

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**SOBREVIVENCIA MATERNA EN POBLACIONES
DESPLAZADAS RETORNADAS**

Estudio Descriptivo de los Condicionantes Biológicos, Ambientales, Políticos y Sociales como factores de riesgo, en relación a las distintas etapas obstétricas (Gestacional, Parto y Puerperio) en la Población de Nueva Esperanza (Chacula), Nentón, Huehuetenango, Guatemala 1995.

TESIS

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

POR

JUAN CARLOS VILLEDA MORALES

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1995

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 23 de junio de 1995
DIF-59-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER JUAN CARLOS VILLEDA MORALES
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-

llidos completos Carnet No. 8912767

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:


SOBREVIVENCIA MATERNA EN POBLACIONES DESPLAZADAS RETORNADAS

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante

x 
Asesor
Firma y sello personal


LUIS FELIPE GARCIA RUANO
Médico y Cirujano
Col. No. 1933


Revisor
Firma y Sello
Nº: 1677


Dr. Paul A. Castillo Sr.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 1459
Revisor
Firma y sello
Registro Personal 3991

05
T(3005)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: JUAN CARLOS VILLEDA MORALES

Carnet Universitario No. 89-12767

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

SOBREVIVENCIA MATERNA EN POBLACIONES DESPLAZADAS RETORNADAS

Trabajo asesorado por: DR. LUIS FELIPE GARCIA RUANO

y revisado por: DR. JOSE SANTOS GARCIA NOVAL DR. RAUL CASTILLO RODAS
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 23 de junio de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO



INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III	JUSTIFICACION	4
IV	OBJETIVOS	6
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI	MATERIAL Y METODOLOGIA	27
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	33
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	53
IX	CONCLUSIONES	58
X	RECOMENDACIONES	60
XI	RESUMEN	61
XII	BIBLIOGRAFIA	63
XIII	ANEXOS	66

ENTREVISTA CON UNA MADRE DE LA COMUNIDAD

"...Yo me llamo María _____*, yo soy de Ixtahuacán y este yo soy Mam, por decir cuando yo salí fué en el 82, fué en el mes de octubre parece, ya no muy me acuerdo, que en ese tiempo yo tenía 14 años y este, yo pues, este yo perdí a mi familia, fué dura la guerra, este, ahí en mi aldea encerraron como 50 personas y los quemaron y ese miedo que yo tenía mejor me salí, sólo yo salí, mi familia sino salió, yo me llevó meses para salir México, andando de día y de noche abajo del agua mientras que a mi familia los asesinaron...Lo que fué asesinado ahí mis tíos, más mi familia de mi papá y de mi mamá y de otras gentes y éste así pues en ese tiempo salí yo para allá buscando el Refugio junto con la gente que se salió me fui para allá y através de que se hablaba del Retorno me dió mucha alegría regresar aquí, aunque así como dicen con el dolor en mi corazón que más voy hacer perdí mi familia no tengo con quien consolarme, pero al mismo tiempo me pongo a pensar ya tengo mi familia, aquí mi marido, mi esposo pues con ese ya me conformo, estar viviendo y hacer mi vida con mi familia..... Toda la gente mas que no sólo yo, sino mucho huérfanos también quedaron solos a causa de la represión del 82 y por culpa del gobierno que fué, ahhh RIOS MONTT, por su culpa de él, perdimos nuestras cosas, nuestra casa, nuestra familia, todo, nuestras cosas las dejamos y no sé quien lo recogió. Aquí estamos sufriendo, aquí no se dá la milpa, sin embargo se está haciendo la lucha de como es que vamos a vivir aquí...

Cuando estuvimos allá (México), el gobierno de allá estuvo de acuerdo que estuviéramos. Allá estuvimos tranquilos porque no miramos guerra. Cuando regresamos empezó la guerra allá, pues allá es deferente, no es lo mismo como pasó aquí en Guatemala... aquí que le importó al ejército matar a todos o matar a la madre que estaba asé embarazada y sacar el niño y arrojarlo, no tenían lástima, muchos muchachos se los mataban, entonces pues es muy duro la guerra, entonces nosotros ya no queremos pues sufrir, nosotros queremos paz aquí en Guatemala, queremos vivir tranquilos, nuestros hijos ya no queremos que sufran más.

A mi papá lo torturaron bien...lo cortaron su cachete, lo cortaron sus manos y le hechaban sal en sus manos y así arrastrando como cuando arrastraban un animal, no tienen lástima y cuando miraban que estaba muerto y no estaba vivo lo dejaban tirado en el camino.

Este, yo lo que me gustaría pues, hubiera ayuda para la gente y no sólo aquí sino también en otras aldeas mayormente porque somos indígenas y nos desprecian pues, dicen que no valemos nada porque hablamos nuestro dialecto, todo pue, lo que yo quisiera aquí en la comunidad, alimentación, vivienda para nosotros, nosotros queremos ayuda pero queremos oír directamente que el gobierno lo está dando, no aquí pues, son las instituciones las que están ayudando.

Yo lo que espero pues es que sea firme la paz, que no sea sólo para unos dos-tres días, sino para toda la vida, ojalá que sea paz, pero paz que dura que no sea paz en palabras sino en hechos también y que no estén como están, todavía secuestrando y dicen que no son ellos, los ejércitos, sino, son ellos pero no quieren decir que sean ellos.

Este no me acuerdo en que mes, así vinieron aquí los ejércitos y nosotros pues entre toda la comunidad, salimos a decir que no queremos presencia ni de ellos ni de nadie aquí en ésta comunidad...sino el ejército nos quiere molestar todavía... Así nos defendimos, ya no queremos y todavía así nos quieren seguir molestando y cree que ya es, ya es un punto de odio, yo de mi parte, los soldados, yo sí claro se los dije en su cara que yo no los quiero ver porque, los miro que son soldados, porque así pues me dejaron sin familia sin nada y por eso tristeza tengo en mi corazón y no los quiero ver..."

(Entrevista grabada, realizada en la comunidad Nueva Esperanza, 12 de mayo de 1995).

* Nombre omitido.

INTRODUCCIÓN

La situación socioeconómica de 1979 a 1983 provocó una crisis político-militar en Guatemala, que obligó a millares de personas, principalmente Mayas-campesinos a refugiarse fuera del país o a desplazarse del altiplano y nor-occidente del país.

En 1984, los refugiados guatemaltecos se distribuían en México, Belice, Honduras, Nicaragua y Costa Rica, alcanzando las 121,800 personas. En México se concentra la mayor cantidad de refugiados guatemaltecos habiendo recibido el 92% del flujo migratorio (19). El desplazamiento poblacional por razones económicas también se ha orientado en los últimos ocho años a las regiones urbanas del país, creando núcleos de poblaciones que forman las áreas marginales en la periferia de las mayores ciudades.

La transición de un Gobierno de facto de corte militar a un Gobierno presidido por un civil electo a través de elecciones en 1986 en Guatemala ofreció abrir las expectativas a un eventual retorno de miles de guatemaltecos alejados de su lugar de origen.

En 1991 los presidentes centroamericanos asumieron el compromiso de la búsqueda de la reafirmación de la condición de la persona como sujeto social, económico y político, mediante acciones integrales: generación de empleo, alimentación y nutrición, calidad ambiental, acceso a servicios básicos de salud, saneamiento, vivienda, educación y promoción y organización comunitaria.

El presente estudio descriptivo hace referencia de las condicionantes y las determinantes de la morbilidad reproductiva de la mujer desplazada retornada en la comunidad "NUEVA ESPERANZA".

Las mujeres desplazadas a la vez que desarrollan el rol reproductivo, de crianza y cuidado de hijos y el trabajo doméstico, realiza actividades productivas, dentro o fuera de la casa, pero actividades demarcadas por la definición de las mujeres como reproductoras.

Entre los principales problemas que enfrentan las mujeres desplazadas retornadas están: el limitado acceso y control sobre los recursos productivos, créditos, tierra, propiedades, asistencia técnica, asistencia médica, tecnologías etc.

En cuanto a la salud, las mujeres desarraigadas tienen un reducido acceso a los servicios de atención médica y ginecológica que podrían aumentar la morbilidad y mortalidad, particularmente materna.

Los altos riesgos en la maternidad por embarazos a corta edad, multiparidad, corto período intergenésico, falta de acceso a la información sobre planificación familiar y educación sexual; analfabetismo, son algunos de los ejemplos de problemas que enfrenta la mujer desplazada retornada en el área de la salud.

DEFINICION DEL PROBLEMA

La morbimortalidad materna constituye un importante problema en gineco-obstetricia siendo su etiopatogenia multicausal; biológico, social, económico y político (11).

Las comunidades desplazadas retornadas, son poblaciones que carecen de servicios básicos de educación, vivienda, salud, agua potable, comunicación, transporte etc. repercutiendo en la salud física, mental y social de las personas, especialmente en el grupo materno que es uno de mas alto riesgo por su misma condición de mujer, madre y laborante, etc.

El estudio se realizará en las mujeres gestantes y madres de los 13 años en adelante en la comunidad desplazada retornada Nueva Esperanza (Chaculá), en el municipio de Nentón departamento de Huehuetenango.

Para fines de éste estudio se identificará la prevalencia de las distintas complicaciones obstetricas relacionadas con el riesgo materno y que condicionantes y determinantes han influido en dicho riesgo.

JUSTIFICACION

En el desarrollo humano, todas las personas deben tener acceso al conocimiento, aprendizaje y aptitudes necesarias para sobrevivir; también deben tener acceso a los servicios básicos de salud, nutrición, y bienestar social, para que puedan contribuir como miembros productivos y creativos de la familia, la comunidad y la sociedad. Las personas deben determinar sus objetivos de desarrollo a través de su plena participación en los procesos de toma de decisiones, de forma que, al tiempo que reflejen su herencia cultural, aseguran el respeto de los principios básicos de justicia, derechos humanos y sostenibilidad.

Los fuertes y bruscos cambios en la sociedad guatemalteca provocados por la crisis económica y política, con su secuela de migraciones forzosas, han develado problemáticas latentes, entre ellas la discriminación hacia las mujeres en cuanto a étnia, clase y género. Consecuencia de dicha crisis y de la guerra interna, las mujeres guatemaltecas se vieron en la necesidad de salir de sus casas para generar ingresos y se encontraron con limitaciones y restricciones que les implanta la sociedad.

Las mujeres desplazadas, corresponden a más del 60% de la población en desarraigo. Ellas, han sufrido duramente los efectos de la guerra y la crisis económica, no han participado en los procesos de concertación política y social y por ende, sus necesidades y requerimientos corren el riesgo de no ser tomados en cuenta.

Las mujeres retornadas tienen un acceso precario a los servicios sociales básicos, tales como vivienda adecuada, agua potable, electricidad, servicios sanitarios, combustible, saneamiento ambiental, transporte y comunicaciones, lo cual repercute negativamente sobre su salud y disponibilidad de tiempo, ya que se aumenta e intensifica su jornada diaria de trabajo y se deteriora su condición física, mental y social.

Existe poca atención a esta población desplazada retornada y especialmente a la mujer por lo que se plantea la investigación "SOBREVIVENCIA MATERNA EN POBLACIONES DESPLAZADAS RETORNADAS" que pretende realizar un diagnóstico materno que incluye conocer todos los factores condicionantes y determinantes que influyen en la mujer en alguna etapa de su vida en edad reproductiva, período gestacional, parto y puerperio, para que dentro de todo este contexto se planteen conclusiones y recomendaciones a distintas organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, y populares para que inicien políticas socio-económicas y salubristas apropiadas que mejoren la atención de la MUJER DESPLAZADA RETORNADA.

OBJETIVOS

GENERAL:

Describir los principales condicionantes biológicos, ambientales políticos y sociales como factores de riesgo en relación a las distintas etapas obstétricas (gestacional, parto, puerperio) en una población desplazada retornada para plantear soluciones que solventen el proceso salud-enfermedad de éste grupo de riesgo.

ESPECIFICOS:

- a. Estimar la prevalencia de complicaciones obstetricas en relacion al riesgo materno.
- b. Describir el uso y acceso de la atencion perinatal.
- c. Conocer los distintos factores sociales, ambientales y politicos que influyen en la morbilidad materna.
- d. Conocer el desempeño de las comadronas en la atención a pacientes en período gestacional, parto y puerperio.

REVISION BIBLIOGRAFICA

EL FENOMENO DEL DESPLAZAMIENTO INTERNO

DEFINICIONES:

Desplazado interno o desplazado se le llama al "grupo de personas que han cambiado su lugar de residencia dentro de su país por causas relacionadas con el conflicto. Por conflicto se entiende la emergencia político-militar que la mayoría de los países centroamericanos han experimentado en varios grados, desde hace poco más de una década (1).

Existen tres razones por las cuales los grupos de población abandonan sus comunidades:

- a. Cuando civiles son directa o indirectamente afectados, cuando no se distingue entre población civil o combatientes.
- b. Miedo o temor de ser afectados por acciones militares que si bien podrían no tener como objetivo directo dañarlos, los pone en riesgo de ser afectados igualmente.
- c. La reubicación forzada de la población por razones militares de seguridad. (12)

Aquellos grupos de desplazados que han buscado resguardo fuera de las fronteras de su país, son considerados como Refugiados. Estas personas pueden gozar de las protecciones de las leyes internacionales y de un trato diferente en el cual es valioso el aporte que proporciona el Alto Comisionado Para Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR). El desplazado interno es una categoría que no entra en el mandato de ACNUR, pues es considerada como una cuestión de carácter interno, por lo que éste grupo queda excluido de la esfera de atención (13).

Los refugiados y desplazados internos son personas que comparten varias características, en su mayoría son campesinos indígenas del altiplano nor-occidental que comprenden El Quiché, Totonicapán, Sololá, Huehuetenango y Centro Norte de Chimaltenango, además, Quetzaltenango, San Marcos, Alta Verapaz, Baja Verapaz y Petén.

Entre la población desplazada pueden encontrarse distintas experiencias, según su área de desplazamiento (montaña, costa sur, capital del país, ciudades, etc.) condiciones de sobrevivencia, formas de presencia del Estado y su reinstalación geográfica.

LAS MIGRACIONES Y EL DESPLAZAMIENTO INTERNO EN GUATEMALA

El desplazamiento interno en Guatemala como fenómeno socio-económico tiene antecedentes históricos que se manifiestan en el sistema de "TENENCIA DE LA TIERRA". La estructura de distribución de la tierra se sintetiza en el binomio latifundio-Minifundio (1,2).

Para 1,980, aproximadamente el 4% de la población era dueña del 73% de la fincas cultivables, un 68% de la población poseían minifundios y el resto de la población no poseía tierra (3).

En Guatemala la mayoría de las propiedades agrícolas son pequeñas y que éste tipo de propiedades aumenta en mayor proporción que la tierra disponible. El número de trabajadores agrícolas económicamente activos carente de tierra en 1980 se situaba en un poco más de 300,000 (4) y en el presente, se considera que la cifra ya alcanza el medio millón de jefes de familia, lo que representa a unos 2.5 millones de personas que requieren tierras (5).

El tipo de desplazamiento que se registró al inicio de la década de los ochenta, fué aprate de masivo (vaciamiento total de la aldeas) abrupto, imprevisible en cuanto a su duración, ubicación y condiciones de vida, e incierto en cuanto a las características del retorno a las comunidades de origen.

Los patrones de desplazamiento a principios de los ochenta dependieron de las condiciones locales que pueden ser demarcadas cronológicamente según la intensidad del conflicto militar que hubo en una región determinada, combinada con las políticas gubernamentales en cada período. Los desplazamientos fueron consecuencia inmediata del conflicto militar que prevaleció en los gobiernos de los generales Romeo Lucas García (1978-1982) y Efraín Ríos Montt (1982 a agosto de 1983). Desde la óptica del ejército, la población civil constituía un punto estratégico donde centrarse, ya que era considerada el principal apoyo o la base potencial de apoyo de la insurgencia armada. De ahí la resuelta decisión del ejército de separar a la base social de la guerrilla mediante tácticas que poco despues habrían de salir a luz en las denuncias internacionales sobre la política de "TIERRA ARRASADA" (1).

En terminos generales de 1981 hasta principios de 1983 fué el periodo de grandes flujos de desplazamientos (6). En los cuatro departamentos donde se registraron desplazamientos masivos, El Quiché, Huehuetenango, Chimaltenango y Alta Verapaz, aproximadamente un 80% de los pobladores (osea, mas de 1.3 millones de personas) abandonaron, al menos temporalmente, sus comunidades principalmente a finales de 1981 y parte de 1982.

En menor grado se produjeron desplazamientos en regiones de otros departamentos como Baja Verapaz, Solola, San Marcos y Petén en ese periodo.

