Si bien mediante la ENCREF93 no podemos saber con certeza el porcentaje de unidas no madres, a partir de la visita que se hizo a los campamentos y de las entrevistas realizadas, se observó que la edad a la unión declarada oscilaba entre los 14 y los 16 años y que inmediatamente se embarazaron.²¹ Por ello podemos inferir con cierto margen de certidumbre que el porcentaje de mujeres en edad reproductiva unidas no madres debe haber sido muy bajo en 1993, a no ser que estuvieran embarazadas de su primer hijo o fueran infértiles. De esta manera consideramos que si en la ENCREF93 se hubieran tenido en cuenta a las unidas no madres en edad reproductiva, los resultados no habrían variado demasiado de los que finalmente se obtuvieron. De cualquier manera, estas consideraciones serán tenidas en cuenta al momento de los respectivos análisis, tratando de pensar sus implicaciones;

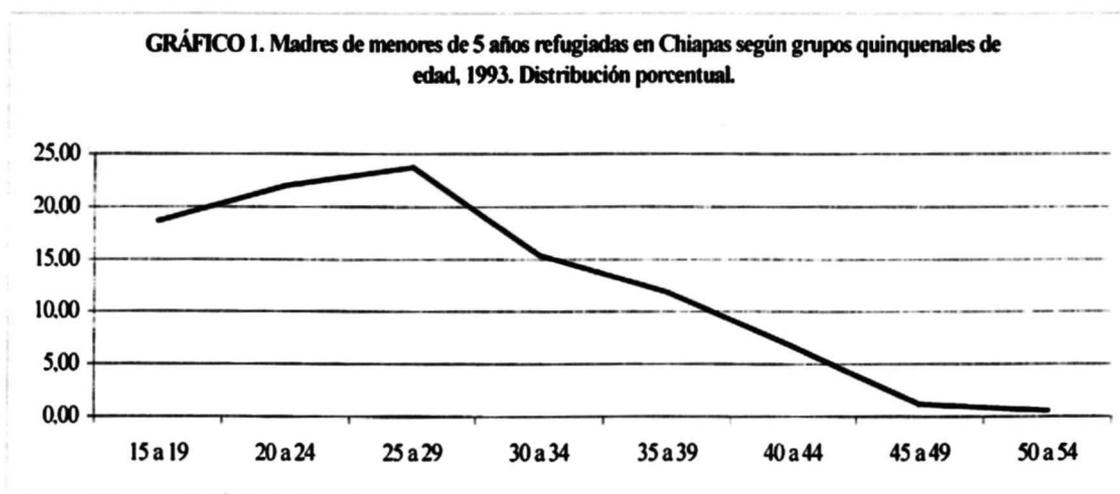
- ◆ “historia de embarazos y partos”: no hay otra posibilidad que tomar a las que ya fueron madres en ambas encuestas;
- ◆ “nutrición”: en principio estos aspectos hacen referencia sólo a los menores de 5 años entrevistados, por lo que las diferencias señaladas entre las muestras de las dos encuestas no nos traerían problemas. Sin embargo, si lo que interesa es conocer diferenciales de nutrición por características específicas de las madres, no tomaremos en cuenta a las mujeres no madres, por lo que tampoco se nos presentarán problemas.

Cabe aclarar porqué escogimos a las mujeres de la región noroccidental de Guatemala, como población-contexto donde situar a las refugiadas. En primer lugar, por las disponibilidades de información (ENSMI95). En segunda instancia, porque la mayoría de los refugiados provino de esa región, la cual comprende los departamentos de Huehuetenango y Quiché (Mamá Maquín y CIAM, 1994). En tercer y último lugar, porque obviamente las mujeres y niños de esa región, tienen prácticamente las mismas características que los refugiados en Chiapas.

²¹ En abril de 1999 tuvimos la oportunidad de conocer y hacer algunas entrevistas a las mujeres guatemaltecas refugiadas. En las entrevistas realizadas a las mujeres que habían sido madres, preguntamos la edad a la primera unión a lo que la mayoría contestó que se habían unido entre los 14 y los 16 años. Seguidamente preguntábamos la edad al primer nacimiento, a lo que todas contestaron entre 15 y 17 años. Es decir, estas mujeres declararon haber tenido a su primer hijo al año de haberse unido, para lo que debieron haberse embarazado inmediatamente después de la unión

V. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS REFUGIADAS EN CHIAPAS

De las 758 madres de menores de 5 años de las que se dispone información según la ENCREF93, encontramos que el 40,7% tenía menos de 24 años. Como se ve en el gráfico 1, a partir del grupo de edad 15-19 la curva de la distribución de grupos quinquenales de edad fue ascendiendo para encontrar la moda en el grupo 25-29, desde el cual comenzó a descender progresivamente.



FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

Podemos decir que las madres de menores de 5 años refugiadas entrevistadas en 1993 eran en su gran mayoría jóvenes, lo que nos hace pensar en un comienzo muy temprano de la maternidad. Si asociamos esto con que un porcentaje muy alto se encontraba lactando o embarazada al momento de la encuesta, como se verá más adelante, principalmente en el grupo de edad 15-19, podemos inferir que no hubo casi distancia entre el comienzo del período reproductivo y el comienzo de la maternidad.²²

En cuanto al origen étnico de las madres, el 61,7% dijo ser kanjobales, el 16,4% chujes, el 9,7% mames, el 9,6% mestizas y el 2,7% jacaltecas. Estos resultados concordaron con otra encuesta realizada por Mamá Maquín y CIAM en 1990/91, lo que

²² Se entiende por período reproductivo a las edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.

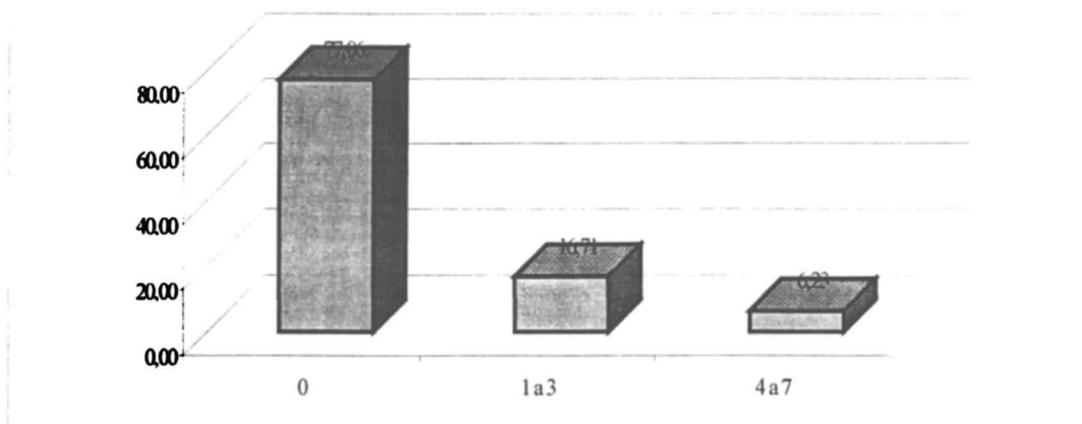
“corresponde a las características generales de la población refugiada y de la zona donde nacieron” (Mamá Maquín y CIAM, 1994:22).

El 78,9% declaró que su ocupación principal era ama de casa. Del 21,1% que declaró tener una ocupación principal diferente a la de ama de casa, el 40,6% se definió como artesana, el 27,1% dijo dedicarse a proyectos productivos, el 25,8% declaró ser partera o promotora, y sólo el 6,5% trabajaba por remuneración. No llamó la atención que la mayoría de las mujeres tuvieran como ocupación principal “ama de casa” ni que tan pocas trabajaran por remuneración, porque esto puede estar asociado no sólo con relaciones de género tradicionales donde se piensa al hombre como el proveedor del hogar por excelencia, sino también con la dificultad (física y afectiva) que significa trasladarse a los centros urbanos, ya que en la zona rural si bien la fuerza de trabajo femenina es altamente necesaria, difícilmente recibiría un salario.

De estas 758 madres, el 65,1% era bilingüe, es decir, hablaba su lengua de origen y el español, mientras que el resto sólo hablaba su lengua de origen. Sin embargo, si tenemos en cuenta la condición étnica de estas mujeres (indígena-mestiza) encontramos que el 100% de las mestizas hablaba español, mientras que en el caso de las indígenas casi un 40% no lo hablaba. En cuanto a la edad, fueron las más jóvenes las que registraron mayores porcentajes de habla española; entre las madres de 15-24 años casi el 80% hablaba español, mientras que tanto entre las de 25-34 como entre las de 35 y más años, sólo alrededor del 55,5% lo hablaba.

El 25,4% declaró saber leer y escribir, mientras que la gran mayoría (74,6%) no sabía, lo que estuvo íntimamente ligado con el número de años de escolaridad aprobados. En el gráfico 2 se puede observar que un alto porcentaje de las madres refugiadas entrevistadas no había asistido a la escuela. Por otra parte, un 49,6% de las 1358 mujeres en edad fértil de la región noroccidental de Guatemala se declararon “sin instrucción” según la ENSMI95. Sin embargo, como la ENSMI95 no entrevistó sólo a madres sino a mujeres en edad reproductiva, puede decirse que es esta una de las razones por las que en el noroccidente guatemalteco las mujeres mostraron menores niveles de no instrucción, ya que las no madres en edad fértil en general presentan mayores niveles de escolaridad que las madres.

GRÁFICO 2. Madres de menores de 5 años refugiadas en Chiapas según años de escolaridad aprobados, 1993.
Distribución porcentual.

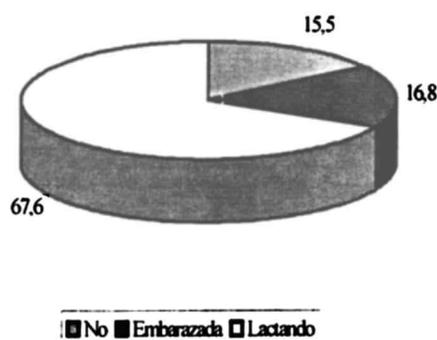


FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

Si tenemos en cuenta la escolaridad según edad de las madres, encontramos que fueron las más jóvenes las que más años aprobados tenían, es decir, a medida que aumentaba la edad de la madre, disminuía la escolaridad. El que las más jóvenes fueran las más escolarizadas y alfabetas pudo significar un "alto grado de cobertura escolar en el refugio" (Mamá Maquín y CIAM, 1994:31). Según la condición étnica, fueron las mestizas las que más escolaridad habían alcanzado: sin escolaridad se encontró al 79,2% de las indígenas y al 57,5% de las mestizas, mientras que con al menos un año de escolaridad aprobados estaban el 20,8% y el 42,5% de indígenas y mestizas respectivamente. En los menores niveles de escolaridad encontrados entre las indígenas, pudo estar influyendo la lengua en que se imparte la escolaridad. Es decir, para las mestizas no habría dificultades en asistir a escuelas que imparten sus clases en español, dado que el 100% hablaba español, pero para el 40% de las indígenas que no lo hablaba sería imprescindible contar con enseñanza bilingüe, beneficio con el que en general no cuentan. Por otra parte, en cuanto a la ocupación principal, se encontró que entre las amas de casa sólo el 19,6% había aprobado al menos un año de escolaridad, mientras que entre las madres que tenían otras ocupaciones principales, el porcentaje que había aprobado al menos un año ascendía al 35%.

