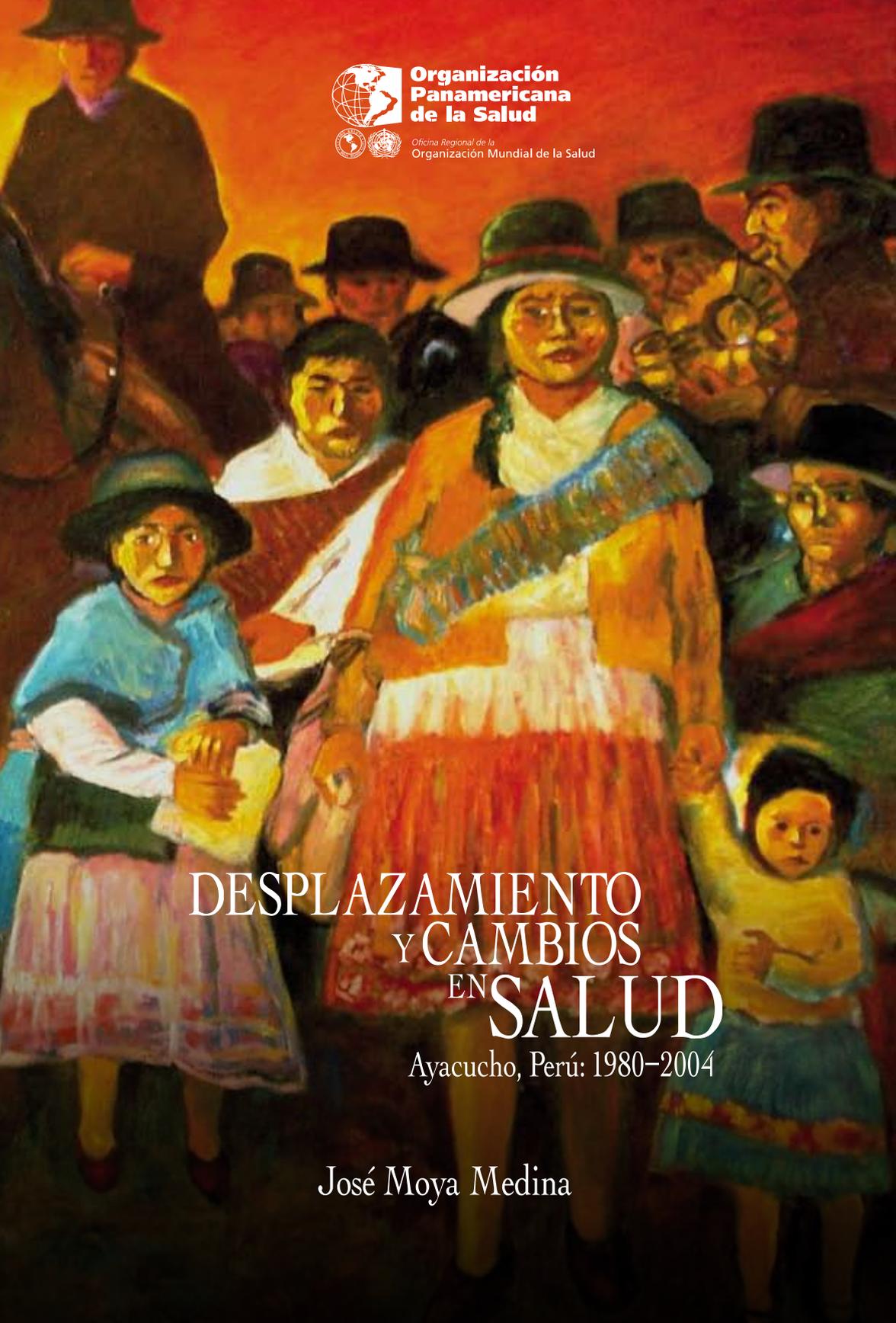




**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*



DESPLAZAMIENTO  
Y CAMBIOS  
EN SALUD

Ayacucho, Perú: 1980-2004

José Moya Medina





**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

# DESPLAZAMIENTO Y CAMBIOS EN SALUD

Ayacucho, Perú: 1980–2004

José Moya Medina

Catalogación hecha por el Centro de Gestión del Conocimiento OPS / OMS Perú

Desplazamiento y Cambios en Salud. Ayacucho, Perú: 1980-2004/ José Moya Medina  
Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2010.