EL DESPLAZAMIENTO COMO FENOMENO REGIONAL

A raíz del conflicto político-militar se provocaron desplazamientos masivos, lo que constituye una diferencia con los desplazamientos de periodos previos, motivados por razones económicas y sociales (1).

Guatemala es uno de los tres países de centroamerica más afectados por los flujos de desplazamientos de población en la última década (8).

En Guatemala fué hasta septiembre de 1986, cinco años después de que ocurrieran los desplazamientos masivos, que se emitió el acuerdo gubernativo para crear la Comisión Especial de Atención a Repatriados y Desplazados (CEAR) (14), que con el apoyo de ACNUR se implemento una política específica hacia los refugiados que estarían retornando.

Dentro de los acuerdos de "ESQUIPULAS II" de los presidentes de centroamérica, suscribieron los "procedimientos para alcanzar la paz Firme y Duradera en Centroamérica", el 7 de agosto de 1987 en Guatemala, los gobiernos se comprometieron a atender con carácter de urgencia los flujos de refugiados y desplazados provocados por la crisis regional, facilitando su retorno, reasentamiento o reubicación, siempre y cuando sea de carácter voluntario y se manifieste individualmente (9). Estos acuerdos fueron aprobados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA) en octubre y noviembre de 1987 respectivamente (10).

El impacto que estos acuerdos han tenido en el ámbito regional y nacional a lo largo de 1988 parece haber quedado muy corto en relación con las expectativas creadas cuando se suscribieron. En el primer y único informe de la Comisión Internacional de Verificación y Seguimiento (CIVS), instancia que se integró para informar sobre los progresos en el cumplimiento de los Acuerdos, se recogen observaciones de las que, en un rápido análisis, se infiere la poca resonancia que los mismos habrían tenido en los primeros cuatro meses de implementación (1).

Para enfrentar esta situación, la Asamblea General de Naciones Unidas encomienda al programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y a la oficina ACNUR, apoyar a los gobiernos centroamericanos, Belice y México, en la elaboración de diagnósticos, estrategias y proyectos de solución integral, para las poblaciones desarraigadas. La conferencia Internacional sobre Refugiados Centroamericanos, CIREFCA, celebrada en Guatemala en mayo de 1989, constituye el punto de partida de las actividades encaminadas a la búsqueda de soluciones integrales al problema de las poblaciones refugiadas, repatriadas y desplazadas, que, afecta a más de dos millones de centroamericanos, casi el 10% del total de la población (11).

La Iglesia Católica se ha constituido en una instancia de protección y apoyo para varios grupos de protección y apoyo para varios grupos de desplazados retornados a partir de 1986.

EL GOBIERNO CIVIL Y LOS DESPLAZADOS

Para poner en marcha el "Plan de Retorno a sus comunidades" se formó una comisión Multisectorial donde participan unas veinte instituciones que ejecutan las siguientes etapas:

ETAPA I: Recepción y Bienvenida. A cargo del ejército y CEAR. Esta actividad incluye: Registro de seguridad, asistencia médica, provisión de vestimenta y alimentos, educación democrática y cívica.

ETAPA II: Conformación, ubicación y asentamiento.

ETAPA III: Construcción, urbanización, vivienda e infraestructura.

ETAPA IV: Consolidación y Desarrollo económico.

LAS INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES Y EL DESPLAZADO

El interés al desplazado surgió también en organizaciones seculares y religiosas, tanto nacionales como internacionales. Dichas ONG's poseen programas de pequeña y mediana envergadura en base a variados criterios. La gran mayoría son apolíticas no alineadas a ideología política determinada. Su deseo humanitario es responder a las ingentes de los desplazados (1).

PROCESO DE PAZ Y REFUGIADOS:

El proceso de paz centroamericano se enmarca en un contexto internacional en profundo cambio, para reubicarse en éste nuevo escenario, los países centroamericanos impulsan la transformación de sus economías, pacificación, democratización y la integración, mediante un proceso de concertación regional (11).

En éste mismo contexto, los presidentes de las Republicas centroamericanas, reunidas en Tegucigalpa, Honduras, los días 12 y 13 diciembre de 1991, reafirmaron su convencimiento de que para afianzar la Paz Firme y Duradera en centroamérica, es indispensable asegurar condiciones y acciones en el desarrollo humano, fundamentales para la consolidación de centroamérica, como una región de paz, libertad, desarrollo y democracia. Se asumió el compromiso de "Hacer todos los esfuerzos para impulsar un genuino proceso de desarrollo Humano en la región".

Reafirmaron también que el desarrollo orienta el crecimiento económico al servicio de las personas y al mejoramiento de sus condiciones de vida, posibilitando la realización plena de sus capacidades.

PROCESO DE RETORNO

Del 13 de enero de 1987 al 14 diciembre de 1994, 19,019 personas han retornado al país (fuente oficial), de ellos el 52% son hombres. El 45% de ellos son menores de 15 años. Del total de la población, 2629 son mujeres en edad reproductiva, osea entre los 15 y 35 años.

MUJER REFUGIADA RETORNADA

Del total de personas desarraigadas en centroamérica, el sesenta por ciento son mujeres (11). Debido a los drásticos cambios políticos, económicos-militares en Guatemala, provocó como se ha mencionado, migraciones forzosas, trayendo como consecuencias problemas que todavía persisten, como la descriminación hacia las mujeres.

Las mujeres guatemaltecas en los últimos 15 años vivieron los embates de una prolongada confrontación bélica y de una grave crisis económica y social que generaron en ellas una situación de inseguridad, inestabilidad e indefensión. (11).

Las mujeres de zonas en conflicto se vieron obligadas a huir de sus casas y lugares de origen, dejando pertenencias y sus comunidades. Por ésta razón las mujeres han hecho frente a las necesidades inmediatas que impone la sobrevivencia. En este contexto, las mujeres desplazadas hacen uso de su creatividad e imaginación par organizar las más variadas y diversas actividades como estrategias de sobrevivencia.

La situación actual de las mujeres desplazadas retornadas se caracteriza en desarrollar trabajo productivo, crianza y cuidado, acceso y control limitado de recursos productivos, servicios básicos, servicios de salud, educación, vivienda, comunicación, acceso precario al agua potable, electricidad, combustible, saneamiento ambiental, transporte, repercutiendo sobre su salud y disponibilidad de tiempo intensificando su jornada diaria de trabajo y se deterioran las condiciones en las cuales lo realiza.

Tienen un reducido acceso a los servicios de atención médica y ginecológica, aumentando la morbimortalidad. Existe alto riesgo a la maternidad por embarazos a temprana edad, numerosos y seguidos, falta de acceso a la información sobre planificación familiar y educación sexual, la violencia sexual y doméstica y la falta de atención a su salud síquica, mental, alfabetismo, etc (11).

Es imporante señalar el rol que han jugado y que juegan las organizaciones de mujeres y los organismos no gubernamentales en la ejecución de acciones de desarrollo.

En conclusión, la seguridad futura de las mujeres desplazadas retornadas depende del mejoramiento de su condición y posición dentro de la familia y sociedad con igualdad de derechos y oportunidades.

MORBIMORTALIDAD MATERNA

Producto del análisis del diagnóstico de salud del país se ha podido caracterizar de manera resumida el problema de:

1. Inadecuada oferta de servicios de atención de salud, debido a
 - 1.1 Baja cobertura de servicios
 - 1.2 Deficiente conducción y gerencia del sector salud
 - 1.3 Baja calidad de servicios
 - 1.4 Falta de coordinación intra y extrasectorial

2. Condiciones sociales, económicas y culturales, debido a:

- 2.1 Pluriculturalidad y diversidad étnica
- 2.2 Dispersión poblacional e inaccesibilidad geográfica
- 2.3 Flujos migratorios
- 2.4 Pobreza Extrema
- 2.5 Analfabetismo
- 2.6 Iliquidez fiscal (16)

En Guatemala la tasa de mortalidad materna es de 248 x 100,000 nacidos vivos, 40 veces más alto que en otros países de la región (16).

La tasa global de fecundidad es de 5.6 hijos por mujer; el 44% de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir 20 años (20).

Los datos anteriores, de por sí son dramáticos, sin embargo, son cifras nacionales y que por lo tanto, ocultan tremendas desigualdades entre regiones, entre la población ladina y la indígena, entre la población urbana y las áreas rurales y urbanomarginales, en las que más de un 80% de la población viven en extrema pobreza (21).

La atención del control prenatal institucional es de 38%; de los aproximadamente 360,000 nacimientos, el 20% es atendido a nivel institucional, el resto es atendido por comadronas, de las cuales únicamente el 34% están capacitadas (22).

FACTORES DE RIESGO

Numerosos factores ocupacionales, ambientales, biológicos, influyen a que algunas mujeres, mas que otras, desarrollen complicaciones serias o fatales para ellas o el feto durante su embarazo o durante y posteriormente el parto (23).

Los riesgos pueden clasificarse en cuatro categorías:

A. RIESGOS PREEXISTENTES

Aquí se ubican, como riesgos las edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años), la paridad (primera o después de la quinta son las mas riesgosas), intervalos cortos entre los embarazos (menores de dos años), la pobreza, analfabetismo, malos hábitos higiénicos y el vivir con zonas urbanas marginales o en zonas rurales con servicios de salud inadecuados. A éstos factores se agregan la baja estatura (menor de 140 cms) y la malnutrición u obesidad de las madres (23).

B. ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Influencia clara sobre el curso del embarazo y el parto, como ejemplos: enfermedades venéreas, el sida, tuberculosis, infecciones crónicas, diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas y renales (23).

C. RIESGOS QUE APARECEN DURANTE EL EMBARAZO

Como ejemplos mas frecuente esta: anemia, diabetes, infecciones, bajo aumento de peso o su exceso; embarazos multiples; abuso de alcohol, drogas y el tabaco; exposiciones a radiaciones (23).

D. RIESGOS DURANTE EL PARTO

Aquí se encuentran los problemas de presentación fetal, las septicemias, los peligros asociados con la anestesia, las hemorragias durante el trabajo de parto, el parto prematuro o prolongado y la ruptura prematura de membranas. Vale la pena agregar los problemas post-parto como hemorragias e infecciones.

MORBILIDAD REPRODUCTIVA

La medición exacta de la morbilidad reproductiva es una tarea muy compleja, y existe muy poca información pertinente. La mayoría de los análisis calculan que por cada mujer que muere por causas relacionadas al embarazo o el parto, existe entre 10 y 16 mujeres adicionales que sufren morbilidad relacionada a las mismas causas. Un análisis mas reciente suiere que para cada mujer que muere, otras 100, sufren y sobreviven morbilidad aguda relacionada a las principales complicaciones del embarazo (23).

MORTALIDAD MATERNA

Bajo el punto de vista médico, se ha podido comprobar que un alto porcentaje de las muertes y enfermedades maternas son evitables pero que hay problemas de recursos, tanto desde punto de vista cuantitativo como cualitativo, para resolver estos casos (29).

Millones de mujeres carecen de acceso a servicios adecuados de atención perinatal, asistencia capacitada durante el parto, servicios obstétricos de emergencia y de transporte y servicios de comunicaciones para movilizarse de sus comunidades a los centros de atención médica. La falta de educación y factores culturales también influyen en que la mujer y sus familiares no sean capaces de reconocer síntomas de riesgo y que muchas veces tarden o se nieguen a recibir atención.

Mortalidad Materna, se define como la defunción de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. Para evaluación de las estadísticas mundiales es necesario dividir los 42 días en dos periodos: PERIODO I: del 1ero. al 7mo. día posparto, PERIODO II: del 8vo. al 42 avo. día pos-parto (26,27).

CAUSAS DE DEFUNCION MATERNA

A. CAUSAS DIRECTAS:

Son el resultado de las complicaciones obstétricas del estado del embarazo, labor o puerperio y de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de situaciones producto de estas complicaciones (24, 25, 25). Siendo las principales en Guatemala: Hipertension producida por el embarazo, hemorragias, abortos y sepsis (25).

B. CAUSAS INDIRECTAS

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, labor o puerperio, que evoluciona agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (24, 25, 26, 27).

C. MUERTE NO OBSTETRICA

Muerte materna que resulta de un accidente o una causa incidental que no esta relacionada con el embarazo o su manejo (27).

Las causas de la mortalidad materna son multicausales y no son siempre estrictamente biológicos, sino que están relacionadas con una amplia gama de condiciones.

En países en desarrollo se agregan a las causas directas e indirectas las condiciones creadas o agravadas por situaciones de extrema pobreza. Muchas embarazadas entran en alto riesgo por su misma condición física y a la carencia o insuficiencia de cuidados prenatales a los que recurren infrecuentemente o cuando es demasiado tarde o simplemente carecen de este servicio.

Muchas veces la mortalidad materna es el resultado final de una mala salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por décadas de desnutrición y miseria, dichos procesos pueden comenzar antes del nacimiento, proseguir en la infancia y la adolescencia y continuar en la embarazada. La nutrición deficiente, las parasitosis intestinales, diversas infecciones y el trabajo excesivo potencian sus efectos y producen un porcentaje elevado de mujeres anémicas y desnutridas.

Las principales causas de mortalidad materna en Guatemala son:

- Hemorragias	39%
- Complicaciones de Aborto	24%
- Sepsis	18%
- Toxemias	14%

Esto se suma al cáncer de la mama y al cáncer cérvico uterino por constituir las causas de morbimortalidad más frecuente en la mujer y que tienen relación con sus sexo, constituyendo por tanto, riesgos adicionales a los que esta expuesto la población (16, 24, 25).

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

Es el número de defunciones maternas debidas al embarazo, parto y puerperio, dividido el número de nacidos vivos por años, multiplicado por 100.000 nacidos vivos en un periodo de tiempo (24, 24).

POLITICAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA (24)

Para el Ministerio de Salud Publica Cubano, las siguientes son politicas para disminuir la mortalidad materna:

- Mejoramiento de las condiciones socio-económicas de la población.
- Desarrollo progresivo del sistema nacional de salud.
- **Igualdad social de la mujer.**
- Protección legal, social y económica a la maternidad.
- Educación para la salud a la embarazada, que incluye la preparación psicofísica para el parto.
- Desarrollo de un amplio programa de actividades para la educación sexual y el conocimiento posparto de la población de los elementos necesarios, para llevar a cabo la planificación familiar de forma adecuada.
- Desarrollo de un programa de planificación familiar.
- Mejoramiento de la calidad reproductiva en la mujer.
- Derecho de la mujer a elegir libremente el número de hijos que desea y de espaciar el nacimiento de los mismos de acuerdo a las necesidades biológicas y sociales.
- Realización, en instituciones hospitalarias la interrupción voluntaria del embarazo.
- Creación de una comisión nacional par el control y análisis científico-técnico de las muertes maternas. Implementación de normas técnicas en la atención gineco-obstétrica.
- Incremento cualitativo en la atención prenatal y ampliación progresiva de la cobertura asistencial por el sistema de atención comunitaria que aporta el médico de familia, base actual de nuestro sistema de salud.
- Atención priorizada a la embarazada de alto riesgo.
- Aumento de los recussos en camas obstétricas en hospitales.
- Creación de una amplia red de hogares maternos que al cierre de 1990 llegaban a 152 en todo el país.
- Alcanzar, practicamente, el 100% del parto institucional.
- Descenso significativo en las tasas de fecundidad y de natalidad.

- Desarrollo de la endoscopia como medio diagnóstico terapéutico.
- Perfeccionamiento en la metodología de la atención en los salones de pre-parto y parto.
- Vigilancia, por personal calificado, del puerperio inmediato.
- Equipamiento y políticas de construir los servicios de gineco-obstetricia en hospitales clínico quirúrgico.
- Desarrollo de investigaciones relacionadas con la esfera materno-infantil.

SALUD DE LA MADRE EN REGION NOROCCIDENTE

La región noroccidental, región VII, incluye Huehuetenango y El Quiché. La principal actividad de la región es la agricultura, el 78.26% de la población ocupada se dedica a esta actividad, le sigue el comercio y la industria manufacturera. (30)

El analfabetismo afecta al 74% de la población. La tasa de mortalidad general para 1990, se estimó en 8.09 por 1000 habitantes. (30)

La tasa de mortalidad materna en 1990, se estimó en 13.80 por 10,000 nacidos vivos, observándose una tendencia ascendente. El 77.14% de las defunciones son clasificadas como causas directas. El 30.5% de las madres y de la región no recibió atención prenatal y el 53.4% lo recibió de parteras; solamente el 9.8% del médico; y el 5.4% de enfermeras. Las parteras asisten partos con mas frecuencia (79.5%) que los médicos y enfermeras (6.5%). (30)

SITUACION DE LA MUJER INDIGENA EN LA REGION

El 86% de las mujeres de la región pertenecen a la etnia indígena; ellas son un elemento esencial en la comunidad pues cumplen importantes responsabilidades en el cuidado de la familia, desde la infancia hasta la vejez. La participación femenina en la PEA (poblacion economicamente activa) es del 13 % con una tasa de desocupación de 0.64%; con respecto a la educación, su acceso a ella es mucho mas deficiente que en el hombre. Todo esto obedece a factores socioculturales discriminatorios, asi como a subregistros en la participación de la mujer indígena. Es importante destacar que la mujer indígena rural es quien menos atención ha recibido por parte del Estado y, a pesar de ser un grupo de alto riesgo, se le ha dado poca atención en medidas de salud materna y oportunidades de educación y empleo. (30).