Como se aprecia en el gráfico 3, la gran mayoría de las madres (84,4%) se encontraba embarazada o lactando al momento de la encuesta.

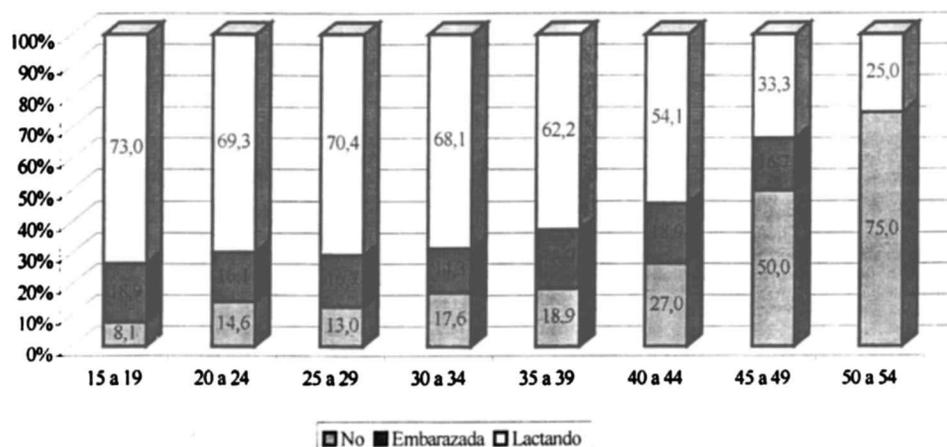
GRÁFICO 3. Madres de menores de 5 años refugiadas en Chiapas según si se encuentra embarazada o lactando, 1993. Distribución porcentual.



FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

En este punto nos interesa resaltar que al diferenciar por condición étnica si la madre se encontraba embarazada o lactando, encontramos que el doble de las mestizas con respecto a las indígenas, declaró no estar en ninguna de estas dos categorías (28,1% versus 14%, respectivamente). Sin embargo, fue cuando discriminamos por grupos de edad que encontramos un comportamiento interesante, como se puede ver en el gráfico 4.

GRÁFICO 4. Madres de menores de 5 años refugiadas en Chiapas por condición de lactancia o embarazo según grupos quinquenales de edad, 1993. Distribución porcentual



FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

En términos generales, la tendencia parece haber sido clara: a medida que aumentaba la edad, disminuían los porcentajes de las categorías “embarazada” y “lactando” (cabe aclarar que los niveles de la primera categoría disminuyeron hasta el grupo de edad 45-49, ya que en el grupo 50-54 no se registraron madres embarazadas, en tanto que los niveles de la categoría “lactando” disminuyeron hasta el último grupo de edad). Llama la atención principalmente el comportamiento de las más jóvenes, de las cuales sólo el 8.1% de las entre 15 y 19 años no estaba lactando ni embarazada. Esto último, refuerza la idea de que el comienzo de la maternidad en las madres refugiadas se daba al mismo tiempo que el comienzo del periodo reproductivo.

El que la mayoría de estas mujeres se encontrara lactando o embarazada pudo responder a una complejidad de factores, entre los que tal vez se podría contar una baja prevalencia anticonceptiva, como de hecho se encontró y será mencionado en el apartado siguiente.²³ También podría estar asociado, entre otras cuestiones, con falta de información sobre métodos de planificación familiar, con que los hombres tienden a estar en desacuerdo con que su mujer utilice métodos anticonceptivos por temor a que le sea infiel y para probar su virilidad (por lo que cuantos más hijos tenga un hombre y, por ende, cuantas más veces esté embarazada su mujer, más viril será) o con el valor que los grupos mayas le dan a la fertilidad y a la fecundidad, para quienes los hijos representan una bendición divina y la alegría del hogar (Slowing, 1997).

VI. LA REGULACIÓN DE LA PROCREACIÓN

Según la ENCREF93 y la ENSMI95, porcentajes prácticamente idénticos de mujeres refugiadas y de la región noroccidental de Guatemala hacían uso de métodos anticonceptivos al momento de cada encuesta, según se muestra en el cuadro 1. Estos porcentajes de uso reflejan una muy baja prevalencia de uso de anticonceptivos. Sin embargo, como casi dos años separan la aplicación de las dos encuestas y según Gloria

²³ En el caso de las madres que se encontraban lactando, es obvio que lo hacían porque tuvieron un hijo, y si habían tenido un hijo bien podemos suponer que no habían estado usando anticonceptivos y por eso se embarazaron. Por esto es que asociamos un alto porcentaje de “lactancia materna” con baja prevalencia anticonceptiva.

Sayavedra (1997) los programas de planificación familiar se intensificaron en el refugio a partir de 1993. es posible que para fines de 1995 (momento en que se levantó la ENSMI95 en Guatemala) los porcentajes de mujeres usuarias se hubieran incrementado entre las refugiadas. superando, aunque sea levemente, los niveles de prevalencia del otro grupo de mujeres.²⁴

CUADRO 1. Uso actual de métodos anticonceptivos. Distribuciones porcentuales.		
	Mujeres guatemaltecas refugiadas en Chiapas	Mujeres de la región noroccidental de Guatemala
No Usa	88,1	88,2
Sí Usa	11,9	11,8
Total (%)	100	100
Total (absolutos)	758	971

FUENTES: Elaboración propia con base en ENCREF93 y ENSMI95

Por otra parte y según lo expuesto en el apartado anterior, un 67.6% de las 758 madres refugiadas estaba lactando al momento de la entrevista, de las que sólo un 8,1% era usuaria de anticonceptivos. Por lo tanto, el porcentaje de mujeres que estaba lactando sin usar algún método de planificación familiar alcanzaba al 55,6% de las entrevistadas por la ENCREF93. Aunque la lactancia no es sinónimo de anticoncepción y su efectividad tiene duración limitada, es también considerada una forma de regulación de la fecundidad, por lo que podemos suponer que el porcentaje de mujeres que estaba controlando su fecundidad era mayor al 11.9% de usuarias declaradas. *“Existen investigaciones demográficas y epidemiológicas que han confirmado la observación que la lactancia es un anticonceptivo natural...”* ya que produce amenorrea post-parto, retardando de esa manera la ovulación y prolongando la infertilidad post-parto durante 11 meses en promedio (Lichtenberg y otros, 1987:73). Tanto Davis y Blake (1967) como Boongarts (1982) hacen también referencia a los mencionados efectos de la lactancia materna y la incorporan en sus respectivos modelos

²⁴En las pláticas realizadas con las refugiadas, la planificación familiar era reiteradamente traída a colación cuando preguntábamos si conocían o usaban alguna forma para no embarazarse. Por otra parte, en los encuentros con parteras o promotoras de salud se nos dijo que ellas procuraban informar y convencer a las mujeres de usar algún método de planificación familiar, dadas las dificultades (económicas para el núcleo familiar y de la salud para la madre) que podía traer el tener muchos hijos. Por esto es que también suponemos que el número de usuarias de métodos anticonceptivos debe haber aumentado entre las refugiadas, luego de 1993 (fecha en que se levantó la ENCREF93) al intensificarse las actividades del programa de planificación familiar.

como una variable intermedia entre las condiciones socioculturales y la fecundidad.²⁵ Lamentablemente desconocemos qué proporción de las madres refugiadas que estaban lactando comprendían los efectos de tal práctica, porque es muy diferente prolongar la lactancia deliberadamente sabiendo que de esa manera se está posponiendo la posibilidad de embarazarse, que estar retardando dicha posibilidad sin saberlo.

A las 90 madres refugiadas usuarias de algún método anticonceptivo se les preguntó cuánto tiempo hacía que los utilizaban, a lo que el 23.8% respondió que menos de un año, el 40% un año, el 17.5% dos años, el 11.3% entre tres y cuatro años y el 7.5% cinco años o más. Si bien se puede observar que el tiempo de uso de anticonceptivos no era mucho entre las refugiadas entrevistadas (ya que la mitad de las usuarias –mediana– llevaba tan sólo 0.7 años de uso al momento de la encuesta) también se notó un aumento gradual en el número de usuarias hacia los últimos años anteriores a la encuesta.

No obstante, si bien en ambos grupos de mujeres se declaró usar los mismos tipos de métodos anticonceptivos, los pesos relativos de cada uno resultaron diferentes, como se muestra en el cuadro 2.

CUADRO 2. Tipo de método anticonceptivo usado. Distribuciones porcentuales.		
	Mujeres guatemaltecas refugiadas en Chiapas	Mujeres de la región noroccidental de Guatemala
Pastillas	27.8	12.8
Inyecciones	10.0	11.7
Condón	4.4	6.4
DIU	18.9	4.3
Salpingoclasia	38.9	64.8
Total (%)	100	100
Total (absolutos)	90	115

FUENTES: Elaboración propia con base en ENCREF93 y ENSMI95

Aunque la salpingoclasia (esterilización femenina) ocupó el primer lugar en ambos grupos de mujeres, parece haber estado mucho más extendida entre las de la región noroccidental de Guatemala. Las pastillas ocuparon el segundo lugar, pero su uso fue más frecuente entre las refugiadas, mientras que el condón presentó niveles bajos de uso en los dos casos, principalmente entre las mujeres refugiadas. No obstante, conviene aclarar que

²⁵ Davis y Blake entienden a la lactancia materna como parte de los factores que facilitan o impiden la concepción y Boongarts como parte de los factores de la fecundidad natural marital.

tal vez las dos poblaciones de mujeres presentaban diferentes composiciones por edad, lo que pudo afectar los diferenciales por tipo de método encontrados. Es decir, los mayores niveles de salpingoclasia encontrados en la población de mujeres de la región noroccidental de Guatemala pudieron deberse a que presentaba una estructura por edad más envejecida que la de las refugiadas.

En cuanto a la persona que recomendó el uso del método, la ENCREF93 reveló que en el 58,3% de los casos lo hizo el médico en la comunidad de refugiadas, en el 25% lo hizo el promotor de salud, en el 8,3% la partera, en el 7,1% fue en el hospital y en el 1,2% una vecina o amiga.

Con respecto a la intención de uso futuro, de las 668 refugiadas que respondieron no usar algún método anticonceptivo, el 33,5% declaró desearlo mientras que el 66,5% no manifestó intención de controlar su fecundidad. Si bien no contamos con los datos correspondientes a la región noroccidental de Guatemala, tenemos que para el total del país las respuestas de las entrevistadas fueron muy similares a las de las refugiadas: 36,4 de deseo y 63,6 de no deseo. Podemos suponer que en la región noroccidental (dadas las características de la región y dado que, dentro de Guatemala, fue la región que menor prevalencia anticonceptiva registró en 1995), los niveles de deseo de uso futuro fueran menores a los presentados por el total del país y por lo tanto menores a los de las refugiadas.