148p.

DESPLAZAMIENTO Y SALUD / SALUD COLECTIVA / VIOLENCIA / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-11745

ISBN: 978-9972-222-24-5

Desplazamiento y Cambios en Salud. Ayacucho, Perú: 1980-2004

- © Organización Panamericana de Salud  
Los Pinos 251, Urb. Camacho, La Molina - Lima 12, Perú  
Teléfono: (511) 319-5700
- © José Moya Medina  
Jr. Grau 380 Dpto 701, Miraflores - Lima 17, Perú  
moyajose@paho.org

1era. edición: Setiembre de 2010

Tiraje: 500 ejemplares

Cuadro de carátula: *Exodo* de Francisco Izquierdo; óleo, 88 x 118 cm.

Diseño de carátula e interiores:

José Carlos Chihuán Trevejo

Cuidado de edición:

Jaime Chihuán

Manuel Linares

Diagramación e impresión:

SINCO editores SAC

Jr. Huaraz 449 - Breña • Telf: 433-5974

sincoeditores@yahoo.com

Impreso en Perú, setiembre 2010

Esta publicación recoge las experiencias de trabajo realizadas en la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, en la Subregión de Salud de Ayacucho y en la Organización Panamericana de la Salud. Tanto el MINSA como la OPS no suscriben necesariamente las opiniones ni las conclusiones de este estudio.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales y citando la fuente.

*A mi padre, Jorge Moya Vega (1926-1980)*



*Plaza de Armas de Huanta/ Ayacucho, 25 de setiembre de 1963*



## AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento inicial a los profesores del Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (UAM-X) en México: a Edgar Jarillo, Oliva López Arellano, Carolina Tetelboin y de manera especial a Sergio López, por asesorar la tesis que hoy toma la forma de libro.

Los cinco años que pasé en México me dieron la alegría de volver a ser estudiante y escuchar, leer y opinar sobre “*la salud colectiva*”. Agradezco a los compañeros de aula: a Luis, Manuel, Addis, Ildaura, Javier, Sara, Esperanza y Nivaldo. Fue un espacio de amistad mexicano, cubano, colombiano y peruano.

Mi agradecimiento también a Joaquín Molina y Jacobo Finkelman que como representantes de la OPS en México dieron su apoyo total para culminar el doctorado; y a los compañeros de la OPS en México, de manera especial a los amigos de quienes recibí su aliento permanente: Fernanda, Amaia, Rochi, Cristina, Morgan, Mario, Mercedes y Pía.

Un reconocimiento aparte a los colegas de la OPS en Perú, ya que este libro muestra los esfuerzos compartidos con el Ministerio de Salud.

Debo agradecer a Manuel Pérez, a Antonio Sulca, a María Lizarbe, Edgardo Nepo, Teófanos Hinostroza, y con ellos a todos los trabajadores de salud de Ayacucho; pues este libro trata sobre la salud de los desplazados, del hospital de Huamanga, de la Subregión de Salud de Ayacucho.

Expreso mi gratitud, asimismo, a los compañeros de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, -los epidemiólogos de campo-, de manera especial a Luis Suárez. Hago el intento de mostrar en el libro, el esfuerzo silencioso de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE), que con cada viaje recorriendo comunidades, tomando muestras, informando, analizando e interviniendo, protegen la salud de los peruanos.

Finalmente, mi reconocimiento a las nueve personas desplazadas en Ayacucho, las que me permitieron entrar a su casa y contarme sus historias de vida; de alguna forma este libro narra también parte de mi propia historia.