COMUNIDAD DE ESTUDIO DE ESTA INVESTIGACION

La comunidad de estudio se encuentra en la finca CHACULA, pero cuando se realizó el retorno de Refugiados de Mexico y llegaron a esta finca, los Retornados decidieron nombrarla como comunidad NUEVA ESPERANZA, ubicada en el municipio de Nentón, en el departamento de Huehuetenango (12 enero de 1994).

HUEHUETENANGO (1989)

Limita al Norte con la República de México; al Sur con los departamentos de Totonicapán y San Marcos; al Oriente con el departamental del Quiché; al Occidente con la República de México. (32)

La altura de la cabecera departamental, es de 1,902 metros sobre el nivel del mar. Latitud 15 19' 18" (32).

Extensión territorial: 7,400 Kms².
Población Total: 671,441 habitantes
Tasa de Natalidad: 37.1 x 1000
Tasa de Mortalidad General: 7.4 x 1,000
Division político administrativa: 31 Municipios
Red de servicios: 2 hospitales
14 centros de salud
68 puestos de salud

Tasa Mortalidad Materna Encontrada 20.4 x 10,000 NV

Tasa Moratalidad Materna con subregistro
28.4 x 10,000 NV

Porcentaje de subregistro 28% (31)

Principales causas encontradas de mortalidad:

Hemorragia	35%	Toxemias	14 %
Compl. aborto	9%	Sepsis	28%

NENTON

Este municipio, limita al norte con la República de México; al Sur con los municipios de San Sebastián Coatán, San Miguel Acatán y Jacaltenango; al oriente con los municipios de San Mateo Ixtatán y San Sebastián Coatán; al Occidente con la República de México.

La altura de la cabecera del municipio, Nentón, es de 813 metros sobre el nivel del mar. La extensión territorial del municipio es de 787 kms². Tiene 1 pueblo, 8 aldeas, 28 caseríos, 18 parajes, 1 microparcelamiento agrario, 4 comunidades agrarias, 1 patrimonio familiar mixto, 4 sitios arqueológicos, 6 haciendas y 19 fincas.

Se constituyó como municipio a finales del siglo pasado. Su actual municipio perteneció a varios municipios colindantes, lo que generó un conglomerado poblacional de diferentes orígenes: jacaltecos, chuj de San Mateo Ixtán, chuj de San Sebastián Coatán, kanjovales y ladinos.

La extensión del municipio (787 Kms) y la falta de buenas comunicaciones hasta fechas recientes ha contribuido a que la relación entre la cabecera y las aldeas siempre haya sido débil y éstas siguieron relacionándose con sus municipios de origen. La carretera que llega a la cabecera se terminó en 1981 y la que comunica con el norte del territorio municipal se terminó en 1989 como parte de la transversal norte.

El resto del municipio se pobló con indígenas de diversas comunidades lingüísticas, que bajaron de tierras frías a trabajar a las fincas privadas que abarcaban casi la totalidad del territorio municipal. El esfuerzo prolongado de los campesinos por dejar de ser colonos, modificó las formas de tenencia de la tierra que han evolucionado a lo largo de este siglo, estructurando diversas formas de propiedad y explotación que influyen en la caracterización de las comunidades. En la tenencia de tierra, existen en forma colectiva, asentamientos en tierras nacionales y negociaciones con el INTA y por último las fincas privadas, aunque de éstas hay gran heterogeneidad. Están, las fincas forestales como CHACULA (propiedad de los Witman) y las fincas ganaderas de las tierras llanas del oriente. (37)

En los años 81 y 82 se produjo un desplazamiento masivo, siendo el área más afectada la franja nororiental limítrofe con México. A partir de 1987, se inicia el programa de Retorno de ACNUR-CEAR, se incrementa la vuelta de refugiados, especialmente a la zona que fué más duramente castigada por la violencia, produciendo profundos cambios en la vida de las aldeas. (37)

Un hecho que influyó en algunos campesinos del municipio en el decenio de los setenta, fué la llegada del partido Democracia Cristiana. Dirigentes del partido visitaron algunas comunidades ofreciendo apoyo organizativo, les prometieron ayuda y un gobierno "para ellos", y algunos recuerdan a las figuras "historicas" de dicha organización política. (38)

Al término de los años setenta, la insurgencia se hizo manifiesta en la región. Según algunos testimonios, "ellos pasaban" en las comunidades hablando o comprando cosas, algunos les escuchaban e incluso hubo casos de reclutamiento. Hacia 1980-81, el Ejército Guerrillero de los Pobres (EGP) actuaba plenamente en la zona y efectuó varias acciones dirigidas contra los propietarios o administradores de las grandes fincas, una empresa privada e instalaciones del gobierno municipal. (38) Dió inicio al desplazamiento de las personas de la región y para 1981 el nivel de tensión militar había llegado a su punto crítico. Vecinos estiman que más del 90% de la población total se desplazó ese año. Dicho desplazamiento se dió después de que en otras regiones se había experimentado varias masacres y hechos violentos significativos...

"El 17 de julio, llegaron a San Francisco, 600 soldados a pie.. frustrados aparentemente de no encontrar un campamento guerrillero situado hacia algún tiempo en las cercanías montañosas y dispuestos según parece, a terminar con la finca-aldea San Francisco"... Se le dice a la gente que habrá una reunión... A los hombres los congregaron luego en el juzgado y los encerraron allí y a las mujeres con los niños los introdujeron en la iglesita... Al final del día habían asesinado a más de 300 personas...Sobrevivientes huyen hacia el lado mexicano..." (38)

Se ha sugerido también que la masacre corresponde a la estrategia que el ejército implementó en julio de 1982, en la zona de Los Cuchumatanes y otras partes del país en el sentido de "limpiar" (despoblar) las zonas fronterizas para cortar cualquier apoyo por parte de la población hacia la insurgencia. Entre 1985 y 1988 el municipio de Nentón experimentó un período de relativa calma de las acciones armadas, pero a mediados de 1989 el accionar guerrillero se incrementó con ataques a objetivos económicos y a unidades militares. Por lo lejano del municipio, los reportes periodísticos no daban cuenta de una serie de acciones y enfrentamientos armados sucedidos en aquel lugar; no obstante, los periódicos nacionales informaron de algunos de mayor importancia (38).

AGENTES EXTERNOS Y ORGANISMOS LOCALES

Al inicio del retorno, llegaron a Nentón muchas instituciones, entre ellas: inicialmente, Médicos sin Fronteras, Veterinarios sin Fronteras, ACNUR, CEAR, proyecto del Ministerio de Desarrollo con la Comunidad Europea (MINDES-CAEE), Iglesia Católica y otras. Esta incorporación de instituciones está produciendo una serie de cambios. La presencia internacional es un factor de distensión para muchos refugiados.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

COMUNIDAD
NUEVA ESPERANZA
(RETORNO A FINCA CHACULA)

La comisión Nacional para la Atención de Repatriados, Refugiados y Desplazados CEAR, presenta un resumen de las principales características socio-económicas de la población retornada el 12 de enero de 1994, con conforma el grupo de retorno colectivo hacia la Finca Chaculá, Municipio de Nentón, Departamento de Huehuetenango.

En el siguiente cuadro muestra el total de personas retornadas, dicho informe es de enero de 1994. Sin embargo en el ultimo informe presentado por la CEAR, EL 28 diciembre de 1994 muestra que el total de retornados es de 1,013 personas, con un total de 212 familias.

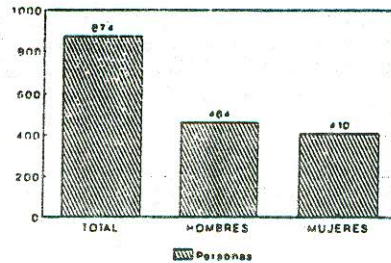
GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	POBLACION REPATRIADA			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	INDICE DE MASCULINIDAD
TOTAL	874	464	410	113.2
0 - 4	184	95	89	106.7
5 - 9	144	77	67	114.9
10 - 14	115	61	54	113.0
15 - 19	101	59	42	140.5
20 - 24	80	37	43	86.0
25 - 29	48	24	24	100.0
30 - 34	42	25	17	147.1
35 - 39	37	18	19	94.7
40 - 44	30	17	13	130.8
45 - 49	24	13	11	118.2
50 - 54	18	9	9	100.0
55 - 59	16	8	8	100.0
60 - 64	16	9	7	128.6
65 Y MAS	19	12	7	171.4
EDAD MEDIA	19.2	19.4	19.0	
EDAD MEDIANA	14.0	14.0	14.0	

Fuente: Boletas de Repatriación de la CEAR

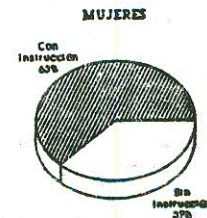
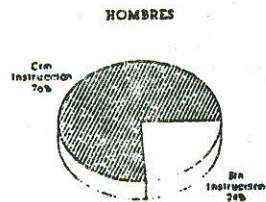
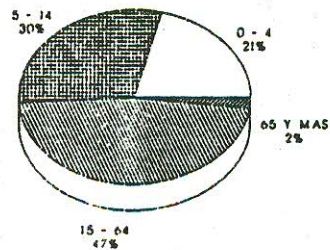
Volúmen de la Población:

El volúmen de la población que conforma el bloque de retorno, alcanza un total de 874 personas, de las cuales 464 son hombres y 410 son mujeres.

POBLACION TOTAL



POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD



Nivel de Instrucción de la población de 7 años y más

418 personas de 7 años y más, declaró tener algún grado de instrucción primaria, solo 12 personas declararon tener educación secundaria y 7 personas alfabetizadas. Si se analiza por sexo se observa que el 76 % de los hombres tiene algún grado de instrucción, y el 63 % de mujeres tiene algún nivel de instrucción, dato que no concuerda con con la investigación de COMAR (comison mexicana da ayuda a refugiados) y OIM (organizacion internacional para las migraciones), en donde demuestra que existe un 61 % de analfabetismo en mujeres retornada (33, 34).

Fuerza de Trabajo:

La población total en edad de trabajar (de 10 años y más, límite de edad establecido por el Instituto Nacional de Estadística INE), es de 546 personas, de las cuales 233 forman parte de la fuerza de trabajo (PEA), lo que representa una tasa de participación del orden del 43 %, también se observa un total de 313 personas en edades de trabajo pero se declaran como inactivos (NO PEA), que representan el 57%.

Grupos de ocupación:

Netamente agrícola, con el 93 % de la población.

GRUPOS DE EDAD Y SEXO	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION				
		NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	ALFASSETIZADO
TOTAL	628	191	418	12	0	7
7 - 9	82	9	73	0	0	0
10 - 14	115	8	104	3	0	0
15 - 19	101	11	83	7	0	0
20 - 24	80	26	54	0	0	0
25 - 34	90	24	61	2	0	3
35 - 44	67	38	27	0	0	2
45 - 54	42	30	11	0	0	1
55 - 64	32	26	5	0	0	1
65 Y MAS	19	19	0	0	0	0
HOMBRES	332	81	234	11	0	6
7 - 9	40	5	35	0	0	0
10 - 14	61	5	54	2	0	0
15 - 19	59	6	46	7	0	0
20 - 24	37	9	28	0	0	0
25 - 34	49	5	40	2	0	2
35 - 44	35	14	19	0	0	2
45 - 54	22	13	8	0	0	1
55 - 64	17	12	4	0	0	1
65 Y MAS	12	12	0	0	0	0
MUJERES	296	110	184	1	0	1
7 - 9	42	4	38	0	0	0
10 - 14	54	3	50	1	0	0
15 - 19	42	5	37	0	0	0
20 - 24	43	17	26	0	0	0
25 - 34	41	19	21	0	0	1
35 - 44	32	24	8	0	0	0
45 - 54	20	17	3	0	0	0
55 - 64	15	14	1	0	0	0
65 Y MAS	7	7	0	0	0	0

Idiomas:

En la población de Nueva Esperanza se hablan cinco idiomas;
en orden prioritario:

Castellano	33 %	
Jacalteco	31 %	
Mam	22 %	
Chuj	9 %	
Canjoval	5 %	(36)

Distribución etárea:

AÑOS			No.
0	-	1	50
1	-	5	187
5	-	12	206
12	-	18	139
18	-	20	51
20	-	35	174
35	-	45	78
45	-	60	64
>	60		27

(36)

MATERIAL Y METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

Tipo descriptivo transversal.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

La investigación se realizará en la comunidad Nueva esperanza, municipio de Nenton, Huehuetenango y se estudiará toda mujer gestante y madre, así como a todas las comadronas de la comunidad.

C. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

C.1 INCLUSION: Toda mujer gestante y madre.

C.2 EXC;USION: Toda mujer que nunca ha gestado.

D. METODO DE RECOLECCION DE LA POBLACION ESTUDIADA

Se utilizara una hoja matriz previamente elaborada para la recolección de la información, en la cual se registrará todos los factores de riesgo señalados en los objetivos y variables.

E. DEFINICION DE VARIABLES

E.1 EDAD: Se refiere a la edad actual de la entrevista.

E.2 PARIDAD: Es el número de partos que ha tenido una señora.

E.3 CONTROL PRENATAL: Es el historial clínico y examen físico realizado por enfermero, comadrona y/o medico a una pte. en edad gestacional.

E.4 OFICIO: Actividad realizada para vivir y subsistir (trabajo).

E.5 ALFABETISMO: Si sabe leer y escribir el castellano.

E.6 BARRERA LINGUISTICA: Si la entrevistada no habla el castellano, pero si algún idioma.

E.7 EDAD DE PRIMER PARTO: Edad que tenía la pte. al tener su primer parto.

- E.8 ESTADO CIVIL: Estado actual de la pte. (casada, viuda, divorciada, soltera, unida).
- E.9 SERVICIOS SANITARIOS: Prestación de servicios de salud con facilidad de acceso a la comunidad, gubernamentales o no.
- E.10 ABORTOS: Es la expulsión del producto antes de que sea viable, osea, antes de las 27 semanas de gestación.
- E.11 EMBARAZO: Es el período comprendido desde la concepción hasta antes de expulsar el producto.
- E.12 PARTO: Son todos los mecanismos fisiológicos que tienen como objetivo la expulsión del producto de gestación.
- E.13 PUERPERIO: Es el período comprendido desde la expulsión de la placenta hasta 40 días después.
- E.14 ATENCION DEL PARTO: Se refiere a quien asistió el parto y donde sucedió.
- E.15 VITAMINAS: Se refiere a la ingestión de vitaminas prenatales durante la gestación y después de ella.
- E.16 TOXOIDE TETANICO: Uso de Vacuna profiláctica que previene el tétanos neonatal.
- E.17 CONTROL POSNATAL: La visita de la parturienta en los 40 días después de su parto a algún enfermero, comadrona y/o médico, para su evaluación.
- E.18 NO OBSTETRICO: No relacionado a la gestación, parto y puerperio.
- E.19 TRABAJO PARTO PREMATURO: Inicio de las contracciones entre la 28 y la 37 semana de gestación.
- E.20 ROTURA PREMATURA DE FUENTE: Es la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto.
- E.21 MOLESTIAS URINARIAS: Todas aquellas manifestaciones de molestias al miccionar.

- E.22 CONVULSIONES: Todos aquellos movimientos incoordinados del cuerpo, con pérdida de la consciencia que sucede durante el embarazo, parto y puerperio.
- E.23 SITUACION TRANSVERSA: Eje longitudinal transverso del niño en relación al eje longitudinal vertical de la madre.
- E.24 RETENCION DE CABEZA ULTIMA: Sucede en partos con presentación en podálica, en donde por una desproporción cefalopélvica no hay expulsión de la cabeza.
- E.25 DESPROPORCION CEFALOPELVICA: No hay expulsión del feto por una desproporción en el tamaño del feto y la pelvis y viceversa.
- E.26 RETENCION DE PLACENTA: Es el retraso en la expulsión de la placenta que generalmente es más de 1 hora.
- E.27 SOCIOECONOMICO: Se refiere a su condición económica, pobreza, educación, vivienda, acceso a servicios básicos de existencia.
- E.28 CONFLICTO ARMADO: Se entiende por la emergencia político militar que vive nuestro país entre la guerrilla y el ejercito.
- E.29 ACCIDENTES: Situaciones fortuitas e inesperadas que provocan un riesgo de enfermar o morir.
- E.30 ONG'S : Organizaciones no gubernamentales que prestan ayuda a éstas comunidades.
- E.31 PLANTAS MEDICINALES: Tipo de plantas utilizadas en el embarazo, parto y puerperio con fines alimenticios/medicinales.
- E.32 ALIMENTACION: Se refiere a todo alimento ingerido durante la gestación y puerperio con fines de una adecuada nutrición.