Según lo encontrado, a diez años del exilio aproximadamente, las refugiadas mostraban un comportamiento similar a las mujeres que quedaron del otro lado de la frontera, tal vez porque a pesar de que el porcentaje de usuarias había aumentado en los últimos años anteriores a la encuesta, el desconocimiento de las distintas formas de anticoncepción continuaba siendo alto, o tal vez porque, aún conociendo métodos anticonceptivos, los valores tradicionales seguían oponiéndose al control de la fecundidad ya que *“el acto más trascendental para el pensamiento religioso indígena fue la germinación, tanto el nacimiento del grano de maíz en el seno de la tierra como el nacimiento del niño en el seno de la madre”* (Morales Suárez, 1997:4), o tal vez por una combinación de ambos factores. Por otro lado, Gloria Sayavedra, consultora del ACNUR, apunta que *“las mujeres indígenas también saben del gran riesgo de muerte que tienen sus pequeños hasta antes de los seis años, por lo que difícilmente piensan en espaciar sus*

embarazos o en no tener más hijos (...) sus vidas han transcurrido tan cerca de la muerte de infantes, que tienen miedo de perder hijos y luego haya necesidad de reponerlos". También afirma que "las mujeres siguen teniendo miedo de usar un método (anticonceptivo) por las represalias que pueden tener de parte del marido o la mala opinión que la misma comunidad se hace de ellas, por lo que algunas acuden de noche a pedir algún método, motivadas principalmente por los problemas económicos o por la violencia conyugal" (Sayavedra, 1997:15).

En síntesis, para un grupo en el que los hijos pueden ser considerados una bendición divina, el miedo a perder y no poder recuperar la prole son temores que podrían explicar la baja prevalencia anticonceptiva. Por otro lado, las relaciones de género y las sanciones de la comunidad también estarían limitando el uso de métodos anticonceptivos. De cualquier manera, estas situaciones no son privativas de las refugiadas sino compartidas con la población guatemalteca de la región noroccidental, por lo que también podrían estar explicando el bajo uso de anticonceptivos en dicha región fronteriza.

V.1. Uso actual e intención de uso futuro de anticonceptivos según características específicas

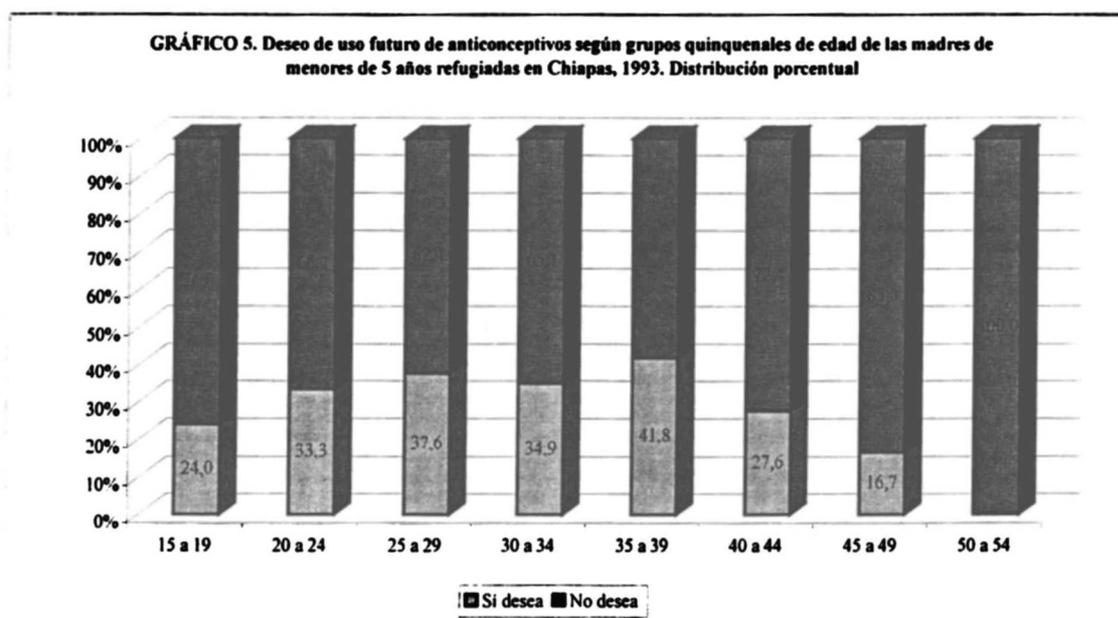
Se encontró que el uso de anticonceptivos en las refugiadas fue en aumento conforme aumentaba la edad. Es decir, las mujeres entre 15 y 24 años registraron niveles de uso inferiores a las mujeres de 35 y más años. Parece que cuando la mujer había alcanzado un número de hijos determinado, el uso de anticonceptivos aumentaba dado que no deseaba tener más, mientras que las más jóvenes, que apenas se incorporaban a la maternidad o tenían pocos hijos, no querían posponer o limitar su fecundidad. *"Las mujeres antes prácticamente no solicitaban un método, hoy sí hay más solicitudes, aunque la mayoría lo piden cuando ya tienen un número deseado de hijos"* (Sayavedra, 1997:14).

Según la condición étnica, las mestizas registraron porcentajes de uso mayores que las indígenas (28,8 versus 10,1% respectivamente). El tipo de ocupación principal y los años de escolaridad aprobados no mostraron diferenciales en el uso de anticonceptivos. En el caso de la variable escolaridad, conviene aclarar que no presentó diferenciales porque se vio interferida por la variable edad, dado que las que más años de escolaridad habían

aprobado eran las más jóvenes. que fueron a su vez las que menores niveles de uso de anticonceptivos declararon.

En cuanto a la persona que recomendó el uso del método, no se encontraron grandes diferenciales según características específicas. Baste mencionar que las mestizas, las más jóvenes y, por lo tanto, las que más años de escolaridad habían aprobado, fueron las que recurrieron en mayor grado a médicos, hospitales y promotores. Es decir, estas mujeres no hicieron uso de instancias tradicionales o informales, como son la partera o una vecina/amiga. Estos últimos datos tal vez puedan significar que con el transcurso del tiempo, las generaciones más jóvenes se van alejando de ciertas prácticas tradicionales a las que sus madres recurrieron en otro tiempo. No sabemos si se han presentado estos cambios generacionales en la región noroccidental de Guatemala, o si es el refugio el que está introduciendo tales cambios, a partir de la intervención de ONG ocupadas en la salud de los refugiados y de los programas de planificación familiar.

El deseo de uso futuro no presentó diferenciales por condición étnica o por escolaridad, en este último caso porque la variable edad estaba interfiriendo, como fue expresado más arriba. Por otro lado, dentro de las que sí deseaban un uso futuro, el 70,3% hablaba español, mientras que entre las que no lo desean este porcentaje disminuía al 59%. Finalmente, la variable que más discriminó el deseo de uso futuro fue la edad, como se observa en el gráfico 5.



FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

En general los niveles de deseo aumentaron desde el segundo grupo de edad hasta el de 35-39, a partir del cual fueron descendiendo progresivamente. Se observa que entre los 25 y los 39 años las mujeres estaban más deseosas de controlar su fecundidad, al haber alcanzado un número determinado de hijos. Resulta entonces, que las mujeres mayores de 30 años no sólo presentaron niveles de uso de anticonceptivos superiores al resto, sino que también fueron las que más deseaban un uso futuro.

VII. FECUNDIDAD

Los niveles de fecundidad de cualquier grupo de mujeres se encuentran íntimamente ligados a sus niveles de prevalencia anticonceptiva. Se ha encontrado en general, una relación negativa entre ambas variables, ya que cuando los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos han ido en aumento, los niveles de fecundidad han tendido a disminuir. Ejemplo de esto es el trabajo de Fort (1992), quien aplicó en la selva y sierra del Perú el modelo de Boongarts (1982), y encontró que la anticoncepción es la variable intermedia que más contribuyó al descenso de la fecundidad.

A partir de lo anterior, y recordando que la prevalencia anticonceptiva estimada fue muy baja tanto entre las mujeres guatemaltecas refugiadas como entre las de la región noroccidental de Guatemala, se espera que los niveles de fecundidad de ambas resulten altos. No obstante, antes de presentar dichas estimaciones queremos referirnos a la calidad de la información que utilizaremos, así como a los criterios seguidos para la elección de la misma, ya que a diferencia de los demás apartados, básicamente no se utilizará la información contenida en las encuestas.

VII.1. Información referente a las mujeres refugiadas

No se pudo obtener información que nos permitiera estimar las Tasas Específicas de Fecundidad por Edad (TEF) y, por lo tanto, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) para las mujeres refugiadas, dado que conseguir esta información significaba acudir al Registro

Civil de Comitán, lo que estaba fuera de nuestro alcance. Por lo tanto, sólo tuvimos oportunidad de estimar Tasas de Fecundidad General (TFGral), que si bien no es un indicador tan refinado como la TGF, *“es una medida más exacta que la Tasa Bruta de Natalidad debido a que relaciona los nacimientos de forma más aproximada con el grupo por edad-sexo susceptible de dar a luz (es decir, las mujeres comprendidas entre los 15 y los 49 años de edad). Con esto se eliminan las distorsiones que pudieran surgir debido a las diferentes distribuciones por edad y sexo de la población total”* (Kane y Haupt, 1991: 15).

Para estimar las TFGral de las refugiadas utilizaremos la información contenida en los Censos que la COMAR levantaba dos veces al año. En estos Censos se presenta la estructura por edad y sexo de la población refugiada, de la que tomaremos a la población de cero años como una aproximación de los nacimientos ocurridos en el último año, además del número de mujeres entre 15 y 49 años. Lamentablemente, aunque sabemos de su existencia no pudimos conseguir la información de años anteriores a 1990.

Con la información contenida en los Censos de la COMAR, estábamos ya posibilitados para estimar las TFGral. Sin embargo, consideramos pertinente evaluar la calidad de la información mediante el Índice de Naciones Unidas (INU).²⁶ La evaluación del Censo de la COMAR correspondiente al año 1990, estimó una calidad de la información “intermedia” casi en el límite de la deficiencia, según los rangos del INU. Las relaciones de masculinidad arrojaron un “faltante” de hombres a partir del grupo de edad 15-19 y hasta el 30-34, lo que puede estar indicando movimientos migratorios laborales de los hombres en esas edades.²⁷ Las relaciones entre los grupos de edad, sin embargo, mostraron el comportamiento teóricamente esperado, de manera tal que podemos decir que se cumple la hipótesis del INU de relación casi lineal entre ellos. El Censo de la COMAR de 1995 fue evaluado de la misma manera, resultando de una calidad superior al Censo de

²⁶ El INU se basa en *“las relaciones de masculinidad por edad y en las relaciones entre los grupos de edad”* suponiendo linealidad casi perfecta en los efectivos de los grupos anterior y posterior al grupo de edad considerado (Wunsch, 1992: 195). Cabe aclarar que las relaciones de masculinidad son más susceptibles que las relaciones entre los grupos de edad *“a las irregularidades del movimiento”* tales como la migración (Wunsch, 1992: 195). No se evaluó la información con los índices de Whipple y Myers porque no contamos con la distribución de la población por clases anuales de edad, es decir, dígito por dígito.