# ÍNDICE

Prólogo	
Presentación	
Introducción	17
1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LOS MOVIMIENTOS DE POBLACIÓN	21
1.1 Consideraciones sobre los movimientos poblacionales y la salud	21
1.2 Migración y desplazamiento	25
1.3 Desplazamiento poblacional en el mundo y la salud	29
2. GUERRA Y DESPLAZAMIENTO POBLACIONAL EN AYACUCHO, PERÚ	37
2.1 Breve contexto histórico sobre la situación del indio en el Perú	37
2.2 Guerra y desplazamiento	39
2.3 La opción del retorno	51
3. CAMBIOS EN LA SALUD EN LAS POBLACIONES DESPLAZADAS A LA CIUDAD DE AYACUCHO: ABORDAJE METODOLÓGICO	53
3.1 Aproximación cuantitativa	57
3.2 Aproximación cualitativa	59
4. LA SALUD DE LAS POBLACIONES DESPLAZADAS EN AYACUCHO, DESDE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS	63
4.1 Información de la Dirección de Epidemiología de la Subregión de Salud de Ayacucho, 1994 - 2004	64
4.2 Dirección de Estadística e Informática de la Subregión de Salud de Ayacucho. Principales causas de mortalidad en Ayacucho, según los registros de defunciones de los años 1986 al 1998	76
4.3 Servicio de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho. Registro de las hospitalizaciones de los años 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000	83
4.4 Reflexiones finales	89

5.	CAMBIOS EN LA SALUD DESDE LA SUBJETIVIDAD DE LOS DESPLAZADOS: APROXIMACIÓN CUALITATIVA	91
5.1	Aspectos generales sobre el desplazamiento y su adaptación-inserción en la ciudad de Ayacucho	93
5.2	Invasión, vivienda y propiedad	95
5.3	La opción del retorno o la educación de los hijos	96
5.4	Percepción en los desplazados de formas de discriminación	98
5.5	Redes sociales, presencia del Estado y los gobiernos locales	99
5.6	La salud en la comunidad de origen	100
5.7	La salud durante el desplazamiento-adaptación	103
5.8	Sobre la mortalidad infantil y materna	108
5.9	Respuesta de los programas de salud del Ministerio de Salud del Perú	110
5.10	Sobre la salud mental	112
6.	EL DESPLAZAMIENTO Y CAMBIOS EN LA SALUD, DESDE LA SALUD COLECTIVA	115
6.1	Sobre la salud colectiva	115
6.2	Exclusión social histórica en las comunidades indígenas	119
6.3	Vulnerabilidad social como categoría de análisis	121
6.4	Elementos conceptuales sobre la discriminación y la salud	123
6.5	Exclusión social, vulnerabilidad y discriminación como categorías para analizar la salud en las poblaciones desplazadas	125
7.	CONCLUSIONES SOBRE LOS CAMBIOS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA A LA CIUDAD DE AYACUCHO, PERÚ: 1980-2004	129
7.1	La salud en la comunidad de origen	129
7.2	La salud durante la guerra y el desplazamiento	130
7.3	La situación de salud de los desplazados al final de la guerra	137
7.4	Información adicional sobre la situación de salud de Ayacucho	140
8.	BIBLIOGRAFÍA	143

## PRÓLOGO

La presente publicación del Dr. José Moya Medina es la versión de divulgación de su tesis doctoral en Ciencias de Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México. Prologarla es un honor para mí, tanto por la calidad profesional del autor como por la naturaleza del tema y el rigor académico con el que ha sido hecha.

La salud pública, entendida como salud colectiva y no como una visión biologicista, es una disciplina ampliamente relacionada con las consecuencias de los fenómenos migratorios y su impacto en las condiciones habituales de vida, la alteración de las condiciones ecológicas y el surgimiento de nuevos problemas sanitarios. Desde el gran éxodo del pueblo judío conducido por Moisés en el siglo XIII a.C. en búsqueda de la tierra prometida, pasando por las migraciones en el Oriente y en Europa, hasta el descubrimiento de América y los flujos migratorios de 1492 en adelante, así como en el Perú los movimientos poblacionales de colonización interna hasta la actualidad, han generado nuevas relaciones entre el hombre y la naturaleza y han tenido severas consecuencias en la salud de las personas. Esto ha sido fuente de estudio y análisis permanente.

Sin embargo, el estudio de Moya analiza una forma particular de migración, la más cruel de todas, el desplazamiento masivo de poblaciones como consecuencia de la violencia y la muerte que se produjeron en los años 80 en el Perú y particularmente en Ayacucho. A diferencia de lo que podrían ser todas las experiencias de migraciones en búsqueda de nuevos horizontes y oportunidades, motivados por una ilusión de superación y por lo tanto con algún nivel de optimismo y planificación previa, los desplazamientos masivos consecuencia de la violencia constituyen un brutal desarraigo impulsados por el temor a la destrucción y la muerte, marcados por el signo de la derrota y del pesimismo. Se estima que la magnitud de los desplazados por esta causa en todo el país entre 1980 y 1992 fue de 600 mil personas; de

ellos, aproximadamente 265 mil correspondieron al departamento de Ayacucho, es decir a una tercera parte de la población de ese departamento y, sin duda, la población más pobre. Por ello, este trabajo tiene un gran valor no sólo desde el punto de vista de la salud pública sino también de la cultura de los derechos humanos y ciudadanos.