RECURSOS

1. Humanos

- Revisores Dr. José García Noval
Dr. Raúl Castillo
- Asesor Dr. Luis Felipe García R.
- Tesista Juan Carlos Villeda M.
- ONG'S CEIBA (Asociación para
la promoción y el
desarrollo de la
comunidad)
- Comadronas
- Mujeres Gestantes y Madres

2. Materiales

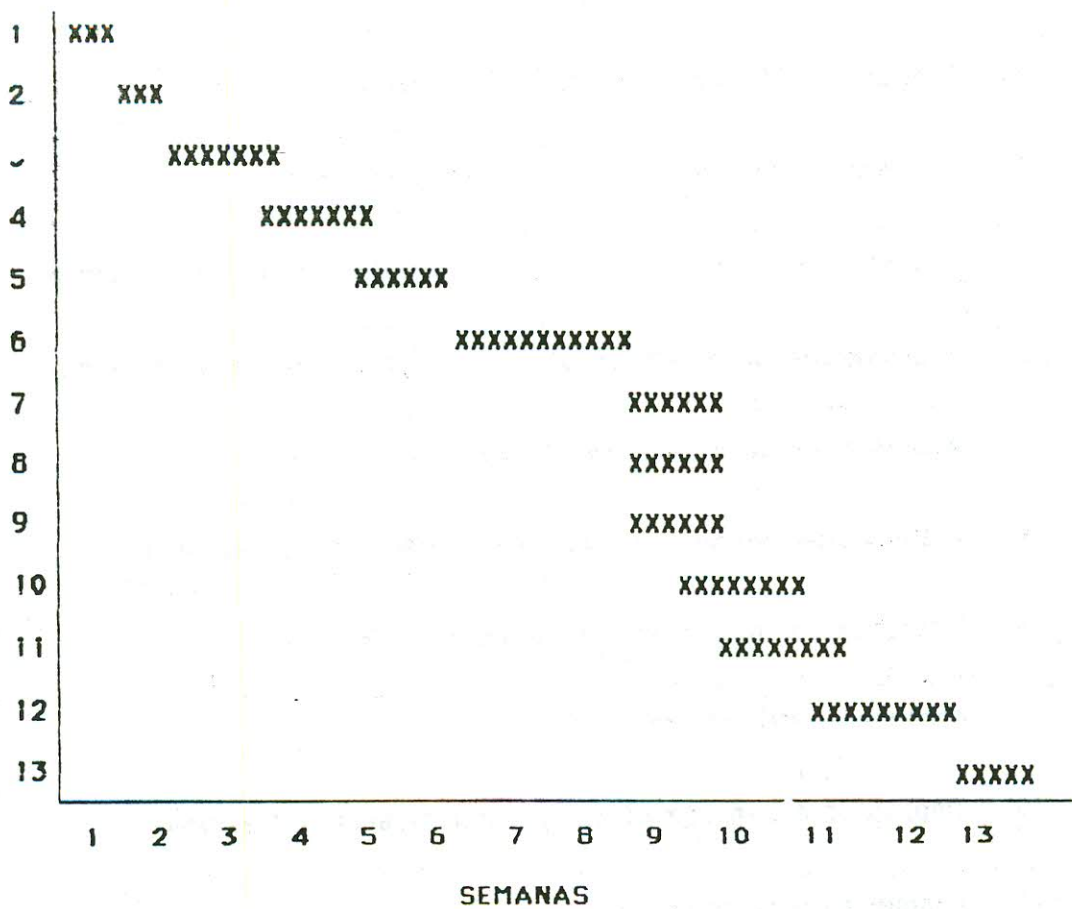
- Biblioteca
- Documentos, revistas, libros, tesis
- Computadora
- Encuesta

3. Económicos

- Costo de investigación

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES:



ACTIVIDADES

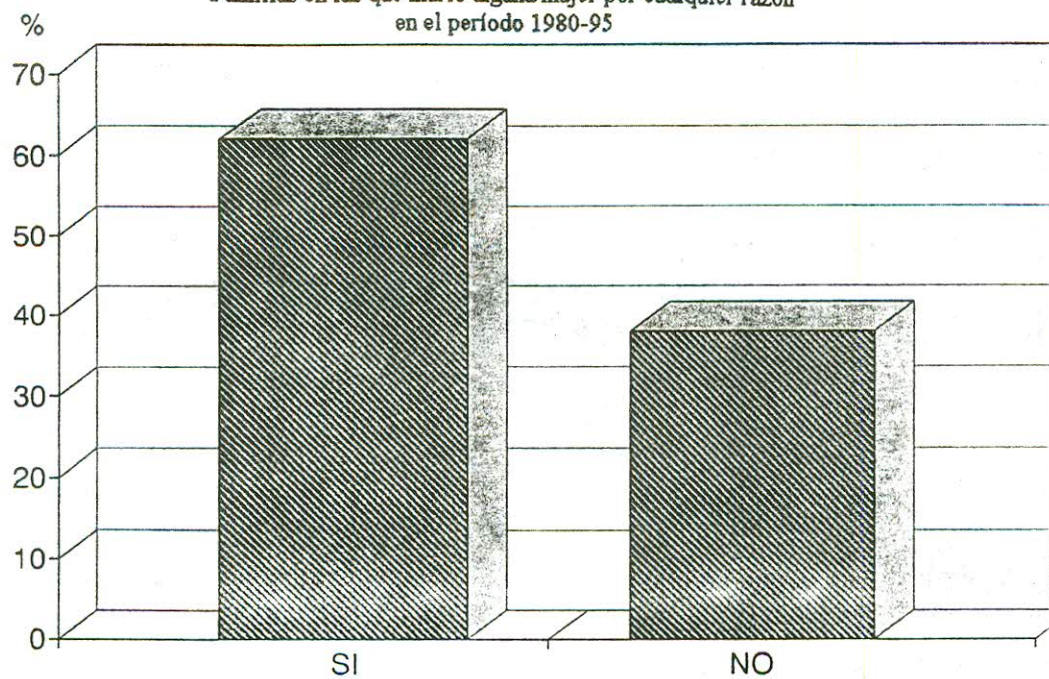
1. **Selección del tema del proyecto de investigación.**
2. **Elección del asesor y revisor.**
3. **Recopilación de material bibliográfico.**
4. **Elaboración del proyecto conjuntamente el asesor y revisor.**
5. **Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.**
6. **Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.**
7. **Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.**
8. **Análisis y discusión de resultados.**
9. **Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.**
10. **Presentación del informe final para correcciones.**
11. **Aprobación del informe final.**
12. **Impresión del informe final y trámites administrativos.**
13. **Examen público de defensa de la tesis.**

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

FAMILIAR

Grafica No. 1

Familias en las que murió alguna mujer por cualquier razón
en el período 1980-95

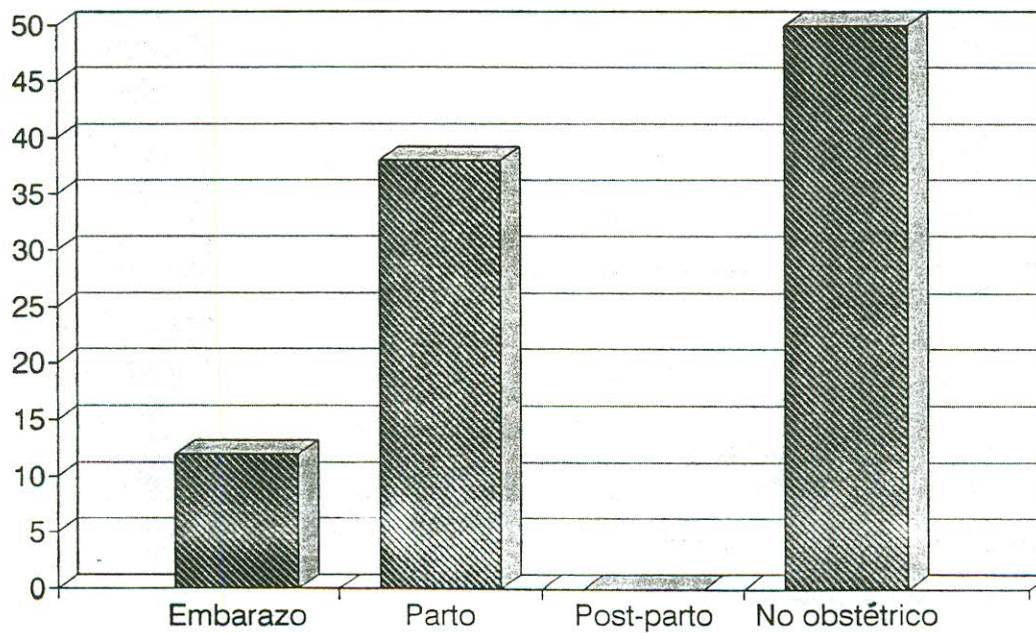


Fuente: Ficha de recolección de datos

FAMILIAR

Gráfica No. 2

Mortalidad Materna

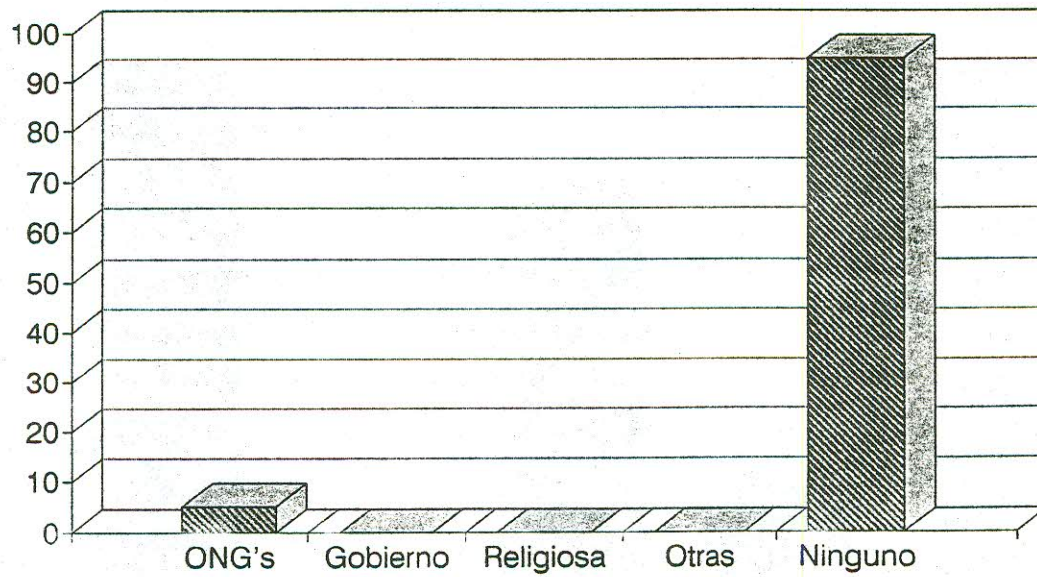


Fuente: Ficha de recolección de datos

FAMILIAR

Gráfica No. 3

Atención institucional a madres

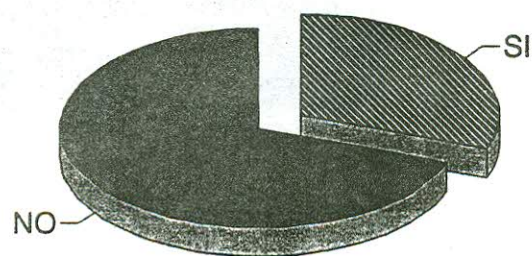


Fuente: Ficha de recolección de datos

COMADRONA

Gráfica No. 4

Alfabetismo

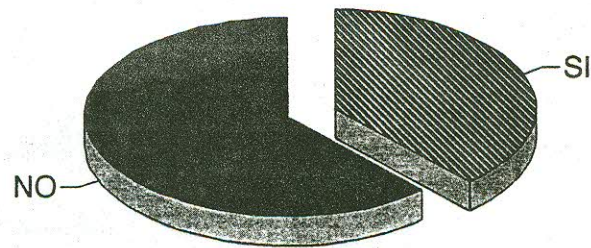


Fuente: Ficha de recolección de datos

COMADRONA

Gráfica No. 5

Adiestramiento al inicio de su trabajo



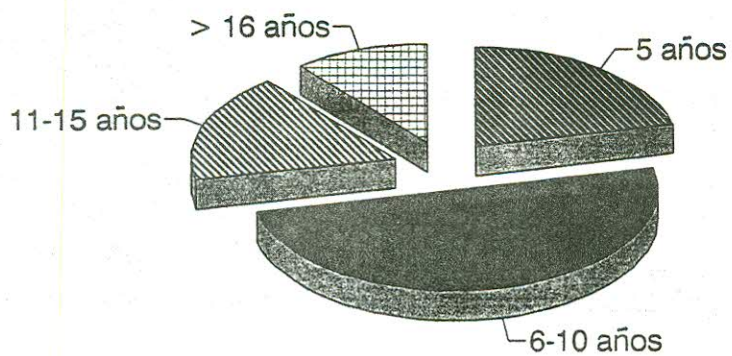
7 de las 8 fueron nombradas por necesidad por toda la comunidad