²⁷ Como vamos a considerar sólo los datos referentes a mujeres, la faltante de hombres no estaría perjudicando nuestras estimaciones.

1990. Según los rangos del INU la calidad de este último Censo fue “intermedia” casi en el límite satisfactorio.

En cuanto a la mala declaración de edad, tenemos a nuestro favor que uno de los datos que necesitamos para estimar la TFGral es el número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), el que supone un alto nivel de agregación. En un grupo tan agregado la preferencia de dígitos no es un problema. Por otra parte, al tomar a la población de cero años como aproximación a los nacimientos ocurridos en un año tenemos la situación contraria: un alto nivel de desagregación. Suponemos, sin embargo, que la población refugiada no tuvo demasiadas posibilidades de declarar mal sus nacimientos principalmente porque tanto la COMAR como el ACNUR y diferentes ONG estuvieron constantemente controlando este tipo de datos a partir de los cuales se otorgaban alimentos, entre otros beneficios. A partir de estas evaluaciones y de las consultas realizadas a profesionales, decidimos que la información que teníamos podía brindarnos una buena estimación de la fecundidad de las refugiadas.

VII.2 Información referente a las mujeres guatemaltecas no refugiadas

En cuanto al grupo de mujeres no refugiadas, necesitábamos como mínimo las estimaciones de la TFGral para dos puntos en el tiempo de manera que nos fuera posible observar la tendencia seguida: a) el primero debía ubicarse en los años 1980 o 1981, y nos serviría como punto de partida de los niveles de fecundidad de ambos grupos de mujeres, bajo la hipótesis de que en esos años el grueso de las refugiadas todavía no había salido de Guatemala; b) el segundo punto fue seleccionado según la disponibilidad de información, para lo que escogimos la estimación de la TFGral contenida en los tabulados de la ENSMI95, para los tres años anteriores a 1995.

En primer lugar, obtuvimos los tabulados del Censo de Guatemala de 1981 de donde extrajimos los datos correspondientes a la estructura por edad y sexo de la población rural de Guatemala. Vamos a tomar la información referente a la población rural del conjunto del país como una aproximación a la de la región noroccidental ya que en dichos tabulados no se incluyeron las estructuras por región.

En segundo lugar procedimos a evaluar la información del Censo de Guatemala de 1981 de la misma manera que lo hicimos con los datos correspondientes a la población

refugiada. Mediante el INU estimamos que la calidad de la información de este Censo era “intermedia” y que las relaciones de masculinidad también arrojaban un “faltante” de hombres en las edades de actividad laboral. Sin embargo, las relaciones lineales entre los grupos de edad fueron satisfactorias. Por otro lado, DGE-CELADE, comprobó que este Censo tiene algunas deficiencias y estimó que la omisión total fue del 13.8%. “*siendo menor en la población femenina (12,4 por ciento)*” (DGE-CELADE, 1984:9). Frente a esta situación, Arias De Blois (1983) procedió a estimar las TEF correspondientes al año 1981 aplicando el método de Brass basado en la relación P/F. De acuerdo con este método, el autor aceptó las tasas de fecundidad estimadas directamente mediante el Censo (para describir la estructura de la fecundidad, pero no el nivel) y les aplicó un factor a fin de corregir posibles deficiencias en los datos. Por lo tanto, a fin de estimar la TF_{Gral}, tomaremos las estimaciones de las TEF para la región occidental de Guatemala realizadas por Arias De Blois mediante el método de Brass (considerando que así se subsana la subestimación contenida en los datos del Censo de 1981) y las relacionaremos con la estructura por edad de las mujeres en edad reproductiva derivada del Censo de 1981. Conviene aclarar que la estructura de edades de las mujeres que tomaremos del Censo de 1981 fue “suavizada” mediante la Fórmula de Graduación de 1/16.

Finalmente, basta mencionar que para el año 1995 se tomó la TF_{Gral} correspondiente a la zona rural de Guatemala, contenida en los tabulados de la ENSMI95, y de la misma manera que con las otras fuentes de información, procedimos a evaluar su calidad. El INU estimó una calidad “intermedia” de la información y al igual que en los casos anteriores, consideramos que se debió a la falta de hombres en edades activas registradas en las relaciones de masculinidad a causa de la migración, ya sea rural-urbana dentro de Guatemala o hacia otros países. Según las consideraciones hechas por quienes elaboraron la ENSMI95, tanto los errores muestrales como los no muestrales fueron reducidos al mínimo a través de diversos procedimientos, por lo que “*el examen de los cuadros revela que, en general, los errores estándar son pequeños*” (ENSMI95, 1996: 166).

VII.3. Estimaciones de las Tasas de Fecundidad General

En el cuadro 3 y en el gráfico 6 se muestran las estimaciones resultantes de las TFGral para ambos grupos de mujeres en distintos momentos.

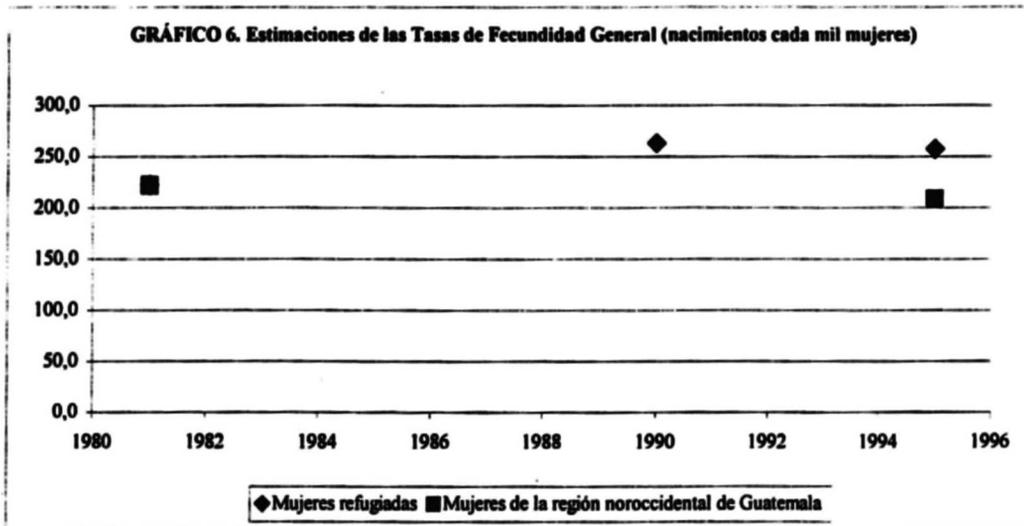
CUADRO 3. Tasas de Fecundidad General (nacimientos cada 1000 mujeres)		
	Mujeres guatemaltecas refugiadas en Chiapas	Mujeres de la región noroccidental de Guatemala
1981	222,5 ^a	222,5 ^a
1990	263,3 ^b	
1995	257,0 ^c	209,0 ^d

a FUENTE: Elaboración propia con base en Arias de Blois (1983) y el Censo de Guatemala de 1981

b FUENTE: Elaboración propia con base en el Censo de la COMAR de 1990

c FUENTE: Elaboración propia con base en el Censo de la COMAR de 1995

d FUENTE: ENSMI95



FUENTE: Cuadro 3

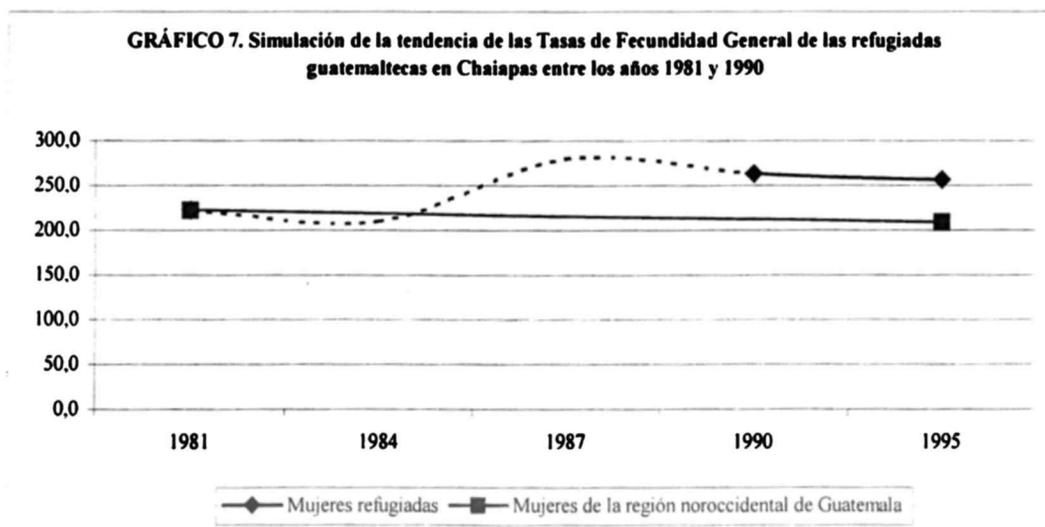
Como se supuso, ambos grupos de mujeres presentaron niveles de fecundidad altos, y en el caso de Guatemala hay que recordar que, en América Latina, es uno de los países con más altos niveles de fecundidad. Sin embargo, según nuestras estimaciones se observó una leve disminución de los niveles de fecundidad en la zona rural de Guatemala, lo que

concuera con las tendencias presentadas en la bibliografía consultada. Entre las refugiadas, la fecundidad presentó niveles más altos en 1990 que los registrados en 1981 (fecha en la que suponemos que todavía se encontraban en Guatemala), descendiendo levemente hacia 1995. Sabemos que la calidad de las fuentes de información que utilizamos no es altamente satisfactoria (aunque tampoco es deficiente) por lo que seguramente los niveles de la fecundidad estimados contengan errores. No obstante, consideramos que por más que las estimaciones contengan errores, un incremento del 18,3% de la fecundidad de las refugiadas entre 1981 y 1990 no pudo deberse solamente a mala calidad de la información o a errores de estimación.

Cabe mencionar a nuestro favor, que la estimación realizada para 1981 para Guatemala por Arias De Blois (1983) mediante el método de Brass, resultó en una TGF de 6.3 hijos por mujer, mientras que la estimación realizada por la ENSMI95 para el período 1981-1985 fue de 6,1 hijos por mujer. A partir de esta correspondencia entre diferentes fuentes de datos podemos decir que la estructura estimada por Arias de Blois no estaba subestimando la fecundidad de Guatemala para 1981. Si a esto agregamos que para calcular la TFGral que resultó en 222,5 nacimientos cada mil mujeres, no tomamos la estructura de fecundidad del conjunto del país, sino la correspondiente a la región que Arias De Blois denominó "occidental" (porque incluye entre otros a los Departamentos de Huehuetenango y Quiché), y que dicha TFGral correspondió a una TGF de 7,1 hijos por mujer para esa región, tampoco nuestros cálculos estarían subestimando la fecundidad de las no refugiadas. Es coherente entonces, que en 1981 el conjunto de Guatemala presentara una TGF de 6.3 hijos por mujer y la región occidental de 7.1 hijos por mujer, ya que según la bibliografía consultada esa región históricamente ha presentado niveles de fecundidad superiores al total del país.