Una primera parte del estudio describe la situación de salud en Ayacucho, previa a este fenómeno del desplazamiento, demostrando que ya era crítica particularmente en el campo por las condiciones de extrema pobreza y exclusión desde varias décadas atrás: falta de carreteras o vías de comunicación, escuelas, agua, saneamiento básico y servicios de salud. Aunque la organización comunal y el conocimiento popular de la medicina tradicional eran factores de protección de las familias campesinas, contrarrestando los efectos de la exclusión social. Un serio problema descrito en la situación anterior a los 80 es la poca confiabilidad de los sistemas de información de salud, debido a su extrema precariedad. Pero es consensual el reconocimiento que eran mínimas las actividades preventivo-promocionales, particularmente en las zonas rurales, y muy bajas las coberturas de inmunizaciones. Para superar esta limitación, el investigador recurre a técnicas cualitativas como las entrevistas en profundidad a actores directos, permitiendo recuperar información de primera mano que enriquece el análisis. Así, se obtiene registros de epidemias importantes como la de sarampión en el período 82-83, con alta letalidad infantil; y luego en población adulta. Esa información reafirma la visión existente en otros estudios sociológicos, de un país fracturado internamente debido al fracaso histórico del poder terrateniente y donde la reforma agraria de las últimas décadas no fue capaz de generar una moderna burguesía que desarrolle el campo e incorpore a la población rural a los beneficios de la modernidad. Por el contrario, el grueso del campesinado siguió viviendo en condiciones de exclusión.

En una segunda parte, el estudio analiza el desplazamiento masivo como consecuencia de la violencia que se inició en los años 80, generando peores condiciones de subsistencia para esa población desplazada hacia los asentamientos periurbanos de las ciudades de Ayacucho, Ica y Lima; con las inevitables consecuencias en la salud. El estudio constata el incremento de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, relacionada directamente con el desempleo, hacinamiento y mala nutrición. Así también verifica epidemias de cólera, de sarampión y otras enfermedades que afectaron a la población desplazada. Pero el peor impacto que Moya describe es en la salud mental: ansiedad, depresión, diversos grados de alcoholismo y sobre todo el miedo a la muerte, producto de haber vivido la pér-

da de seres queridos o conocer de situaciones parecidas. En ese contexto no es raro que una de las peores consecuencias de esta situación sea la pérdida de la confianza en su propia comunidad, en uno de los valores culturales andinos que reafirma la identidad y transmite seguridad. Cuestionado el más elemental sentido gregario, la disociación individual y colectiva se hace casi inevitable.

Doce años de violencia han marcado a varias generaciones: las generaciones adultas han visto truncada su expectativa de consolidación familiar vinculada al trabajo agrícola, la artesanía o el comercio; los más jóvenes han rearticulado su vida en el contexto urbano, obligados a una metamorfosis de ruptura con su pasado andino; y los niños o los que nacieron ya en la urbe, son inevitablemente un producto urbano *sui generis*. Sin embargo, unos y otros, aunque vivan de manera diferente el desarraigo, están sometidos a la misma exposición frente a los factores de la marginalidad urbana. Alcoholismo, drogadicción y violencia juvenil pueden ser algunas resultantes de esta compleja situación. Sin embargo, como también lo demuestra la investigación, ese no es un desenlace inevitable. Hay múltiples factores personales, familiares o culturales de resiliencia que afloran en la condición humana frente a las adversidades, lo que felizmente permite resultados muy diversos.