Fuente: Ficha de recolección de datos

COMADRONA

Gráfica No. 6

Tiempo de trabajo

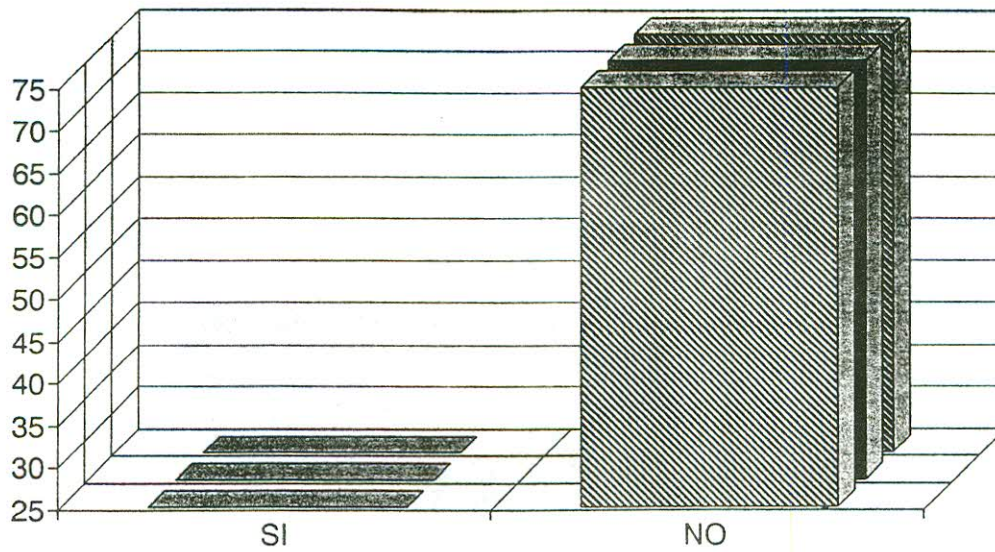


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 7

Alfabetismo

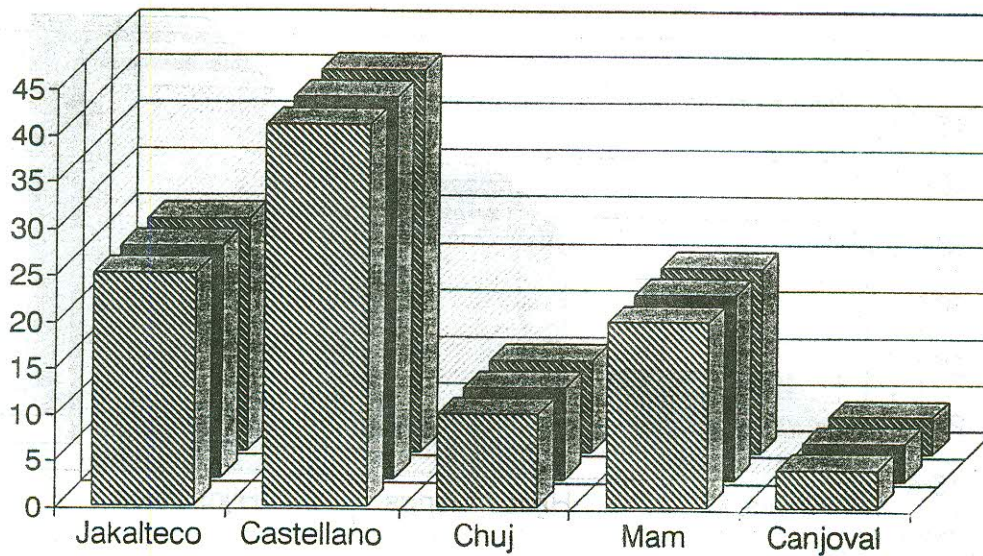


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 8

Idioma

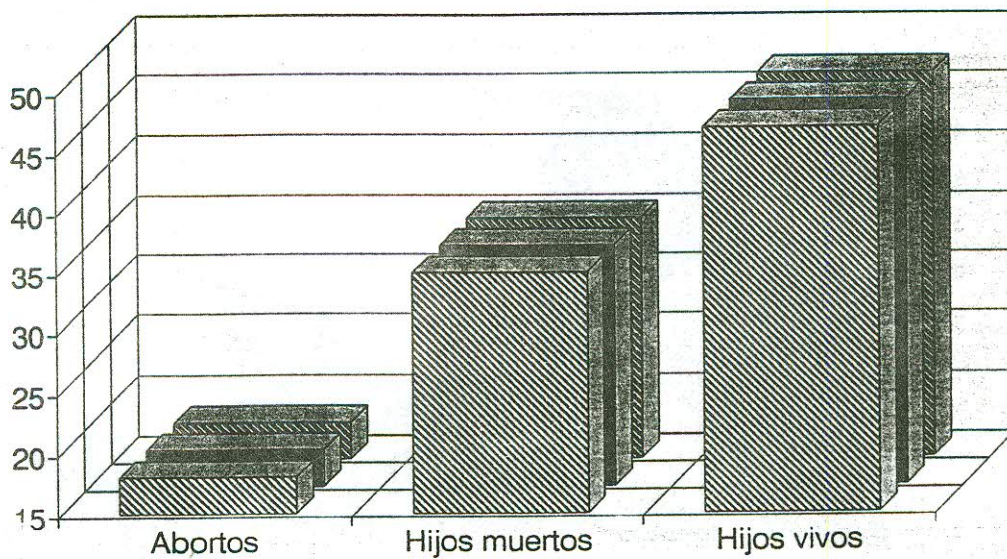


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 9

Madres con abortos/hijos muertos

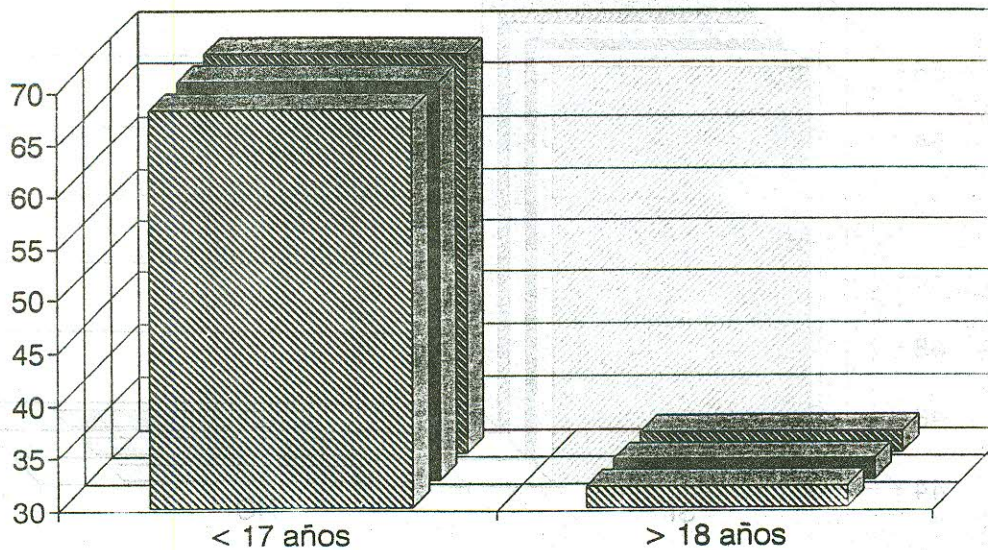


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No.10

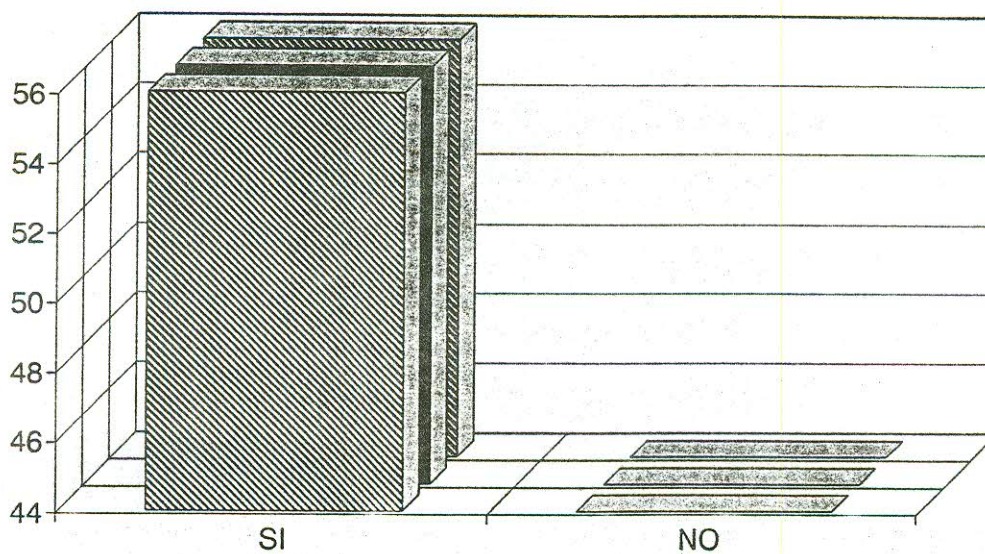
Edad Primer embarazo



ente: Ficha de recoleccion de datos

MADRE

Gráfica No. 11
Control Prenatal

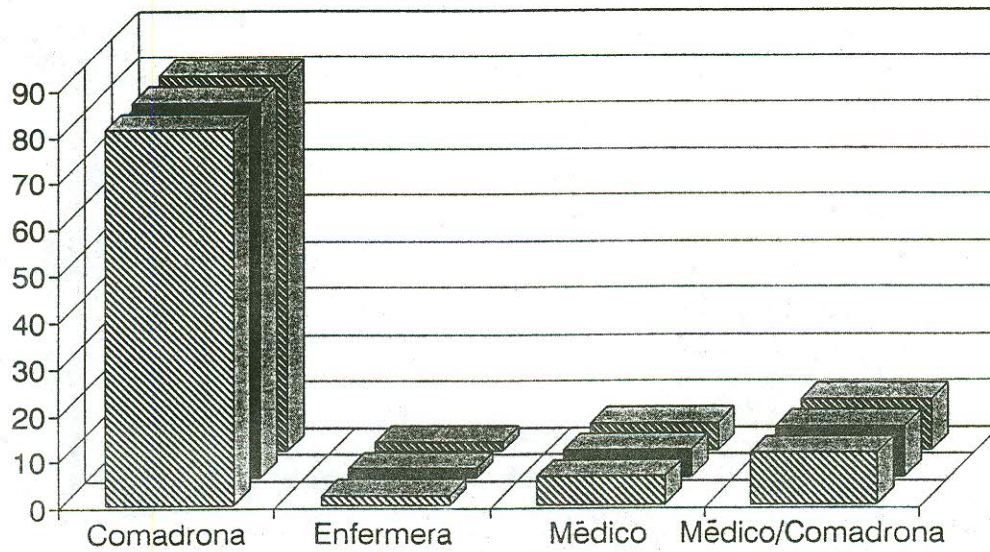


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 12

Ejecución control prenatal

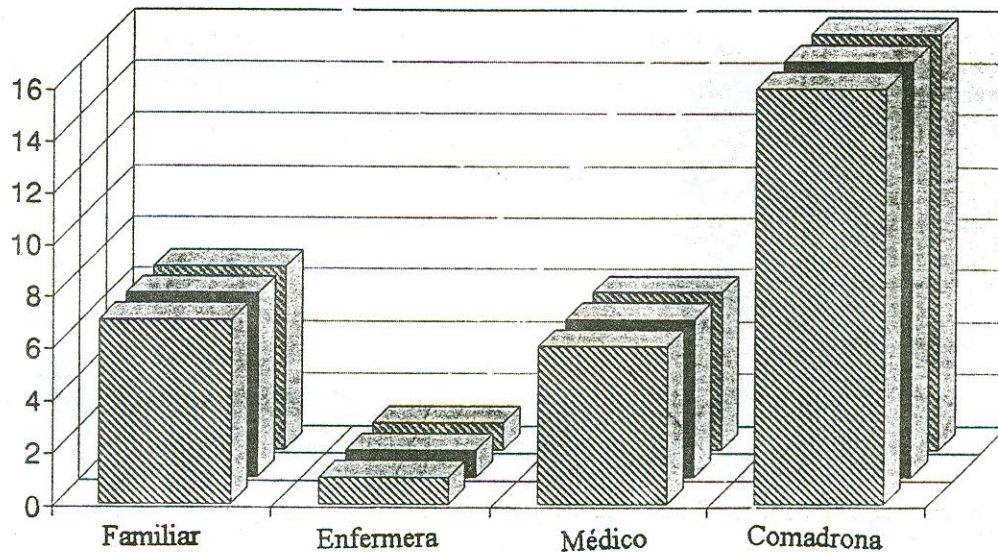


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 13

Atención del parto

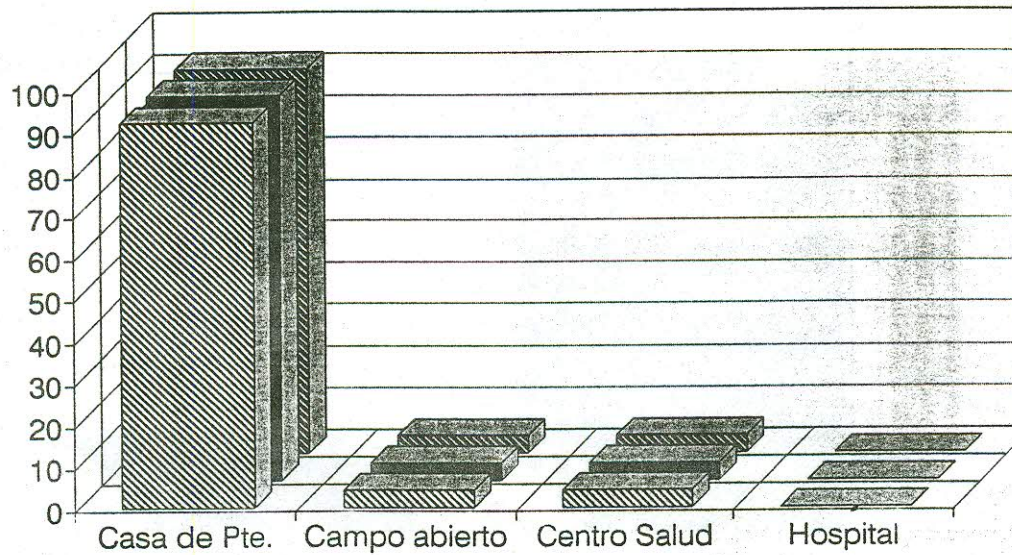


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 14

Lugar atención del parto

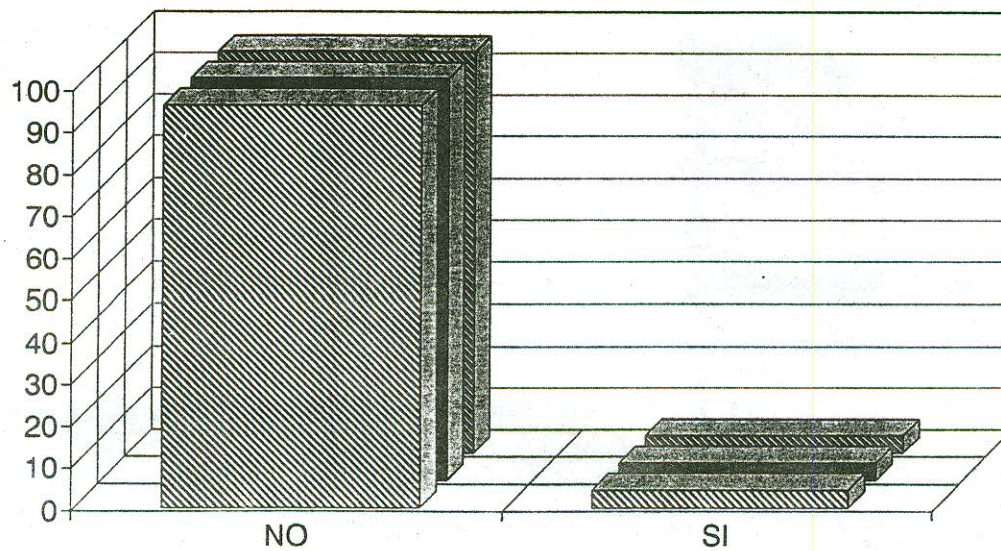


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 15

Control Post-natal

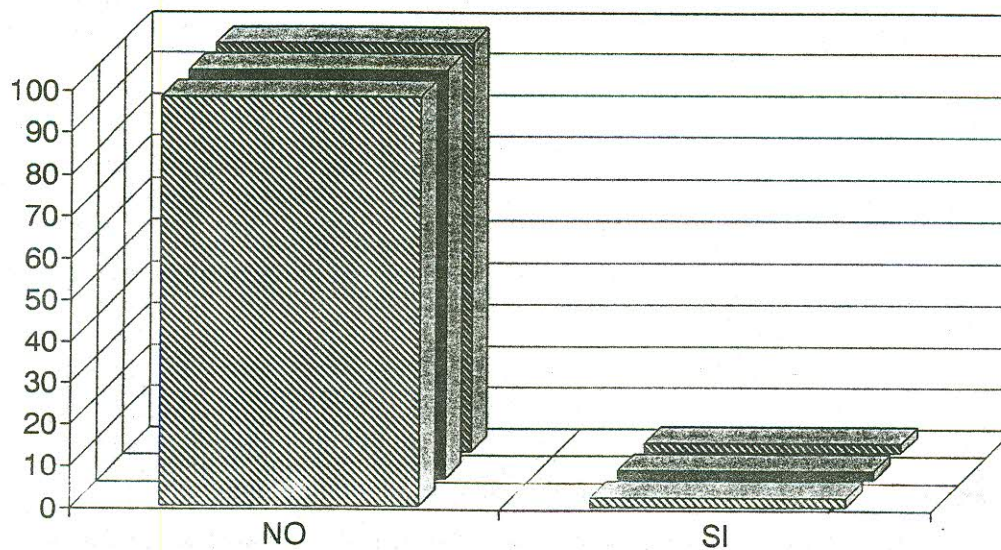


Fuente: Ficha de recolección de datos

MADRE

Gráfica No. 16

Administración toxioide tetanico



Fuente: Ficha de recolección de datos

PRESENTACION DE RESULTADOS

ENCUESTA A POBLACION:

Se aplicaron tres tipos de encuesta en la poblacion. La primera a todas las comadronas de la comunidad; la segunda dirigida al Jefe de la familia y la tercera a la madre de la casa.

Se encuestaron un total de 131 madres correspondientes a 131 familias y a 13 comadronas de la comunidad. Las 131 familias corresponden a un 70% de familias de la comunidad. Las madres encuestadas se comprenden entre los 15 y 45 años de edad, y respondieron al cuestionario completo, conteniendo las preguntas pertinentes a ésta investigación. A todas las visitas domiciliarias me acompañó una comadrona reconocida en toda la comunidad, algunas encuestas no fueron realizadas por ausencia de la madre o persona responsable al momento de ser visitadas, no hubo ningún caso de rechazo.

Se presentan los resultados de 131 encuestas familiares, 131 dirigidas específicamente a las madres y 13 encuestas a las comadronas de la comunidad.

ENCUESTA FAMILIAR

La encuesta mostró que de un total de 131 familias que respondieron, 81 de ellas (61.8 %) informó muertes de familiares mujeres por alguna razón en el período de 1ero. enero de 1980 al 30 abril de 1995. Al especificar las causas de muerte de éstas mujeres sobresale que 40 de ellas, osea el 49%, ocurrió durante el embarazo y especialmente durante el parto, como lo demuestran las gráficas No. 1 y 2.

Las muertes por causas No obstétricas hacen un total de 41 (51 %), y sus causas se atribuyen a factores socioeconómicos, enfermedades y falta de servicios de salud. De éste porcentaje el 22% lo constituye muertes por causas violentas por el CONFLICTO ARMADO. La mayoría de las muertes ocurrieron en Guatemala y durante el desplazamiento (Preguntas 3 y 4).