Por otra parte, se nos podría objetar que la información disponible sobrestimó la fecundidad de las refugiadas en 1990. Lamentablemente no tenemos criterio para avalar o refutar dicha apreciación, sólo podemos mencionar nuevamente que un aumento del 18,3% es demasiado alto como para deberse solamente a problemas en la calidad de la información. Por otra parte si esto fuera cierto, también estaría sobrestimada la fecundidad de 1995, ya que en ese año la TFGral resultó más alta que la de 1981.

Considerando que las estimaciones contienen un mínimo de certeza, simularemos la tendencia que la fecundidad de las refugiadas pudo haber seguido entre 1981 y 1990. Según los supuestos mencionados en el apartado sobre la relación fecundidad-migración forzada, podemos simular que luego de cruzar la frontera (alrededor del 1983/84) los niveles de fecundidad se contrajeron debido al carácter traumático del proceso, para posteriormente (entre 1986/87) incrementarse una vez que el flujo de refugiados sintió seguridad por sus vidas, a la vez que la necesidad de reemplazar las pérdidas, según la hipótesis de Linda Gordon (1989). Por otro lado, un número mayor de hijos podría significar mayor cantidad de alimentos recibidos, al mismo tiempo que el tener hijos mexicanos podía servir de “garantía” para permanecer en el país receptor. De acuerdo con estos supuestos se presenta finalmente, la simulación de la tendencia de la fecundidad de las refugiadas en el gráfico 7.²⁸



FUENTE: Cuadro 3

VIII. CARACTERÍSTICAS Y TIPO DE ATENCIÓN DE EMBARAZOS Y PARTOS

La ENSMI95 presenta en sus tabulados la edad mediana al primer nacimiento, mientras que la ENCREF93, presenta las edades al primer embarazo (de donde se puede calcular la

²⁸ Es necesario aclarar que sólo nos interesó simular la tendencia de la fecundidad, sin pretender lo mismo con respecto a los niveles.

mediana). Sin embargo, podríamos suponer que son nueve meses los que distancian a un embarazo (donde no ocurre un aborto) de un nacimiento no prematuro. Por lo que si a la edad mediana al primer embarazo de las refugiadas le sumamos nueve meses, estaríamos estimando la edad mediana al primer nacimiento.

Por otra parte, los tabulados de la ENSMI95 sólo tienen en cuenta a las mujeres de 20-49 años en el cálculo de la mediana de edad al primer nacimiento, porque argumentan que menos del 50% (en toda Guatemala) de las menores de 20 años habían sido madres al momento de la encuesta. No podemos saber si esto también sucedía en la región noroccidental particularmente, pero lo cierto es que sólo tenemos para esta región información sobre el grupo de edad 20-49. La mediana de edad al primer nacimiento en las refugiadas que tenían al momento de la encuesta entre 20 y 49 años fue estimada en 18,4 años, mientras que en las mujeres de la región noroccidental fue de 19,1 años según la ENSMI95.²⁹ Como se observa, la edad mediana al primer nacimiento resultó 8,4 meses menor en las refugiadas que en el otro grupo de mujeres. Consideramos que tal diferencia es relevante porque en ese lapso se puede incrementar la paridad en casi un hijo.

Por otro lado, si tenemos en cuenta los últimos cinco embarazos de las madres refugiadas entrevistadas (que según lo registrado en la ENCREF93 sumaron un total de 2532), encontramos que en el 96% de los casos el resultado fue satisfactorio (vivo), mientras que el 1,3% finalizó en mortinato y el 2,7% en aborto.

El número de partos registrados por la ENCREF93 en los cinco años anteriores a su aplicación en los campamentos de refugiados fue 1510. De éstos, el 92,8% fue considerado “normal” y el 7,2% “complicado”, dentro de los cuales se incluyeron las cesáreas representando el 18% de los partos complicados. Lamentablemente no se tienen datos sobre la región noroccidental de Guatemala, pero queremos mencionar que si tomamos al conjunto del país, encontramos diferencias substanciales con las refugiadas: el 46,1% de los partos fueron declarados normales (sobre un total de 9150 nacimientos registrados en Guatemala en los cinco años precedentes a la ENSMI95), mientras que las cesáreas representaron el 8,2% del total de partos complicados. Dadas tales diferencias en

²⁹ Si tomamos también a las mujeres de 15-19 años junto con las de 20-49, la edad mediana al primer nacimiento en las refugiadas descendería a 17,3 años. Claro está que este descenso se debe a que estamos incorporando a las más jóvenes, pero como se trata de un grupo de mujeres que comenzó su maternidad muy tempranamente consideramos que se ajusta mejor a esa característica la mediana de 17,3 años que la de 18,4.

los porcentajes de “normalidad”. cabría preguntarse si las mujeres refugiadas estaban asumiendo como normales condiciones de partos y salud que no lo eran.

El “lugar de parto” privilegiado por ambos grupos de mujeres fue la casa, ya que el 93.6% de los partos de las refugiadas y alrededor del 90% de las no refugiadas se efectuaron en el lugar de residencia (cabe aclarar que en la región noroccidental la ENSMI95 registró un total de 1310 nacimientos en los últimos cinco años precedentes a la encuesta). Con respecto al personal presente en el parto, se nota un comportamiento similar como se verá en el cuadro 4.

CUADRO 4. Personal presente en el parto de nacimientos ocurridos en los cinco años que precedieron a las encuestas. Distribuciones porcentuales.		
	Mujeres guatemaltecas refugiadas en Chiapas	Mujeres de la región noroccidental de Guatemala
Médico	5.3	8.8
Partera	80.6	84.8
Familiar/amiga	11.8	4.9
Enfermera		1.1
Nadie	2.3	0.4
Total partos (%)	100	100
Total partos (absolutos)	1510	1310

FUENTES: Elaboración propia con base en ENCREF93 y ENSMI95

Ambos grupos de mujeres fueron atendidos en su gran mayoría por parteras, pero en el caso de las refugiadas el ser atendidas por familiares/amigas o el parir solas parecieron ser modalidades más frecuentes.

Finalmente, entre las refugiadas no se encontraron diferenciales al cruzar las variables descriptas por categorías específicas, tales como condición étnica, edad, escolaridad u ocupación de las madres. Esto tiene que ver con que el resultado del embarazo, el tipo de parto, el lugar de parto y el tipo de personal presente en el parto, tuvieron como resultados privilegiados “vivo”, “normal”, “casa” y “partera” respectivamente, por lo que no presentaron casi variaciones aún discriminándolos según los atributos específicos de las madres.

En resumen, si bien la edad mediana al primer nacimiento resultó menor en las refugiadas que en el otro grupo de mujeres, el lugar de parto y el personal que los atendió fueron los mismos en ambos casos, por lo que es claro, que no habían variado las prácticas concernientes a estos dos últimos aspectos. No obstante, a diez años de haber cruzado la

frontera y de haberse establecido en los campamentos, las mujeres refugiadas no contaban con una atención médica y sanitaria adecuada: *"en 1991, una médica como portavoz de las mujeres refugiadas se dio cuenta de que los promotores de salud, que en su mayoría eran hombres, no estaban atendiendo los problemas de salud de ellas. Y no sólo eso, sino que desalentaban su participación. Como respuesta a ello se establecieron las Casas de Salud de la Mujer"* en algunos campamentos, de las cuales sólo una subsistió (Sayavedra, 1997:6). Recién en 1993 se reconceptualizó el programa Materno-Infantil tratando de incorporar una perspectiva de género. Quizás por esto es que al momento de levantar la ENCREF93 las refugiadas seguían manteniendo prácticas similares a las de las mujeres no refugiadas, pero tal afirmación no deja de ser un supuesto porque carecemos de información para avalarla.

IX. SALUD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS

IX.1. Nutrición

Para evaluar el estado nutricional mediante la utilización de medidas antropométricas se utilizan medidas con respecto a la edad o con respecto a la talla. Los índices más útiles son los que relacionan el peso y/o la talla con la edad (peso y/o talla esperados para la edad) y los que relacionan el peso con la talla (peso esperado para la talla). También existen otros índices tales como el perímetro cefálico o la circunferencia del brazo para la edad, a la vez que el grosor de los pliegues cutáneos podría permitir estimar la composición corporal de los niños (Ulloa, 1987).

Sin embargo, no existe una medida o indicador antropométrico que permita evaluar exactamente el estado nutricional actual y pasado del niño. Tal evaluación contendrá mayor sensibilidad y menor margen de error cuando se conozca el peso y la talla según la edad, a la vez que el peso para la talla de los menores. De hecho, la OMS recomienda el uso de este tipo de índices antropométricos (Sommerfelt y Stewart, 1994). Tanto la ENCREF93 como la ENSMI95 tomaron en cuenta estos mismos indicadores:

Peso para la talla: este indicador permite hacer un diagnóstico de desnutrición o sobrepeso y es relativamente independiente de la edad del niño. Sin embargo, trae consigo algunas dificultades sobre todo al medir la longitud del niño en el primer año de vida. Según la ENSMI95 este es un indicador de desnutrición aguda.

Talla para la edad: permite evaluar si hay un retraso en el crecimiento, el que generalmente se asocia con deficiencias nutricionales por períodos largos o repetidos, o durante períodos críticos del crecimiento. Como los cambios en la talla no son tan rápidos como los ocurridos con el peso, la deficiencia de talla para la edad usualmente es interpretada como desnutrición crónica. Al igual que el índice anterior, su principal desventaja es la dificultad para medir la talla del niño.

Peso para la edad: según la ENSMI95 este índice da una visión general del problema alimentario-nutricional del niño porque engloba a la crónica y a la aguda en lo que podría llamarse un indicador de la desnutrición global. Aunque tiene la ventaja de no requerir la talla del niño, tiene las dificultades de no distinguir entre un niño desnutrido con talla adecuada o alta y un niño bien nutrido u obeso pero con talla baja. Sin embargo, es uno de los indicadores más usados, principalmente en los dos primeros años de vida.

En definitiva, a pesar de todas las limitaciones que puedan tener estos tres indicadores, según la literatura consultada parecen ser los más sensibles y los que permitirían estimar más adecuadamente el estado nutricional de los niños. En las dos encuestas se calculó la mediana de cada indicador y los estados de desnutrición se expresaron en términos de desviaciones estándares (DE): desnutrición severa a partir de 3 DE bajo la mediana, y desnutrición moderada entre 2 y 3 DE bajo la mediana.