Un tercer aspecto importante del trabajo es el análisis de la profundización de la exclusión social, como resultante de los doce años de violencia. El trabajo analiza la exclusión social como desigualdad o injusticia en el acceso a los servicios de salud, como parte también de marginación frente a otros servicios que deberían recibir del Estado o la sociedad en tanto ciudadanos. El marco conceptual utilizado explica la exclusión mediante mecanismos de discriminación, que pueden ser básicamente por género, por clase social o por etnia. Pero constata que este proceso de exclusión pre-existía a la violencia y continúa durante ese período. El nuevo factor de exclusión social durante el período de violencia es el desplazamiento, es decir el desarraigo que convierte a la persona en un paria. La exclusión social acompaña al desplazado, aunque se reinserte en zonas donde accede a servicios. En ese contexto no es difícil entender que la principal dimensión de la salud que se afecta sea la salud mental y por eso mismo es uno de los principales problemas de salud pública en las poblaciones desplazadas. Tanto la Comisión de la Verdad como la Defensoría del Pueblo han incidido en este aspecto crucial al analizar la situación de los desplazados, y han insistido en la necesidad que el Estado peruano formule políticas explícitas y claras que enfrenten esa situación.

El cuarto aspecto a resaltar en esta investigación es el análisis de la situación actual de salud en Ayacucho, luego de casi dos décadas de culminación de la violencia. Hay evidentes indicadores señalados en este estudio que demuestran que la situación ha mejorado significativamente:

- La tasa de mortalidad general disminuyó de 12,6 por mil habitantes en 1995 a 9,7 en el año 2005.
- La esperanza de vida que en 1986 era de 51 años, se incrementó en el año 2005 a 63,8 años.
- La tasa de mortalidad infantil que era de 128 por cada mil nacidos vivos en el año 1986, se redujo a 41 por mil nacidos vivos en el quinquenio 2000-2005.
- La tasa de mortalidad materna disminuyó de 350 por 100 mil nacidos vivos en el año 1986 a 150 por 100 mil nacidos vivos en el año 2002.
- La tasa global de fecundidad disminuyó de 5,2 hijos por mujer en el año 1993 a 4,2 en el año 2000.
- El número de profesionales médicos, enfermeras y obstetras subió de 515 sumados en 1996 a un total de 1 342 en el año 2002.
- Igualmente, el número de casos de TBC pulmonar se redujo de 628 casos en el año 1994 a 333 en el año 2003.

A los aspectos de mejoría reseñados podríamos añadir algunos más, como la aplicación del Aseguramiento Universal en Salud desde setiembre del 2009 en Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, así como en toda la zona del VRAE. Sin embargo debemos reconocer todavía aspectos pendientes o en proceso como es el caso de la salud mental, así como la necesidad de terminar de cerrar las brechas en inversión en infraestructura y equipamiento, en recursos humanos sobre todo especializados y la provisión de insumos estratégicos como medicamentos, vacunas y reactivos para análisis.

Mi felicitación al Dr. José Moya Medina por tan importante tesis doctoral que enriquece la investigación en salud pública, fortalece la reflexión conceptual y señala aspectos claves para la gestión sanitaria que enfrente la exclusión social y las inequidades en salud.

Óscar Ugarte Ubilluz  
*Ministro de Salud*

## PRESENTACIÓN

He aceptado complaciente la propuesta del doctor José Moya Medina, médico epidemiólogo peruano, ayacuchano y colega de la Organización Panamericana de la Salud, para hacer la presentación de su libro: *“Desplazamiento y Cambios en Salud. Ayacucho, Perú: 1980 – 2004”*.

Las poblaciones en movimiento, como se les suele llamar genéricamente a los migrantes internos e internacionales, turistas, peregrinos, trabajadores agrícolas, refugiados o desplazados, enfrentan diferentes riesgos a su salud, en especial para aquellos que se ven obligados a abandonar sus viviendas, trabajos y sus pertenencias, en busca de refugio y seguridad a sus vidas. Ese es el caso de los desplazados que por razones de conflicto armado, como sucedió en Perú entre los años 1980-1992, pierden las redes sociales, productivas y familiares para dirigirse a nuevos espacios, enfrentando condiciones de vida inciertas y una mayor vulnerabilidad social y biológica, sobre todo para las mujeres, niños y ancianos, que constituyen el mayor número de los desplazados.

El libro sobre el desplazamiento y cambios de salud, centra su estudio en la ciudad de Ayacucho, con el propósito de revisar y analizar desde distintas fuentes de información y abordajes metodológicos, los efectos en la salud de los desplazados por el enfrentamiento armado, desde una perspectiva histórica entre 1980 al 2004.