En lo que respecta a la atención a las mujeres en etapa de embarazo, parto y posparto, las familias manifestaron que en su mayoría no existe una institución que les presta algún tipo de atención, en una minoría reportaron que únicamente reciben ayuda de las Organizaciones No Gubernamentales (Gráfica No. 3)

Por parte del Gobierno de Guatemala, reportan que NO han recibido ninguna ayuda para el desarrollo de la comunidad, esto implica salud, educación, vivienda, infraestructura comunitaria, etc. y que ésta ayuda la reciben de las Organizaciones No Gubernamentales y ayudas Internacionales.

Por muerte violenta a causa del CONFLICTO ARMADO, 86 familias (65%), reportan familiares muertos. Todos ellos, los familiares responsabilizan al Ejercito de Guatemala por las muertes.

ENCUESTA A COMADRONAS

El total de comadronas encuestadas fué de 13. De ellas, 9 no saben leer ni escribir. Además, 7 iniciaron su trabajo como comadronas nombradas por necesidad por la comunidad sin ninguna adiestramiento previo (Gráfica No. 4 y 5).

En su estancia en el Refugio (México), las comadronas recibieron adiestramiento institucional por ONG'S, proporcionado por un médico de la organización (Preguntas 5, 6, 7). Actualmente reciben adiestramiento por una ONG (Pregunta 17).

Las comadronas han encontrado distintas complicaciones durante la gestación, parto y distintas de causas de muerte materna (Preguntas 9, 10, 12). Durante el embarazo: Hemorragias, Abortos, Trabajo de Parto Prematuro, etc. Durante el parto: Hemorragias, Desproporción Cefalopélvica, Situación Transversa, Retención de placenta etc. Las principales causas de muerte materna: Hemorragias y Abortos. Complicaciones que concuerdan con datos de morbilidad materna en Guatemala.

Ninguna de las comadronas utiliza fetoscopio durante el control prenatal, sin embargo todas manifiestan proporcionar a las pacientes consejos sobre higiene y alimentación (Preguntas 8, 15 y 16).

La mayoría de las comadronas (10), tienen más de 6 años de trabajo. (Gráfica No. 6).

MADRE

La totalidad de las madres se dedican a los oficios domésticos y en su mayoría son mujeres casadas y unidas. Los esposos se dedican a la agricultura, además que algunos son promotores de salud y trabajan en la albañilería y en la Junta Directiva. (Preguntas 3, 4, 5).

El 75 % de las madres encuestadas (99), no saben leer ni escribir (Gráfica No. 7).

Todas las madres de la comunidad hablan el castellano, sin embargo 26 % dominan también el idioma Jakalteco; 21 % Mam; 10 % Chuj; 5 % Canjoval. Sólo el 41 % de todas hablan sólo el castellano. (Gráfica No. 8).

De las 131 mujeres entrevistadas, 23 de ellas (18 %) han experimentado uno o más de un aborto y 47 señoras (37 %) han tenido mortinatos y/o hijos muertos antes de cumplir 1 año de vida (Gráfica No. 9, Pregunta 8).

El 69 % (90) de las madres, se embarazaron antes de los 17 años (Gráfica No. 10).

Sólo 74 madres (57 %) acudieron a control prenatal. Dicho control no fué realizado por ninguna institución. De las madres que acudieron control prenatal y que lo hicieron con comadronas representa el 92 % (Gráfica No. 11 y 12, Pregunta 11).

La atención de los partos lo realizaron en su mayoría, 78 %, las comadronas, luego, el 16% de los partos fueron atendidos por familiares. 117 pacientes (93 %) les asistieron sus partos en sus hogares, en una minoría en campo abierto, centro de salud y Hospital Regional (Gráfica No. 13 y 14).

Aproximadamente el 80% (105 pacientes), no ingieren vitaminas prenatales durante el embarazo (Pregunta 13).

El número de pacientes que NO asisten a control postnatal es de 97 %, lo que representa a 122 pacientes (Gráfica No. 15).

El número de pacientes a quienes NO se les administra Toxoide Tetánico es de 124 pacientes, lo que representa a un 98 % de todas las mujeres encuestadas (Gráfica No. 16)

La totalidad de las pacientes manifiestan que el Desplazamiento y Conflicto Armado les influyó como mujeres, como madres (en período embarazo, parto y postparto), (Pregunta 19)

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

FAMILIAR

Para llevar a cabo la investigación se contactó con las comadronas de la comunidad, una de ellas me acompañó a todas las casas de la comunidad. Hubo casas en las cuales no se encontró la familia y en otras en donde sólo se encontraban niños, dichas casas se descartaron para la investigación. En algunas casas se necesitó traductora.

En la comunidad existen, según datos de CEAR 1994, un total de 410 mujeres, de ellas, las comprendidas en el período obstétrico (15 a 45 años), son 200. La encuesta se realizó a jefes de familia y a la señora de la casa. Asentados en Guatemala, desde 12 enero de 1994. Es pertinente aclarar que no existen datos recientes sobre tasas de morbimortalidad materna y natalidad.

Del total de familias, el 61% de ellas (81) reportó familiares mujeres muertas desde el lero. de enero de 1980 al 30 abril de 1,995, la mitad de las muertes fué por causa obstétricas y la otra mitad por causas no obstétricas. No es posible dar datos ciertos sobre la mortalidad general femenina por año, dado que en éste estudio únicamente proporciona datos globales para el período anteriormente mencionado. Sin embargo si asumimos que la proporción de mortalidad general anual de mujeres fué de 5.4 en éstos 15 años (81 muertes femeninas/ 15 años), por lo que la Tasa de mortalidad general anual en ésta comunidad es de 13.17 x 1000 (5.4 muertes anuales/ 410 total de mujeres x 1000), alto si comparamos dicho dato con la Tasa de mortalidad general específicamente de Huehuetenango para 1994 (7.4 x 1000). Respecto a la mortalidad materna, tampoco se pueden hacer calculos precisos, pero si seguimos el razonamiento anterior se considera que las muertes por causas obstétricas directas, tienen una proporción de 2.67 muertes por año en éstos 15 años (41 muertes maternas/ 15 años), en base a éste dato se puede calcular la tasa de mortalidad materna general anual en ésta comunidad que es de 133.5 X 10,000 Nacidos vivos (2.67 muertes maternas anuales / poblacion entre 15-45 años de la comunidad x 100,000 Nacidos Vivos). Demasiado alto si lo comparamos con la Tasa de mortalidad materna encontrada para el departamento de Huehuetenango en 1994 (20.4 x 10,000 NV). La mayoría de las muertes por causas obstétricas ocurrieron en Guatemala y durante el desplazamiento.

De las muertes por causas no obstétricas, se debió principalmente factores socioeconómicos, luego enfermedades comunes, falta de servicios de salud y con un alto porcentaje al CONFLICTO ARMADO (muerte violenta). La mitad de éstas muertes ocurrieron en estancia en Guatemala, el resto ocurrió durante el desplazamiento y estancia en el refugio (México).

La gran mayoría de las familias (96%) reportaron que NO han recibido atención las mujeres durante las etapas de embarazo, parto y puerperio, las restantes manifiestan que la ayuda la han recibido de ONG'S.

En cuanto al desarrollo comunitario, salud, educación, vivienda e infraestructura comunitaria etc. el gobierno guatemalteco no les ha brindado ningún tipo de ayuda. Sin embargo, la ayuda la han recibido de Organizaciones no gubernamentales, entre ellas : Ceiba, Médicos sin fronteras, Fundación Rigoberta Menchú, Ceci-Acnur, Sadegua, Procuraduría de Derechos Humanos, Confregua, Voluntarios, etc.

El 65% de las familias entrevistadas reportaron haber tenido uno o más de un familiar muerto, todos ellos hombres, por causa directa del CONFLICTO ARMADO (muerte violenta), y la totalidad de las muertaes se la atribuyen al Ejercito de Guatemala.

COMADRONA

El total de comadronas en la comunidad es de 15, sin embargo sólo se logró entrevistar con 13 de ellas.

Nueve de ellas no saben leer ni escribir, cuatro manifestaron que si.

Ocho de ellas fueron nombradas por la comunidad por necesidad de tener comadronas, por que ellas no recibieron adiestramiento al inicio de su trabajo o nombramiento. Luego doce de ellas han recibido adiestramiento institucional por ONG'S y específicamente por un médico en MEXICO.

En su trabajo ninguna utiliza el Fetoscopio.

Las principales complicaciones que han encontrado durante el embarazo, en orden de prioridad: Hemorragias, Abortos, Trabajo de parto prematuro, situaciones transversas. Las principales complicaciones que han encontrado durante el parto, en orden de prioridad: Hemorragias, Desproporción cefalopélvica, situación transversa, retención de placentas. Complicaciones frecuentes en la literatura nacional.

Ninguna de ellas utiliza medicamentos durante el embarazo y parto ni después de éste. Si utilizan la medicina tradicional:

TE DE MANZANILLA	Acelerar el parto y energia.
HIERVA BUENA	Acelerar el parto.
ESCENCIA MARAVILLOSA	Acelerar el parto.

Principales causas de muerte materna que han encontrado son debido a Hemorragias y Abortos. Datos que concuerda con la Mortalidad materna en el depto. de Huehuetenango para 1989 (Hemorragias (35%), Abortos (9%), Sepsis (28%), Toxemia (14%). Sin embargo, la sepsis y toxemia son patologias que desconocen las comadronas como para describirlas.

El total de las comadronas manifestaron que el desplazamiento y el Conflicto Armado influyó en la atención a sus pacientes, por las causas siguientes: No hubo adiestramiento, no atendieron pacientes, las pacientes no asistían a controles, no habían servicios de salud cercanos y muerte de mujeres durante el embarazo y parto.

Todas las comadronas dan consejos sobre higiene y alimentación.

El adiestramiento actual de las comadronas la reciben de ONG'S.

Siete de ellas tienen entre 6 a 10 años trabajando como comadronas; tres de ellas tienen menos de 5 años trabajando; dos de ellas tienen entre 11 a 15 años y sólo una tiene 20 años de trabajo como comadrona.

M A D R E

El total de madres entrevistadas en la comunidad fué de 131, de las cuales cuatro de ellas son primigestas y una de ellas es trigesta-nulípara (por aborto habitual).

La totalidad de ellas se dedican a oficios domésticos, siendo en su mayoría casadas y una minoría unidas. Los esposos se dedican a la agricultura en un 98%, otros se dedican a la carpintería y albañilería además que algunos son promotores de salud (13 personas), de agricultura y otros que pertenecen a la junta directiva de la comunidad.

El 88% de las entrevistadas hablan castellano y otro idioma, entre ellos, en orden de importancia, Jakalteco, Mam, Chuj, Canjoval, un 12% sólo hablan chuj.

El 75% de las madres entrevistadas no saben leer ni escribir.

De todas las madres entrevistadas, se reportan un total de 712 gestas en éstos 15 años, lo que hace un promedio de 5.4 gestas por madre.

El 16% de las gestas llegaron a ser mortinatos e hijos muertos antes del 1er. año de vida lo que permite hacer un estudio sobre la mortalidad infantil. El 6% de las gestas terminaron en aborto, lo que demuestra que dicha patología es una de los principales de riesgo de muerte materna en éstas poblaciones.

El 69% de las gestantes tuvieron su primer embarazo antes de cumplir los 17 años, que es uno de los principales factores de riesgo en la morbimortalidad materno-infantil en Guatemala.

Sólo 74 de las mujeres han asistido a controles prenatales, lo que representa el 57%. De ellas, el 86% de control prenatal lo realizan las comadronas y las restantes por médicos y comadronas.

En cuanto a la atención de partos el 78% de los mismos son atendidos por las comadronas, un 15% por familiares y el resto por médico y enfermeras. El lugar de atención de los partos se realiza en el hogar de la paciente e un 92% (117 mujeres), las restantes se realizaron en campo abierto, centro de salud y hospital regional. La atención institucional es demasiado bajo, si lo comparamos con las cifras nacionales de atención de partos, donde el 30% de los mismos se realizan a nivel institucional.

El 80% de las mujeres en período de gestación (105) no ingiere vitaminas prenatales, ni después del mismo, a la vez que a un número mayor de pacientes no se administra Toxide Tetánico, durante la gestación, lo que provocaría, cierto riesgo de muerte infantil por tétanos neonatal.

El 97% de las gestantes no tienen control después de tener su parto (control posnatal).

La totalidad de las mujeres manifestaron que El Conflicto Armado y el Desplazamiento si les influyó de la siguiente manera: miedo, tristeza, frustración, abandono de pertenencias, enfermedades; FALTA DE: alimentación, vivienda fija, dinero, comadronas, atención prenatal, servicios de salud; partos a campo abierto, violación de mujeres, muerte de recién nacidos y de familiares.

CONCLUSIONES

FAMILIAR:

1. La mitad de las mujeres que murieron del 1er. de enero 1980 a abril de 1995 ocurrió en periodo obstétrico (embarazo, parto y posparto), primordialmente durante el parto. La otra mitad fue por factores socioeconómicos, enfermedad común, falta de servicios sanitarios y especialmente por el CONFLICTO ARMADO (muerte violenta).

2. En ésta comunidad, la tasa de mortalidad general femenina es alta. Y mucho mas alta la tasa de mortalidad materna, en comparación con las tasas específicas para el departamento de Huehuetenango.

3. En su mayoría, las mujeres, no han recibido ningún tipo de ayuda por el gobierno guatemalteco en la atención durante su periodo obstétrico. En cuanto al desarrollo comunitario, no han recibido ayuda gubernamental. La ayuda la han recibido de las ONG'S, entre ellas : CEIBA, CONFREGUA, CECI-ACNUR, SADEGUA, FUNDACION RIGOBERTA MENCHU, MEDICOS SIN FRONTERAS, PASTORAL SOCIAL, PROCURADURIA DE DERECHOS HUMANOS, ACOMPAÑANTES VOLUNTARIOS etc.

4. Las familias que reportaron familiares muertos, culpabilizan al Ejercito Guatemalteco por dichos asesinatos.

COMADRONA:

1. La mayoría de las comadronas no saben leer ni escribir. Ninguna de ellas utiliza fetoscopio. Actualmente todas reciben adiestramiento por una ONG.

2. La prevalencia de complicaciones durante el embarazo que han encontrado: Hemorragias, Abortos, Trabajo Parto Prematuro, Situación transversa. Prevalencia de complicaciones que han encontrado durante el parto: Hemorragias, Desproporción cefalopélvica, Situación transvsearsa, Retención de placenta. Distinguen las principales causas de muerte materna : Hemorragias y abortos.

3. Ninguna de las comadronas prescribe medicamentos durante el embarazo y parto. Todas dan consejos sobre higiene y alimentación.

MADRE:

1. Todas se dedican a oficios domésticos. La gran mayoría hablan castellano y un segundo idioma, entre ellos: Jakalteco, Mam, Chuj y Canjoval.

2. Existe un alto grado de analfabetismo, al igual que un alto número de embarazos juveniles lo que aumenta el riesgo materno-fetal.

3. Poco más de la mitad de las mujeres asisten a controles prenatales. Estos, en su mayoría lo realizan comadronas de la comunidad.

4. La mayoría de los partos los atienden comadronas y una minoría familiares, en las casas de los pacientes.

5. La mayoría de las gestantes no tomam vitaminas prenatales durante el embarazo y no se les administra Toxoide Tetánico ni asisten a controles posnatales.

6. La totalidad de las madres manifestaron que si influyó el Desplazamiento y Conflicto Armado, como mujeres y/o madres, de la siguiente forma:

PSICOLOGICO (miedo, tristeza, frustración).

SALUD (enfermedades infecciosas, desnutrición).

SERVICIOS DE SALUD (Falta comadronas, médicos, puestos de salud y/o hospitales, falta atención prenatal).

Falta de dinero, vivienda, dinero.

Muerte de Recién Nacidos y familiares.

Violación a mujeres.

Partos a campo abierto.

7. Existe una amplia organización directiva y comunitaria por todas las familias, lo que permite que solos con las ONG'S salgan adelante.