CUADRO 5. Estado nutricional de los menores de 5 años. Distribuciones porcentuales.		
	Menores en campamentos de refugiados	Menores de la región noroccidental de Guatemala
Talla para la edad		
-2 DE (moderada)	32,0	28,5
-3 DE (severa)	23,6	41,4
Total desnutrición crónica	55,6	69,9
Peso para la talla		
-2 DE (moderada)	1,2	1,9
-3 DE (severa)	1,1	0,3
Total desnutrición aguda	2,3	2,2
Peso para la edad		
-2 DE (moderada)	14,5	27,3
-3 DE (severa)	3,0	7,6
Total desnutrición global	17,5	34,9
Total (absolutos)	1441	1100

FUENTES: ENCREF93 y elaboración propia con base en ENSMI95

En el cuadro 5 se puede observar que el estado nutricional de ambos grupos de menores presentaba bastantes problemas ya que las estimaciones presentadas son realmente alarmantes. Según el primer indicador (talla para la edad) más de la mitad de los niños nacidos en campamentos de refugiados y casi un 70% de los de la región noroccidental de Guatemala, presentaban retrasos en el crecimiento. El segundo indicador (peso para la talla) no muestra niveles tan altos, pero alrededor de un 2,25% de los niños de ambos grupos estaban sufriendo un adelgazamiento exagerado para su talla. Finalmente, en el tercer indicador (peso para la edad) encontramos que el doble de niños no refugiados con respecto al otro grupo, se encontraban por debajo del peso esperado para su edad.

La ENCREF93, a diferencia de la ENSMI95, consideró una tercera categoría de desnutrición a la que llamó “leve”, expresándola en 1 DE por debajo de la mediana. Según esta, padecerían desnutrición leve un 22,8% según talla para edad, un 4,7% según peso para la talla y un 36,5% según peso para la edad. Esto hace que los niveles de “nutrición normal” en la población refugiada sea de 21,6% según el primer indicador, de 93% según el segundo y de 46% según el tercero.

Aunque las estimaciones de desnutrición son preocupantes en general, los menores nacidos en los campamentos de refugiados presentaron, en comparación, menores

problemas de desnutrición que el restante grupo. Según la ENSMI95 la noroccidental es la que presentó mayor desnutrición con respecto a las restantes regiones del país.

Finalmente queremos presentar los niveles de nutrición/desnutrición según edad de los menores nacidos en el refugio en el cuadro 6. Lamentablemente no se tienen datos semejantes para la región noroccidental de Guatemala.

CUADRO 6. Estado nutricional de los menores de 5 años ubicados en campamentos de refugiados en Chiapas según grupos de edad (1993). Distribuciones porcentuales.					
Indicador / Meses de edad	Nutrición Normal	Desnutrición			Total (absolutos)
		Leve -1 DE	Moderada -2 DE	Severa -3 DE	
Talla/edad					
0 a 5	60.8	20.8	10.4	8.0	125
6 a 11	30.4	35.4	24.7	9.5	158
12 a 23	18.5	23.0	33.1	25.4	287
24 a 35	19.5	21.3	38.6	20.6	277
36 a 47	11.0	20.7	37.1	31.2	237
48 a 59	12.9	19.4	33.8	33.8	263
Total	21.6	22.8	32.0	23.6	1347
Peso/talla					
0 a 5	99.2	0.8	0.0	0.0	132
6 a 11	95.6	3.8	0.0	0.6	160
12 a 23	90.7	7.6	0.7	1.0	289
24 a 35	91.3	7.2	1.4	0.0	277
36 a 47	95.4	3.3	1.2	0.0	241
48 a 59	90.6	2.6	2.6	4.1	266
Total	93.0	4.7	1.2	1.1	1365
Peso/edad					
0 a 5	93.5	3.2	1.6	1.6	124
6 a 11	65.2	25.6	7.3	1.8	164
12 a 23	37.6	40.3	19.7	2.4	295
24 a 35	38.2	38.9	18.6	4.3	280
36 a 47	38.0	43.7	14.7	3.7	245
48 a 59	37.0	44.9	14.9	3.3	276
Total	46	36.5	14.5	3.0	1384

FUENTE: ENCREF93

En términos generales se observa que en los niños menores de un año, y particularmente en los menores de 5 meses, los niveles de "normalidad" en la nutrición fueron más altos que en los restantes grupos de edad. Esto podría indicar alguna mejoría en el estado de nutrición de los menores a medida que más tiempo transcurría desde el momento del exilio, con base en la práctica tradicional de la lactancia y en la ayuda, tanto

mexicana como internacional, que iba siendo plasmada en una efectiva mejora de la alimentación tanto de madres como de hijos.

IX.2. Morbilidad y Diferenciales de Mortalidad

La ENCREF93 recabó información sobre 1441 menores de 5 años acerca de si habían tenido diarrea, fiebre o tos en los 15 días anteriores a la encuesta. Así se registró un 87,4% de menores que no habían padecido alguna de las tres enfermedades, un 6.1% con diarrea, un 3,4% con tos y un 3.1% con fiebre.

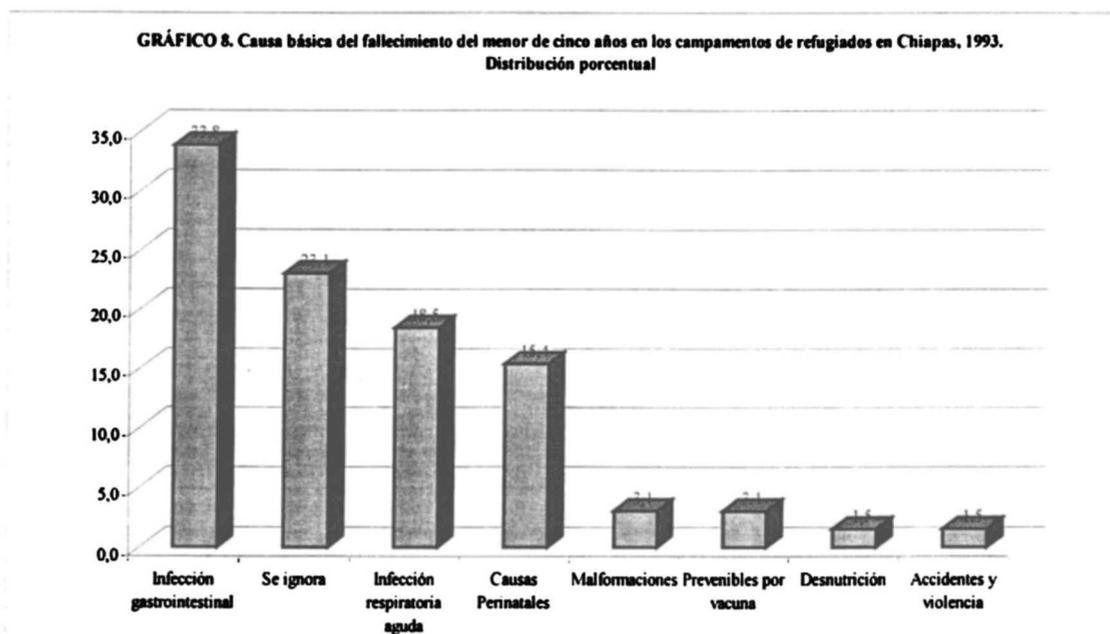
También se encontró que cuando el menor era hijo de una madre mestiza (las que en general habían aprobado más años de escolaridad que las indígenas y que hablaban español en un 100%) o era hijo de una madre indígena joven y, por lo tanto, tenía también mayor escolaridad (entre 4 y 7 años aprobados), los porcentajes de niños con alguno de los tres problemas de salud mencionados aumentaban en alrededor del 50%. Si bien estos datos son muy limitados para cualquier conclusión definitiva, alguna literatura consultada plantea que, desde el punto de vista de la población, distintos factores culturales y socioeconómicos influyen sobre la percepción que los individuos tienen de su salud: *“si mejoran los niveles de vida y de salud, aumenta paralelamente la morbilidad percibida debido a cambios en el umbral de la percepción de las condiciones de salud”* (Schlaepfer-Pedrazzini, 1990:145). Por el contrario, puede suponerse que en las poblaciones con bajos niveles de desarrollo socioeconómico, los problemas de salud son asociados con la marginalidad en que viven, desconociéndose en gran medida el carácter crítico de los mismos. El cuerpo se acostumbra al dolor o a ciertas “enfermedades” que con el tiempo van formando parte de lo cotidiano y esta cotidianidad deviene en algo con lo que hay que convivir (Scrimshaw y Young, 1989). En otras palabras, las necesidades básicas insatisfechas obstaculizan y, en ocasiones impiden la percepción de los problemas de salud. A su vez, al aumentar los años de escolaridad aprobados puede también aumentar la percepción de los problemas de salud, dado que se tiene mayor información.

Por otro lado, la ENCREF93 registró 65 muertos menores de 5 años de edad en los cinco años anteriores a su aplicación, donde el 50% de éstos (mediana) había fallecido antes de los 5 meses de edad.

CUADRO 7. Meses de edad de los menores fallecidos en los campamentos de refugiados en los cinco años anteriores a la encuesta. Distribuciones porcentuales.			
	Frecuencia	%	% acumulado
Menos de 1 mes	17	26,2	26,2
Un mes	9	13,8	40,0
2 a 6 meses	10	15,4	55,4
7 a 12 meses	9	13,8	69,2
13 a 24 meses	11	16,9	86,2
25 meses y más	9	13,8	100,0
Total	65	100,0	

FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

Las causas básicas de los fallecimientos de estos menores, así como los casos donde se desconocen las mismas, se muestran en el gráfico 8 según orden de importancia.

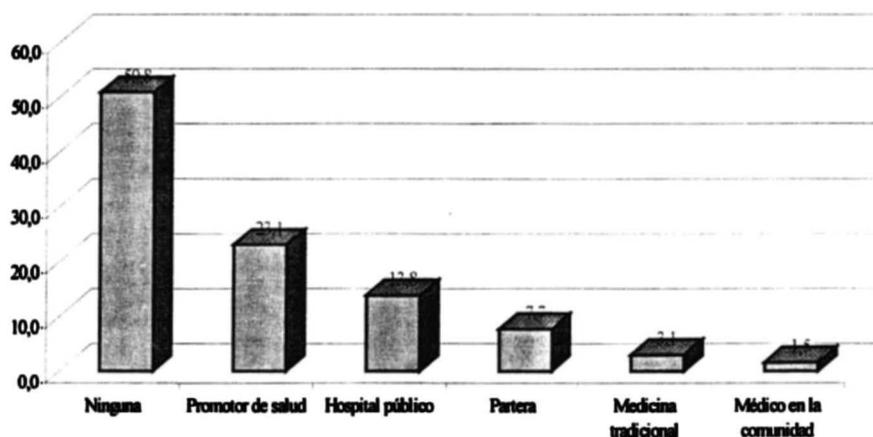


FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

Una tercera parte de las defunciones se debieron a infecciones gastrointestinales, debido seguramente al consumo de agua contaminada o de alimentos y/o utensilios mal higienizados, etc.. Sin embargo, el porcentaje de defunciones de las que se ignoró su causa básica es también muy importante. En cuanto a las causas asociadas a los fallecimientos, encontramos que en el 63% de los casos también se ignoraba, por lo que podemos suponer un desconocimiento del proceso salud-enfermedad en la población en estudio.

Por otro lado, en el gráfico 9 donde se muestra el tipo de la atención recibida por los menores fallecidos, se ve que la mitad de los casos no recibió ningún tipo de atención y sólo el 15,3% de los fallecidos fue atendido en hospital o por médicos en la comunidad.