RECOMENDACIONES

1. Exigir al gobierno guatemalteco a través de la CEAR, que se involucre en el desarrollo comunitario (educación, salud, vivienda, adiestramiento, formación, infraestructura etc.) de las poblaciones de Retornados y que NO se limite a sólo a las "bienvenidas" de las poblaciones.
2. Seguir con programas de adiestramiento a las comadronas, gubernamentales y no gubernamentales, que incluya: Alfabetización, utilización de fetoscopio, utilización de ficha de control prenatal y posnatal, prescripción de vitaminas prenatales y administración de Toxoide Tetánico a pacientes y programas de temas gineco-obstétricos.
3. Creación de una clínica específica equipada en la comunidad para controles prenatales, atención del parto y control posnatal, atendidas por las comadronas de carácter rotativo (turnos).
4. Crear campañas de alfabetización para jóvenes y adultos, especialmente a mujeres de la comunidad.
5. Dar charlas a los jóvenes sobre embarazo, familia, educación sexual, anticoncepción, para evitar el embarazo juvenil, alto en éstas poblaciones y que representan riesgo manterno-fetal.
6. Crear conciencia en las mujeres gestantes y no gestantes en la necesidad de asistir prematuramente a los controles prenatales, atención de partos y controles posparto por comadronas adiestradas en la clínica específica.
7. Suministrar a las gestantes Toxoide Tetánico a las embarazadas, además de prescribir vitaminas prenatales a las pacientes, a través de las comadronas y promotores de salud.
8. Solicitar apoyo a otras ONG'S nacionales e internacionales que se involucren en el desarrollo comunitario de las distintas poblaciones de Desplazados Retornados.
9. Concientizar a las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala en sus distintas unidades académicas que se realice investigaciones y servicio a las áreas de poblaciones de Desplazados Retornados.
10. Iniciar nuevos estudios de investigación en los distintos grupos de la comunidad, especialmente el INFANTIL.
11. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de sus regionales de salud, el llevar servicios sanitarios a las distintas poblaciones de Retornados.
12. FIRMA DE LA PAZ y cumplimiento de los Acuerdos. De ésta manera evitar el enfrentamiento actual en Nentón. Además del retiro del destacamento militar en las Palmas (a 1 km. de Nueva Esperanza).

RESUMEN

El presente estudio se efectuó en la Comunidad de Retornados NUEVA ESPERANZA, en el municipio de Nentón Huehuetenango. Comunidad de 874 personas, 410 mujeres, de ellas 200 se encuentran por arriba de los 15 años.

Para la investigación se utilizó una encuesta y a través de la compañía de una comadrona de la comunidad se visitó todas las casas.

En los últimos 15 años, en donde éstas familias vivieron el período de represión, desplazamiento y refugio, hubo un alto número de muertes maternas directas.

Actualmente, en la atención a las madres y desarrollo comunitario NO han recibido ningún tipo de ayuda por parte del Gobierno de Guatemala, la ayuda la reciben de las Organizaciones No Gubernamentales.

En cuanto a las comadronas, la mayoría de ellas son analfabetas, sin embargo si han recibido adiestramiento para el control de embarazos y atención de partos.

Dentro de los riesgos maternos que se encuentran en éstas comunidades se presentan un alto número de analfabetismo, embarazos juveniles, la mitad de la población en edad fértil asisten a controles de embarazos. No se administran Toxoides Tetánico durante la gestación no ingieren vitaminas prenatales y no asisten a controles postnatales. Los partos fueron atendidos en la casa de las pacientes y en algunos casos, atendidos por familiares.

Todas las madres manifestaron que SI les afectó el Conflicto Armado y el Desplazamiento con efecto Psicológico, en salud, muerte de familiares, etc.

Se propone que el Gobierno de Guatemala a través de sus instancias correspondientes, preste la ayuda para el desarrollo comunitario con prioridad a poblaciones de desplazadas Retornadas.

Seguir con campañas de adiestramiento a las comadronas, que incluya la prescripción de vitaminas prenatales y la administración de Toxoides Tetánico a las embarazadas. Planificar campañas de alfabetización y de concientización sobre prevención de embarazos juveniles, planificación familiar, asistencia prematura a controles prenatales y posnatales. Así como la creación de una clínica específica para atención de embarazos, partos y puerperios, atendida por comadronas.

Involucrar a la universidad de San Carlos a través de sus distintas unidades académicas para la investigación y servicio de comunidades de Desplazados Retornados.

Y como parte importante del desarrollo de todas las comunidades, especialmente la de Retornados, LA FIRMA DE LA PAZ Y CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS.

BIBLIOGRAFIA

1. Política Institucional hacia el desplazado Interno en Guatemala. AVANCSO 1990. Cuaderno No. 6
2. The Mayas Discover Spain from the Annals of Cakchiquel in Guatemala in Rebellion: Unfinished History, Brove press. Inc. New York, 1983.
3. Trabajadores Temporeros en la agricultura Centroamericana. Programa Medicina del Trabajo. Facultad de Medicina USAC.
4. AID/Washington y Developmet Associates op. cit. p.6
5. La política de Desarrollo del Estado Guatemalteco 1986-1987 cuadernos de Investigación No. 2 Guatemala abril de 1988 pp. 107
6. Final Report: Programa de Ayuda para los vecinos del Altiplano (PAVA) usaid Washington DC PP. 3
7. Entrevista con Ing. Rolando Paiz Masellu ex-director CRN (1987-1988) Persona destacada actividades para desplazados Guataemala 5 demayo de 1988.
8. Central American Refuges in the United States Center for Immigration polcy and Refugee Assistance Georgetown, University, Washington 1987.
9. Procedimiento para establecer la Paz Firme y Duradera en Centroamérica punto No. 8 Guatemala 7 agosto de 1988.
10. Comisión Internacional de Verificación y Seguimiento (CIVS) en el informe sobre los Progresos en el cumplimiento de los Acuerdos del Procedimiento para alcanzar la Paz Firme y Duradera en centarocamerica. Parrafo 6, 14 enero, 1988.
11. Enfoque de Género en el trabajo con las mujeres Refugiadas, Repatriadas y Desplazadas PNUD, ACNUR 18-21 febrero 1992. Guataemala.
12. Aguayo Sergio, Las poblaciones, Desplazaadas en la Recuperacion y el Desarrollo centroamericano San José, Costa Rica 1987.
13. Convención dela ONU de 1951 y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto dae los REfugiados. Acta de contadora 1984. De-claración de cartagena sobre los Refugiados Cartagena 19-22 Noviembre 1984.

14. Memoria de labores 1994. Comisión Nacional para la Atención Repatriados, Refugiados y Desplazados CEAR.
15. Enfoque de genero en el trabajo con las mujeres Refugiadas, Repatriadas y Desplazadas. FOREFEM Febrero 1992 Guatemala.
16. Políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 1993. pp 16
17. Los desplazados, Refugiados y Repatriados en el marco del Desarrollo económico y social en C.A. CIREFCA (PNUD) mayo 1989.
18. Diagnostico, Estrategia y Propuestas del Proyecto, Documento de Guatemala CIREFCA 29 al 31 de mayo de 1989.
19. ACNUR y la Importancia de su cooperación para los Refugiados guatemaltecos, OSCAR BAUTISTA (COMUNIDAD VICTORIA 20 DE ENERO, LL993. Escuela de Ciencia Política. USAC
20. Perfil de Pobreza en Guatemala . INE FNUAP, JULIO 1991.
21. Población, Salud Reproductiva y Desarrollo FNUAP, DGSS Guatemala 1991.
22. Unidad Informatica DGSS 1993. Lineamientos de Políticas de Salud.
23. Martinez, Rony. Mortalidad Materna, Tesis de Investigación Facultad de Medicina, USAC 1994.
24. Juarez, Hjalmar Mortalidad Materna, Tesis de Investigación Facultad de Medicina, USAC 1994.
25. Cifuentes, siomara Mortalidad Materna, Tesis de investigación. Facultad de Medicina, USAC L994.
26. Prevención de la Mortalidad Materna, Ginebra 1991 Cap. 2,4 5, 6, sp. OMOS
27. Stock, Richard, Embarazo Ectópico, Nuevos conceptos y problemas. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas 1990
28. Distribución Poblacional Repatriada , CEAR 1994.
29. Declaracion de Guatemala para una Maternidad segura. APROFAM, MSPAS 1992, Guatemala.
30. Casas, Juan Antonio. Análisis de la situación de Salud por regiones. OPS/OMS Guatemala 1992.
31. Mortalidad Materna. MSPAS, OPS/OMS 1989

32. Prado, Eduardo. Comunidades de Guatemala. 1984
33. Caracterización de la Poblacion Repatariada en Guatemala "Retorno colectivo a finca Chacula" CEAR 1994.
34. Caracterización de la población Repatriada en Guatemala periodo enero-diciembre, CEAR, COMAR, OIM 1994.
35. Distribución de la población Repatriada de 1987 a 1994, CEAR, 1994.
36. Boleta de recolección de datos, Nueva Esperanza, 1994. CEIBA.
37. Informe sobre la Situación del poder Local en Nentón Coordinación de Organizaciones No Gubernamentales y Cooperativas para el acompañamiento dela poblacion damnificada por el conflicto Aramado. Guatemala marzo de 1993.
38. Dónde está el futuro? Procesos de reintegración en comunidades de Retornados. Cuadaerno No. 8 AVANCSO Julio de 1992.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
TRABAJO DE TESIS
NUEVA ESPERANZA, (CHACULA), NENTON
HUEHUETENANGO, 1995.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

FAMILIAR

1. Murió en ésta familia alguna mujer por cualquier razón en el periodo del lero. enero de 1980 al 30 abril de 1995?
SI _____ NO _____
2. La muerte de la mujer ocurrió durante:
EMBARAZO _____
PARTO _____
PUERPERIO _____
NO OBSTETRICO _____
3. Si la muerte de la mujer no es obstétrica a qué atribuye la causa de su muerte?
SOCIOECONOMICOS _____
CONFLICTO ARMADO _____
ACCIDENTES _____
FALTA SERVICIOS DE SALUD _____
ENFERMEDAD COMUN _____
4. La muerte ocurrió en:
ESTANCIA EN GUATEMALA _____
DESPLAZAMIENTO _____
ESTANCIA EN MEXICO _____
ESTABLECIDOS DE NUEVO EN GUATE. _____
5. Qué organización ha prestado la atención a las mujeres en etapa de embarazo, parto y posparto?
ONG'S _____
GUBERNAMENTAL _____
RELIGIOSA _____
OTRAS _____
NINGUNA _____
6. Por parte del gobierno han recibido la ayuda para el desarrollo de la comunidad?
SI _____ NO _____
7. En qué áreas del desarrollo comunitario han recibido ayuda por parte del gobierno?
SALUD _____
EDUCACION _____
VIVIENDA _____
INFRAESTRUCTURA _____
COMUNITARIA _____
8. Si la respuesta fue NO quienes les han ayudado para el desarrollo de la comunidad?

9. Familiares muertos por el conflicto armado?
SI _____ NO _____
10. Muertes realizadas por:
EJERCITO _____
U R N G _____ DESCONOCIDOS _____

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
TRABAJO DE TESIS
NUEVA ESPERANZA (CHACULA), NENTON
HUEHUETENANGO, 1995

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

COMADRONA

1. Nombre: _____
2. Edad actual: _____
3. Lee y Escribe: SI _____ NO _____
4. Fue adiestrada al inicio de su trabajo? SI _____ NO _____
5. Adiestramiento institucional por?
ONG'S _____
GOBIERNO _____
RELIGIOSA _____
NINGUNO _____
6. Adiestramiento personal por:
OTRA COMADRONA _____
PROMOTORES _____
ENFERMERA (A) _____
MEDICO _____
TECNICO SALUD RURAL _____
7. Adiestrada en:
MEXICO _____ GUATEMALA _____
8. Utiliza Fetoscopio? SI _____ NO _____
9. Principales complicaciones que ha encontrado durante el embarazo?
TRABAJO PARTO PREMATURO _____ MOLESTIAS URINARIAS _____
ROTURA PREMATURA MEMBRANAS _____ CONVULSIONES _____
HEMORRAGIAS _____ ABORTO _____ OTRAS _____
10. Principales complicaciones que ha encontrado durante el parto?
SITUACION TRANSVERSA _____ DESPROPORCION CEFALOPELV. _____
RETENCION CABEZA ULTIMA _____ RETENCION DE PLACENTA _____
HEMORRAGIAS _____ CONVULSIONES _____ OTRAS _____
11. Principales plantas medicinales y medicamentos utilizados durante el embarazo, parto y posparto y su utilidad?
A. _____
B. _____
C. _____
D. _____
E. _____
12. Principales causas de muerte materna que ha encontrado? _____
13. Ha influido el desplazamiento y conflicto armado en la atención a sus pacientes? SI _____ NO _____
14. Si la respuesta fué si, cómo ha influido? _____
15. Da consejos sobre higiene? SI _____ NO _____
16. Da consejos sobre alimentación? SI _____ NO _____
17. Reciben adiestramiento actual por:
ONG'S _____ GOBIERNO _____ RELIGIOSO _____ NINGUNO _____
18. Trabajo en años como comadrona:
< 5 AÑOS _____
6 A 10 AÑOS _____ > 16 AÑOS _____
11 A 15 AÑOS _____

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
TRABAJO DE TESIS
NUEVA ESPERANZA (CHACULA), NENTON
HUEHUETENANGO, 1995.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

M A D R E

1. Nombre: _____
2. Edad actual: _____ 3. Oficio: _____
4. Estado civil: CASADA _____ UNIDA _____ VIUDA _____ SOLTERA _____
5. Oficio del Esposo _____ 6. Idioma _____
7. Lee y Escribe: SI _____ NO _____

OBSTETRICOS

8. Gestas: _____ Abortos: _____ HV: _____ HM: _____
9. Edad de primer embarazo: _____
10. Tuvo control prenatal? SI _____ NO _____
11. Quién efectuó el control prenatal a nivel institucional?
ONG'S _____
GUBERNAMENTAL _____
RELIGIOSA _____
NINGUNO _____
12. Quién ejecutó el control prenatal?
COMADRONA _____
ENFERMERA (A) _____
PROMOTOR _____
MEDICO _____
13. Ingiere vitaminas prenatales? SI _____ NO _____
14. Atención del parto por?
COMADRONA _____
ENFERMERA(o) _____
PROMOTOR _____
MEDICO _____
INSTITUCIONAL _____
FAMILIAR _____
15. Lugar de atención del parto?
CASA DEL PACIENTE _____
CLINICA DE COMUNIDAD _____
CAMPO ABIERTO _____
CENTRO DE SALUD _____
HOSPITAL REGIONAL _____
16. Tuvo control posnatal? SI _____ NO _____
17. Le administraron Toxoide Tetánico durante el embarazo?
SI _____ NO _____
18. Su alimentación básica consiste en?

19. Ha influido el desplazamiento y conflicto armado en su embarazo, parto y posparto? SI _____ NO _____
20. Si su respuesta fué sí, cómo ha influido?

ENTREVISTA CON UN MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA COMUNIDAD

Las familias son originarias de los municipios de Santa Ana Huista, San Antonio Huista y Nentón que a raíz del conflicto Armado en la década de los 80' se desplazaron hacia México. La mayoría de las familias se fueron en los años 1981-1982.

Retornaron un 12 de enero de 1994, alrededor de las 20:00 horas; vienen de cinco campamentos diferentes de refugiados en México. En el Retorno ayudaron: ACNUR, COMAR, PROSECO, SETAMEX, CEAR E IGLESIAS.

Al momento del Retorno, a la finca Chaculá, la bautizaron con el nombre de: NUEVA ESPERANZA. Tiene una extensión de 83 caballerías, comprada en 3.5 millones a la empresa ICARUS (dedicados a la explotación forestal, ganadería y cal), a nombre de un hijo de Oscar Berger. El préstamo se dió a través de FONAPAZ Y FORELAP. Posee tres nacimientos de agua.

Se mantuvieron en galeras por cuatro meses, algunos construyeron casas provisionales, mientras se distribuían las tierras para construcción de las casas. Se eligieron a cinco personas y las familias se distribuyeron por afinidad en éstas cinco personas, organizándose en cinco barrios :

Barrio No. 1 Santa Cruz.
Barrio No. 2 Candelaria.
Barrio No. 3 Samuel Ruiz (Obispo de Chiapas) Barrio Central.
Barrio No. 4 Guadalupe.
Barrio No. 5 San José.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE HAN AYUDADO AL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD:

CEIBA:

- Salud y Agricultura.
- Capacitación de Promotores de salud y producción.
- Construcción de clínica.
- Transporte de ptes. al hospital.
- Jornadas de vacunación.
- Capacitación a comadronas.
- Educación.
- Forestación.
- Apoyo a la mujer.
- Mecanografía.

CONFREGUA:

- Movilización, Transporte y alimentación.
- Producción.
- Dinero.

CECI (ACNUR):

- Transporte.
- Estructuras metálicas.
- Donación de un camión.
- Urbanización.
- Forestación.
- Escuela.

SADEGUA:

- Guardería (Proyecto).
- Bodega comunal.
- Auxiliatura.
- Letrinización.

FUNDACION RIGOBERTA MENCHU:

- EPS de agricultura.
- Construcción de bloquera.
- Construcción de casas de block.
- Trámite del Instituto.

MEDICOS SIN FRONTERAS:

- Agua potable a cada casa.
- Capacitación.

PASTORIAL SOCIAL:

- Cooperativismo.
- Partidas de nacimiento.
- Cédulas.
- Certificación de fincas.

PROCURADURIA DE DERECHOS HUMANOS:

- Reconocimiento de tierras antiguas.
- Transporte.
- Vela por el respeto a derechos humanos.