GRÁFICO 9. Atención recibida por los menores de cinco años fallecidos en los campamentos de refugiados en Chiapas, 1993. Distribución porcentual



FUENTE: Elaboración propia con base en ENCREF93

En definitiva, el alto desconocimiento de las causas básicas y asociadas que dieron lugar a las defunciones y la escasa atención recibida por los menores fallecidos, pueden estar asociados con un bajo acceso a una atención adecuada, así como a una distancia género/étnico-cultural entre las mujeres (o las familias) y los servicios de salud, como se expresó en el apartado VIII. Por otra parte, y siguiendo el razonamiento propuesto al comienzo de este subapartado, también podríamos suponer que como la enfermedad no se percibió como grave, la familia no creyó necesario hacer atender a su hijo, lo que llevó a que un gran número de niños no haya sido atendido antes del fallecimiento y que por lo tanto se desconocieran las causas de su muerte.

CONSIDERACIONES FINALES

El interés del documento radicó en caracterizar algunos aspectos de la salud reproductiva de un grupo en condición de vulnerabilidad, para lo cual se tomó como población objeto de estudio a las guatemaltecas refugiadas en el Estado de Chiapas y a sus hijos. A pesar de las limitaciones que teníamos en materia de información consideramos que se logró una buena síntesis de la situación de la salud reproductiva de este grupo para el año 1993. También se pudieron situar algunos de los hallazgos en el contexto de otra población con características similares a las de las refugiadas, de manera tal que se lograron observar algunas diferencias o similitudes entre estos dos grupos de mujeres y niños.

La caracterización sociodemográfica y cultural del grupo de refugiadas mostró que estas mujeres se encontraban, al momento del estudio, en condiciones precarias, ya que además de ser desarraigadas, la mayoría pertenecía a grupos indígenas subordinados, presentaban altos niveles de analfabetismo y muy baja inserción en el mercado de trabajo. Se observó también que el comienzo de la maternidad se daba a edades muy tempranas y que un elevado porcentaje de las entrevistadas se encontraba embarazada o lactando al momento de la entrevista. Si recordamos lo apuntado en el apartado I, podemos situar a este grupo social en un contexto de marginalidad.

Los niveles de prevalencia anticonceptiva resultaron muy bajos, tanto entre las refugiadas como entre las guatemaltecas de la región noroccidental, aunque en los últimos años anteriores a la encuesta se notó que los porcentajes de refugiadas usuarias habían aumentado. Se observaron algunos diferenciales según tipo de método usado entre los dos grupos de mujeres, particularmente porque las refugiadas declararon usar con más frecuencia pastillas y DIU (Dispositivo Intra-Uterino). En cuanto a los niveles de intención de uso futuro se encontró que dos terceras partes de las refugiadas y de las mujeres guatemaltecas del conjunto del país, no deseaban regular su procreación. De acuerdo a lo anterior podríamos inferir una escasa administración de la fecundidad, en un grupo con dificultades culturales y carencias materiales para acceder a ella. Sin embargo, por qué no pensar también que en algunos casos puede suceder lo contrario, es decir, por qué no asociar los bajos niveles de prevalencia con una efectiva administración de la fecundidad, en el sentido de no limitarla porque se desea una prole numerosa. Por lo tanto, no

consideramos pertinente hacer ningún tipo de generalización en cuanto a la administración de la fecundidad de las refugiadas. sobre todo en una población que pudo estar deseosa de recuperar las vidas perdidas en el conflicto.

Los niveles de fecundidad estimados resultaron altos. como habíamos previsto. Tanto las mujeres no refugiadas como las que sí lo estaban presentaron Tasas de Fecundidad General altas en distintos momentos. En este punto realizamos un ejercicio interesante. que consistió en “simular” la tendencia de la fecundidad para los años que no teníamos información. Esta simulación respondió a los supuestos introducidos oportunamente, más no tiene datos que la fundamenten, por lo que constituye uno de los puntos pendientes de este trabajo.

En cuanto a los embarazos y partos, encontramos que los dos grupos de mujeres fueron atendidas principalmente por parteras en el lugar de residencia de la parturienta. Estos hallazgos ponen de manifiesto un muy bajo alcance de los servicios institucionales de salud en este tipo de poblaciones. Por otro lado se observó que el 50% de las madres refugiadas habían tenido su primer nacimiento antes de los 18,4 años, mientras que las otras mujeres lo tuvieron 8,4 meses más tarde. Esto reafirma la idea de que el comienzo de la maternidad y el comienzo del período reproductivo (que se sitúa en los grupos rurales indígenas alrededor de los 15 años), se estaban dando con muy poca diferencia de tiempo.

Los niveles nutricionales de los menores de 5 años presentaron niveles alarmantes, en los dos grupos de niños. Casi el 70% de los menores de la región noroccidental de Guatemala presentaba algún problema de desnutrición, mientras que el 55.6% de los que vivían en campamentos de refugiados en Chiapas, presentaban la misma problemática. Es decir, que casi un 15% menos de desnutrición fue registrada en el refugio. Como se expresó, esto pudo deberse a mayores cuidados y mejor alimentación. bajo la supervisión de las organizaciones ocupadas en la salud de los refugiados. pero no tenemos mayores elementos para respaldar tal juicio.

Resultaron también preocupantes los altos niveles de desconocimiento de las causas básicas de las muertes de los menores de cinco años. así como la nula atención médica recibida por gran parte de los fallecidos antes de que ocurra el evento. Estos hallazgos están ampliamente vinculados, con el carácter vulnerable de estas poblaciones. y ponen de

manifiesto el bajo acceso a una atención adecuada, así como una distancia étnico-cultural entre las mujeres y sus familias con respecto a las prestaciones de los servicios de salud.

En síntesis, aunque en los distintos apartados siempre se intentó vincular los hallazgos con las características socioeconómicas y culturales del grupo en cuestión, a partir del resumen presentado aquí podemos afirmar que los aspectos del enfoque de salud reproductiva abordados se manifestaron como indicadores “sensibles” de las condiciones de vulnerabilidad en que viven las refugiadas y sus hijos. Por otra parte, a diez años de haber cruzado la frontera, las refugiadas presentaban características muy similares en salud reproductiva a las de la región noroccidental de Guatemala, según el análisis paralelo que se realizó. Es decir, a pesar del carácter de refugiadas las mujeres se seguían situando en un contexto sumamente parecido al abandonado una década antes. Cabría preguntarse si habríamos obtenido estos mismos resultados si los programas de planificación familiar y los servicios de salud hubieran tenido una presencia efectiva desde la llegada de los refugiados.

Se reconoce que este trabajo adolece de la falta de fuentes de información cuantitativa más idóneas y de todo tipo de información de carácter cualitativo, lo que nos hubiera permitido complementar los aportes de ambas perspectivas metodológicas y trascender el análisis meramente descriptivo. Claro está que el enfoque de salud reproductiva presenta muchas potencialidades de trabajo que no fueron explotadas en el presente, pero que serán tenidas en cuenta para posteriores estudios. Uno de los temas que deberían alentarse es el estudio de la salud reproductiva desde una perspectiva de género, ya que la mayoría de los trabajos tienen como objeto de estudio sólo a las mujeres. Una de las principales limitaciones que enfrenta este tipo de trabajos, que en la actualidad están logrando más repercusión, es la escasez de información sobre la conducta reproductiva del sexo masculino. Para esto sería fundamental generar más información tanto de índole cualitativa como cuantitativa, resaltando la forma en que los hombres viven su sexualidad, su paternidad, el grado de conocimiento y ejercicio de sus derechos reproductivos y de los de su pareja, y sobre sus vivencias y percepciones de su salud reproductiva en general.

Por otro lado, la población seleccionada para este trabajo, los refugiados, también presenta grandes potencialidades de trabajo más allá del ámbito de la salud reproductiva. El mundo actual nos muestra constantemente que no se puede hablar de migración

internacional sin hacer referencia a las poblaciones que forzosamente, deben abandonar sus lugares de origen. En términos demográficos, la tendencia de la fecundidad en las poblaciones de refugiados plantea todavía muchos interrogantes, al igual que las repercusiones que el movimiento forzado pueda traer a largo plazo sobre la salud reproductiva. En términos poblacionales, los procesos de integración (de los refugiados en la sociedad receptora) o de retorno a los países de origen, y los efectos de tales procesos, no han sido tratados de manera exhaustiva, así como las consecuencias económicas (tanto positivas como negativas), sociales y ecológicas que para países receptores o expulsores puede representar la llegada o salida de poblaciones refugiadas. Cabría indagar también, si los desplazados internos de un país pueden considerarse y ser tratados como refugiados, dando cuenta de las diferencias y/o similitudes entre ambos procesos de desarraigo.

Dar cuenta de los distintos procesos sociales que influyen en los procesos de salud y bienestar de las personas, es uno de los privilegios de la perspectiva de salud reproductiva. Para lograr tal bienestar debemos promover el empoderamiento de los más relegados, alentando todas las acciones que procuren acabar con su situación de vulnerabilidad. En este sentido, todos los trabajos y/o discusiones que tengan como propósito lograr un conocimiento lo más preciso posible sobre las problemáticas que atañen a los menos privilegiados, servirán como respaldo de las acciones a seguir.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo, Sergio, et. al., *Los Refugiados Guatemaltecos en Campeche y Quintana Roo. Condiciones sociales y culturales*, UNRISD, El Colegio de México, México. 1987.
- ACNUR. *La situación de los refugiados en el mundo. En busca de soluciones*, Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- Arias de Blois, Jorge. *La Fecundidad en Guatemala, 1950 – 1981*, Dirección de Planificación Global de la República de Guatemala, Guatemala. 1983.
- Avila Curiel, Abelardo (INNSZ), *Informe Final de la ENCREF93* (mimeo), México DF, 1994.
- Billings, Deborah, "Identities, consciousness and organizing in exile: guatemalan refugee women in the camps of southern México", *UMI Dissertation Services*, Michigan 1995.
- Bottinelli, M.C., Maldonado, I., Troya, E., Herrra, P. y Rodríguez, C., *Psychological Impacts of exile. Salvadoran and guatemalan families in México*, Universidad de Georgetown, 1990.
- Boongarts, John, "Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad", *Ensayos sobre Población y Desarrollo*, N° 3, Corporación Centro Regional de Población/The Population Council, 1982.
- Brachet, Viviane, "La investigación en Salud Reproductiva en México: elementos para formular diagnóstico y conformar un programa nacional de investigación", *Revista Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción N° 1*, El Colegio de México, México, 1995.
- Brambilla Paz, Carlos, *Migración y formación familiar en México*, El Colegio de México, México, 1985.
- Bronfman, Mario, *Mortalidad infantil y crisis en México*, Estudios Sociológicos, Vol. VIII, N° 23, El Colegio de México, México, 1990.
- Casillas, Rodolfo, Castillo, M.A. y Muñoz Laura, "Crítica a los Mitos acerca de la Migraciones Centroamericanas a la Frontera Sur de México", *Revista Estudios Fronterizos*, N° 17, Universidad Autónoma de Baja California, México, 1988.
- Castillo, Manuel Angel y Hathaway, James, "Temporary Protection" en Hathaway James (editor), *Reconceiving International Refugee Law*, Martinus Nijhoff Publishers, Holanda, 1997.
- Castillo, Manuel Angel. "La Frontera Sur de México", *Revista Demos*, Vol. 2, México, 1989.
- Castillo, Manuel Angel. "Chiapas, escenario de conflicto y refugio", *Revista Demos*, Vol. 7, México, 1994.
- Castillo, Manuel Angel. "Las migraciones en la frontera sur de México", *Enfoques sobre Población y Desarrollo*, Consejo Estatal de Población, Tabasco, 1994.

- Castillo, Manuel Angel. "Tendencias recientes de la migración en América Latina". *Perfiles Latinoamericanos*, Año 4, N° 6, Revista de la Sede Académica de México de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Sede México), México, 1995.
- Castles, Stephen y Miller, Mark, *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. Londres, 1996.
- CELADE. *Guatemala: diferencias socioeconómicas de la mortalidad de los menores de dos años 1968-1976*. Guatemala, 1984.
- COMAR, *Los refugiados guatemaltecos en México. Memoria de la COMAR 1982-1988*. México, 1988.
- CONAPO (comp.), *Migración Internacional en las Fronteras Norte y Sur de México*. CONAPO, México, 1992.
- Champion, Anthony G. *International Migration and Demographic Change in the Developed World in Urban Studies*, Vol. 31, Nos. 4 y 5, Nueva York, 1994.
- Davis, Kingsley y Blake, Judith, "La estructura social y fecundidad. Un sistema analítico". *Factores sociológicos de la fecundidad*, CELADE, El Colegio de México, 1967.
- Domenach, H y Picouet, M, "El Carácter de la Reversibilidad en el Estudio de la Migración". *CELADE, Notas de Población N° 49*, Santiago de Chile, 1990.
- Espinosa, Guadalupe y Welti, Carlos, "Análisis de las características generales de las entrevistas en la encuesta comparativa de fecundidad en zonas rurales de México", *La fecundidad rural en México*, Benítez y Quilodrán (comps.), El Colegio de México/UNAM, México, 1983.
- Farías Campero, Pablo y Miranda Redondo, Rafael (editores), *Experiencias del refugio centroamericano. Perspectivas de salud mental y psicosocial*, Federación Mundial de Salud Mental, ECOSUR y Centro de Investigaciones de Comitán, Chiapas, México, 1994.
- Figuroa, Juan Guillermo, "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos". *Revista Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción*, El Colegio de México, México, 1995.
- Fort, Alfredo, "Fecundidad y comportamiento reproductivo en la sierra y selva del Perú". *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 7, Nos. 2 y 3, México, 1992.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Jiménez Cruz, Victoria, *Campaña contra la muerte materna. Muerte materna en los municipios indígenas de los Altos*. San Cristóbal de las Casas. Chiapas, 1998.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Godfrey Nancy, *Refugiados guatemaltecos en México. La vida en un continuo estado de emergencia*, Instituto Chiapaneco de Cultura. México, 1993.
- Freyermuth Enciso, Graciela y Hernández Castillo, Rosalva (comps), *Una década de refugio en México. Los refugiados guatemaltecos y los derechos humanos*, CIESAS, Instituto Chiapaneco de Cultura y Academia Mexicana de Derechos Humanos, México, 1992.

- Friedland Joan y Rodriguez y Rodriguez, Jesús, *Seeking Safe Ground. The Legal Situation of Central American Refugees in México*, Universidad de San Diego, Estados Unidos, 1987.
- García, Ana y Gomáriz, Enrique, *Mujeres Centroamericanas, ante la crisis, la guerra y el proceso de paz*. Tomo 1, FLACSO, CSUCA, Universidad para la Paz, Costa Rica, 1989.
- García y Garma, Irma, "Estado del conocimiento relativo a los determinantes de los niveles de fecundidad". *La fecundidad en México*, Beatriz Figueroa Campos (comp.), El Colegio de México, México, 1989.
- Gordon, Linda, "The Missing Children: Mortality and Fertility in a Southeast Asian Refugee Population". *I.M.R.*, Vol. 23, N° 2, 1989.
- Hathaway, James (editor), *Reconceiving International Refugee Law*, Martinus Nijhoff Publishers, Holanda, 1997.
- Hernández Castillo, Rosalva y Otros, *La experiencia del Refugio en Chiapas. Nuevas Relaciones en la Frontera Sur Mexicana*. Academia Mexicana de Derechos Humanos, México, 1993.
- Halperin Frisch, D. y De León Montenegro, H., *México-Guatemala. Salud en la frontera. Guatemala-México*, Cuadernos de divulgación ECOSUR, México, 1996.
- Hernández Palacios, Luis y Sandoval, Juan M. (comps.), *El redescubrimiento de la Frontera Sur*. UAM, UAZ, México, 1989.
- Interdisciplinary Communications Program, Smithsonian Institution, *The dynamics of migration: Internal migration and migration and fertility*, N° 5, Vol. 1, Washington DC, 1976.
- Jimenez Ornelas, René, *Diferente mortalidad infantil y de la niñez según grupo social*, Tesis para obtener el grado de Maestro en Demografía, El Colegio de México, México, 1985.
- Kane, Thomas y Haupt, Arthur (Population Reference Bureau, Inc.), *Guía Rápida de Población* (segunda edición), Washington, 1991.
- Langer, Ana y Romero, Mariana, "Diagnóstico de la salud reproductiva en México". *Revista Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción* N° 3, El Colegio de México, México, 1994.
- Lichtenberg, Roberto, "Lactancia y anticoncepción post-parto", *Consideraciones biosociales de la lactancia materna*, 2ª edición, INNSZ, México, 1987.
- Melesio Nolasco, José Carlos, "Refugiados y Frontera", en *El redescubrimiento de la Frontera Sur*, Hernández Palacios y Sandoval (comps), UAM, UAZ, México, 1989.
- Massey, Douglas S., J. Arango, G. Hugo, A. Kouaouci, A. Pellegrino and J.E. Taylor, "Theories of International Migration: A Review and Appraisal". *Population and Development Review*. Vol. 19, N° 3, 1993.
- Messmacher, Miguel y otros, *Dinámica Maya. Los refugiados guatemaltecos*. Fondo de Cultura Económica, México, 1986.

- Morales Suárez, Moisés, "Embarazo, nacimiento y lactancia en Mesoamérica", *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 20, N°1, México, 1997.
- Morales Miranda, Sara, "Repatriación Voluntaria, retorno masivo o integración. Alternativas actuales de los refugiados guatemaltecos en México", *Una década de refugio en México. Los refugiados guatemaltecos y los derechos humanos*, CIESAS, Instituto Chiapaneco de Cultura y Academia Mexicana de Derechos Humanos, México, 1992.
- Naciones Unidas, *Derechos reproductivos y salud reproductiva*, Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas. División de Población, Nueva York, 1997.
- Naciones Unidas, "The Emerging Issues", *Population Distribution and Migration, Proceedings of the United Nations Expert Meeting on Population Distribution and Migration*, Estados Unidos de América, 1995.
- Naciones Unidas, *Informe conciso sobre la situación demográfica en el mundo en 1993. Con especial referencia en los refugiados*, Nueva York, 1995.
- París Pombo, María Dolores, *Las Migraciones Forzadas de Centroamérica a México en los Ochenta: Acerca de los Factores de Expulsión* (mimeo), México, 1992.
- Reyes Fraustro, Sandra, *Mortalidad Materna en México*, IMSS, México DF, 1992.
- Rubín, Jane, "Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México; cambios y perspectivas", *La fecundidad en México*, Beatriz Figueroa Campos (comp.), El Colegio de México, México, 1989.
- Salgado de Snyder, Nelly, "Migración, sexualidad y SIDA en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales", en Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (comps). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México, 1998.
- Salvadó, Luis Raúl (comp.), *Exodos en América Latina. La Migración por Violencia en Centro América. 1980-1990*, Editorial del IIDH, Costa Rica, 1992.
- Salles, Vania y Tuirán Rodolfo, "Dentro del laberinto: salud reproductiva y sociedad". *Estudios Demográficos y Urbanos N° 34-35*, El Colegio de México A.C., México, 1997.
- Saskia Voets, Schoorl J., y de Bruijn B. (editores), *The Demographic Consequences of international migration*, NIDI, La Haya, 1995.
- Sayavedra, Gloria, *Lecciones aprendidas. Salud Reproductiva para Población Refugiada*, ACNUR, México, 1997.
- Scrimshaw N. y Young V. "Adaptation to Low Protein and Energy Intakes". *Human Organization*, Vol. 48, N°1, New York, 1989.
- Schlaepfer-Pedrazzini L e Infante-Castañeda C. "La medición de la salud: perspectivas teóricas y metodológicas". *Salud Pública en México*, Vol. 32, N° 2, México, 1990.

- Slowing, Karin (coord.). *Búsqueda de consensos en salud reproductiva. Informe Final* (mimeo). Equipo técnico de la Secretaría General de Planeación del Gabinete Social del Gobierno de Guatemala, Guatemala, 1997.
- Sommerfelt, A y Stewart, M, "Children's Nutritional Status", *DHS Comparative Studies N° 12*, Calverton, Maryland:Macro International Inc, 1994.
- Stanton Russell, Sharon, "Migration Between Developing Countries in Sub-Saharan Africa and Latin America". *UNITED NATIONS. Population Distribution and Migration. Proceedings of the United Nations Expert Meeting on Population Distribution and Migration*. Estados Unidos de América, 1995.
- Stalker, Peter, "Latin America and the Caribbean", *The Work of Strangers: A Survey of International Labour Migration*. International Labour Organization (ILO). Génova, 1994.
- Szasz, Ivonne. "Sexualidad y Salud Reproductiva. Necesidades y Derechos de la población". *Revista Demos N° 8*, México, 1995.
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (comps), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México, 1996.
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (comps), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México, 1998.
- Tapinos, Georges, *Elementos de Demografía*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1990.
- Ulloa, Jacqueline, *Efecto del comportamiento reproductivo de la madre en el estado nutricional del niño* (mimeo). Guatemala. 1987. Programa Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica, 1987.
- Valenzuela Estrella, Gabriel, *Fertility and Migration: a proximate determinants analysis in the case of Baja California, México*, Tesis para optar por el grado de Doctor (mimeo). 1992.
- Tuñón Pablos, Esperanza (coordinadora), *Género y Salud en el sureste de México*, ECOSUR/Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, 1997.
- Vázquez, José Luis. "La Salud de los Refugiados Guatemaltecos en la Frontera Sur". en *Una Década de Refugio en México*, Freyermuth Enciso y Hernández Castillo (comps.). México, 1992.
- Wunsch, Guillaume, *Técnicas para el análisis de datos demográficos deficientes*. El Colegio de México. México, 1992.
- Zlotnik, Hania. "The Dimensions of International Migration. International migration levels, trends and what existing data systems reveal", *Technical Symposium on International Migration and Development*. Paper No. II, Naciones Unidas. Holanda. 1998.
- Zolberg, Aristide R. "The Next Waves: Migration Theory for a Changing World". *International Migration Review* (87), Vol. XXIII, N° 3, 1989.