ACOMPAÑANTES VOLUNTARIOS:

- Velar por los derechos humanos.

ORGANICACION GUBERNAMENTAL:

C E A R :

- Boleto de retorno.
- Alimentación por seis meses.
- Láminas y herramientas.

ORGANIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA:

Presidente.

Vice-presidente.

Secretario.

Tesorero.

Vocal.

Comité de Educación.

Comité de vigilancia.

Producción (Forestal, ganadería, agrícola, tierras).

Comercio (Tienda, camión y comedor).

Industria (Quesería).

Comunitario (Promejoramiento, Auxiliar, Sectores).

ORGANIZACION EDUCACIONAL:

Existe una escuela construida através de CECI-ACNUR Y FONAPAZ; 14 maestros de primaria y 7 maestros para secundaria.

MEXICO:

Las tierras a pesar de ser arrendadas, son más productivas. Allá existe más oportunidad de dinero y tierra. Existía más médicos, recursos y capacitación.

GUATEMALA:

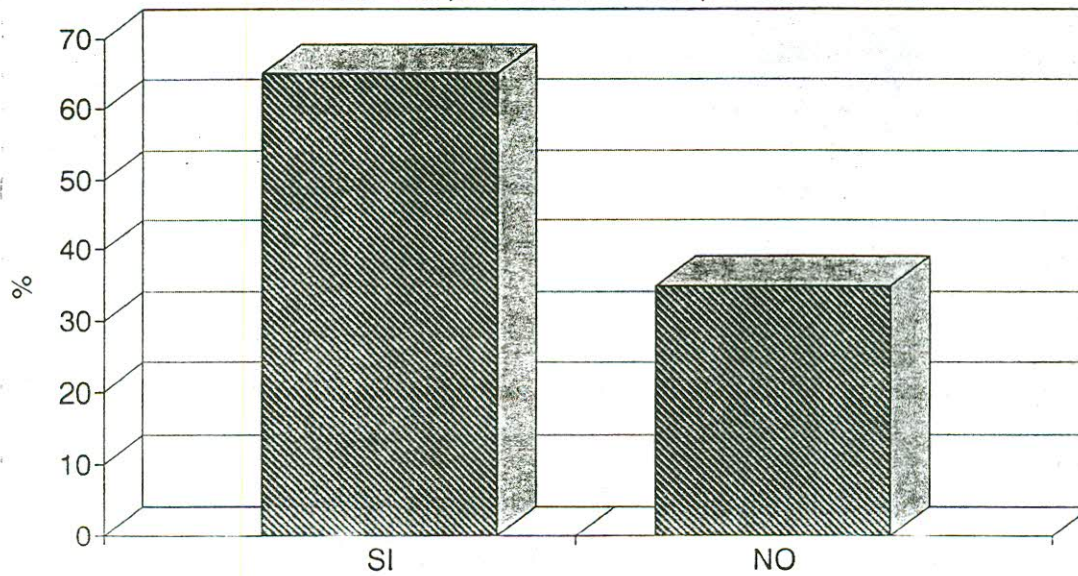
Aquí la tierra es propia. Existe más educación que en México. Pocos alimentos. No existe ayuda por parte del gobierno. "La vida es más cara aquí que en México".

Todavía tienen control por parte de ejército. Al retorno éstos les pidieron que formaran las PAC (Patrullas de Autodefensa Civil), pero se negaron. Manifiesta que el ejército ocupa las tierras.

Existe todavía conflicto armado en la región. Existe un destacamento del ejército a un Km. de la comunidad.

FAMILIAR

Familias con parientes muertos por el conflicto armado *

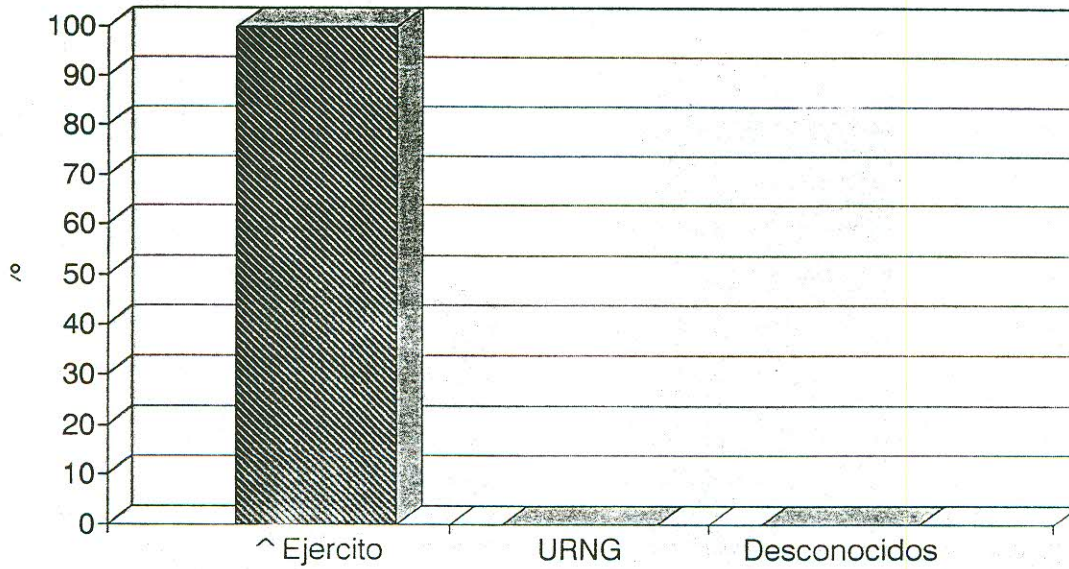


Fuente: Ficha de recoleccion de datos

* Reportado por familiares.

FAMILIAR

Muertes ejecutadas por *

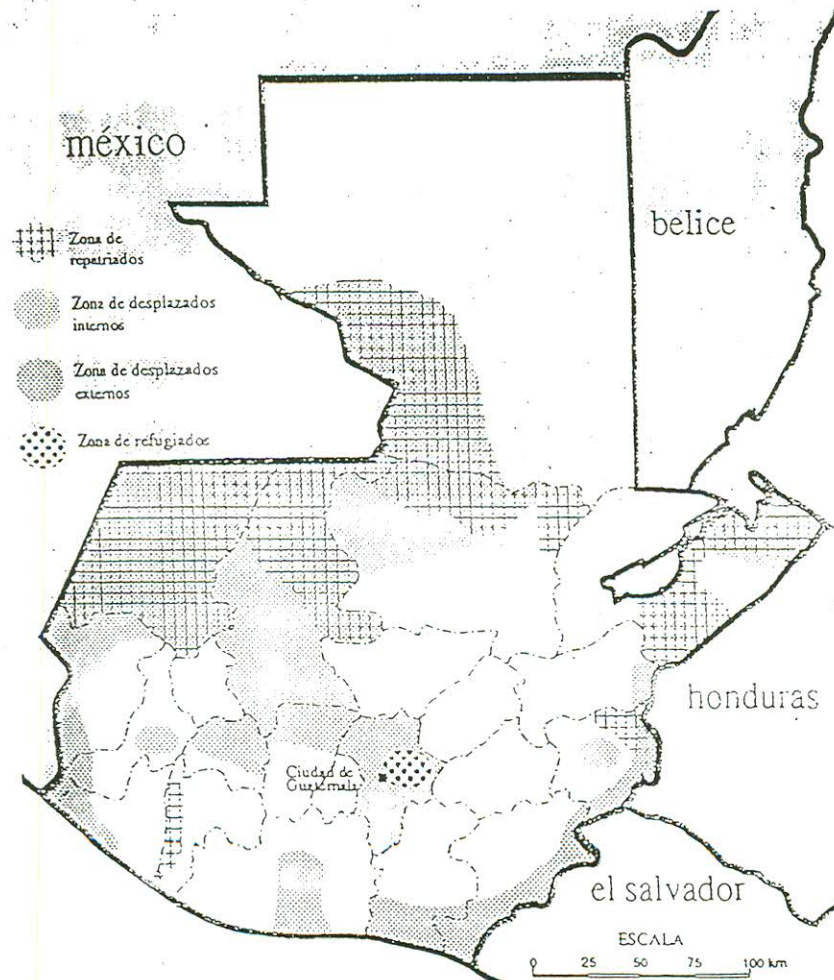


Fuente: Ficha de recoleccion de datos

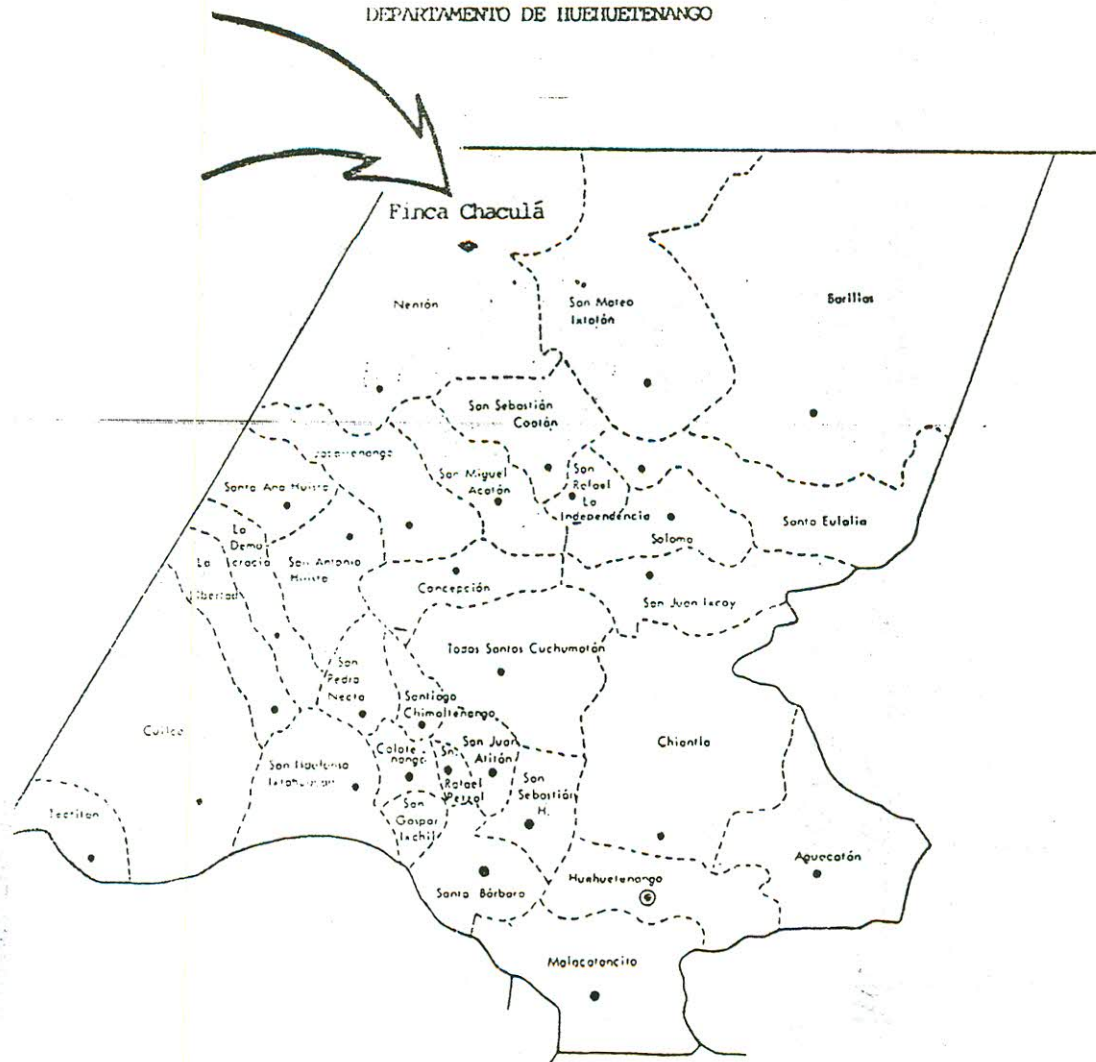
Las familias afectadas reportaron uno o mas de un familiar muerto todos varones

* Reportado por familiares.

GUATEMALA: AREAS CON PRESENCIA DE POBLACIONES DESARRAIGADAS

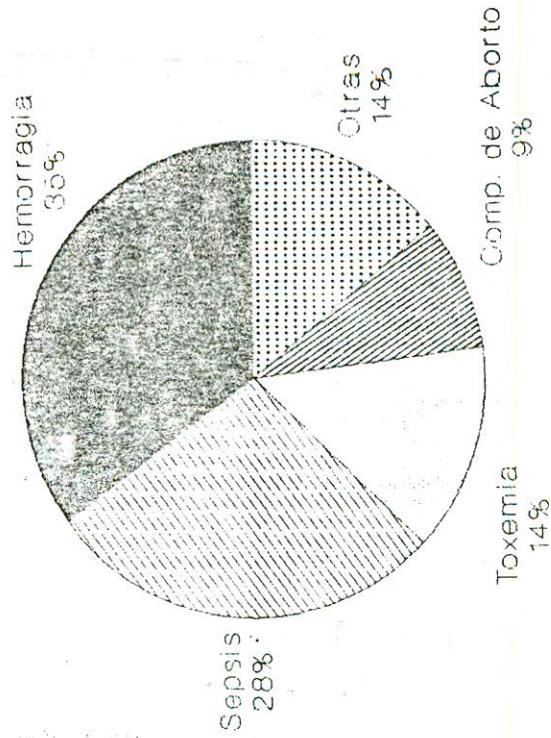


DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO



Mortalidad Materna en Guatemala 1989

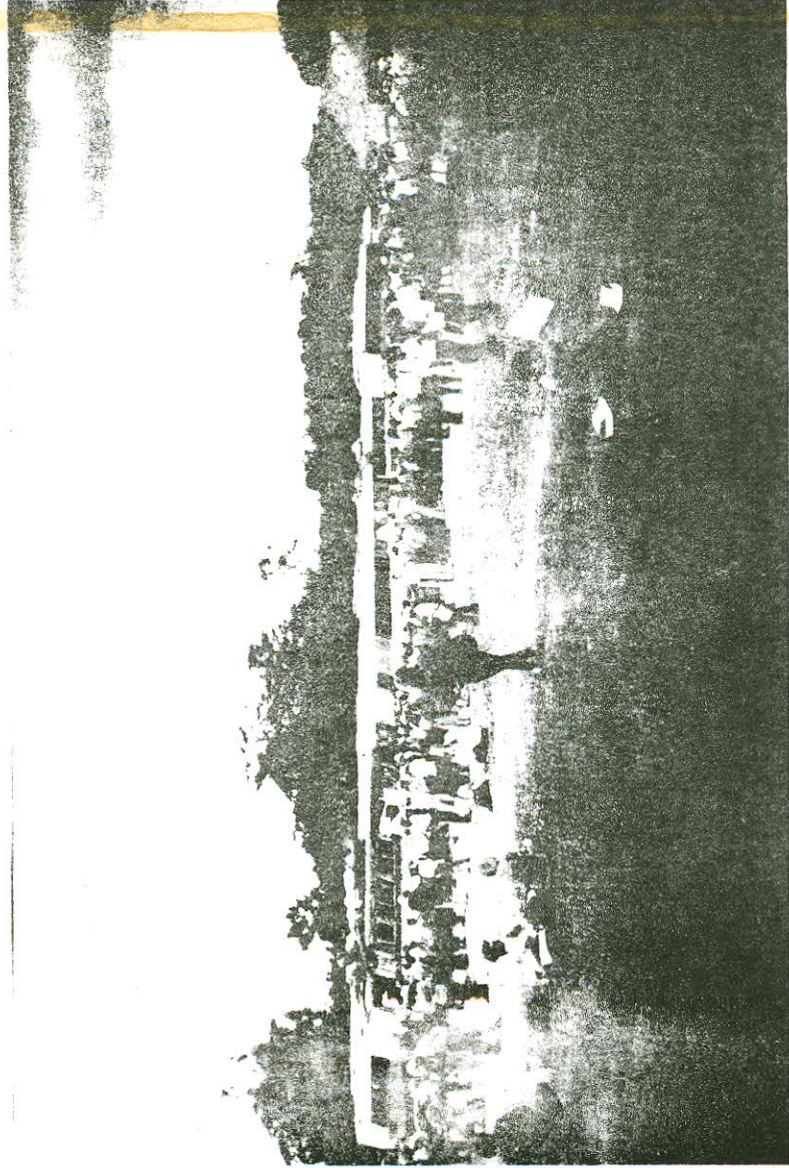
Departamento de Huehuetenango



Mortalidad por causa

estudio-investigacion

PROCESO DE RETORNO A NUEVA ESPERANZA
ENERO DE 1994.



ESTABLECIDOS EN FINCA CHACULA
"NUEVA ESPERANZA, NENION"