Así, el libro nos presenta reflexiones sobre los determinantes sociales, culturales, económicos e históricos de poblaciones campesinas de los andes ayacuchanos, que al desplazarse modificaron sus condiciones de vida y su estado de salud y enfermedad.

Asimismo, genera reflexiones sobre el impacto en la salud mental aún vigente por generaciones, a pesar del tiempo transcurrido de la guerra.

Nos queda desde el sector salud seguir trabajando para fortalecer la vigilancia de la salud, los sistemas de información sanitaria -en especial el de las estadísticas vitales-, fomentar el análisis local de salud para conocer y dar respuesta -en alianzas con otros sectores- a las necesidades de grupos especiales de población más vulnerables, considerando los determinantes que inciden durante todo el ciclo de vida. Dentro de estos grupos están los residentes pobres de zonas rurales andinas, las poblaciones indígenas, mujeres, niños y ancianos, así como nuevos migrantes, que de manera organizada y ejerciendo sus derechos ciudadanos, participen activamente en las decisiones vinculadas a las intervenciones sociales, en búsqueda de bienestar y mejores oportunidades.

El libro pone en evidencia que el desafío es mantener y dar sostenibilidad a las políticas sociales emprendidas en Perú para la disminución de las desigualdades, acceso a los servicios como educación, salud, agua y saneamiento básico, entre otros, que se puede resumir como inclusión y cohesión social en un clima de paz, oportunidad y equidad.

**Dr. Mario Valcárcel Novo**  
*Representante de la OPS/OMS en Perú, a.i.*

## INTRODUCCIÓN

En mayo de 1980 el Partido Comunista Peruano Sendero Luminoso (PCSL) inició la lucha armada con el objetivo de conquistar el poder. Durante 13 años Sendero Luminoso libró una guerra intensa contra el Estado peruano, enfrentado a las fuerzas armadas y policiales, sembrando el terror en las ciudades y sobre todo en las comunidades campesinas del departamento de Ayacucho, donde el conflicto armado tuvo su escenario principal. Allí se produjeron muertes, desapariciones, masacres, ajusticiamientos, violaciones, humillaciones. Los campesinos se vieron en medio de dos fuegos: por un lado los senderistas y por otro las fuerzas armadas. En consecuencia la población fue presa del miedo, del terror, afectándose -desde entonces- su salud mental. Algunas comunidades se reagruparon y se organizaron para protegerse y otras no tuvieron otra alternativa que huir, desplazarse y buscar protección en las ciudades.

El balance final de la guerra daba cuenta de 70 mil muertos y 600 mil desplazados, un tercio de los cuales ocurrió en el departamento de Ayacucho. Esta cifra fue develada por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación el año 2003, pues hasta entonces se reconocían oficialmente 35 mil muertes. Las otras muertes ignoradas, correspondían en su mayoría a las poblaciones indígenas ayacuchanas -cuyas condiciones de vida lindaban con la extrema pobreza- excluidas social e históricamente por el Estado y la sociedad peruana.

Los primeros campamentos de población desplazada a la ciudad de Ayacucho ocurrieron en 1982, incrementándose sostenidamente en los años siguientes y en directa relación a la mayor intensidad de los hechos de guerra en sus comunidades de origen. La ciudad colonial de Ayacucho fue cobijando en sus distritos a miles de desplazados, agrupados en barrios, en viviendas precarias, hacinados, sin agua,

sin alimentos. La guerra continuaba y otras formas de miedo y temor persistían en la ciudad, donde también aparecían muertos, se asesinaban autoridades, profesores, estudiantes, policías y militares.

En la ciudad de Ayacucho, al lado de las agrupaciones de desplazados, podían observarse cementerios informales, llamados también cementerios *clandestinos*; y que nos generaron las siguientes preguntas: “¿de qué se estaban muriendo?, ¿eran ancianos, niños, hombres o mujeres?, ¿se trataba de una mortalidad esperada, o había un exceso de mortalidad como consecuencia indirecta de la guerra y el desplazamiento?

Al concluir la guerra, con la captura del líder de Sendero Luminoso en 1992 y la vuelta progresiva a la paz, las preguntas han continuado vigentes. Destaquemos los esfuerzos de aproximación a la realidad de salud y a las condiciones de vida de los desplazados, realizadas por la Sub Región de Salud de Ayacucho, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, las Organizaciones No Gubernamentales, entre otros.

Este libro trata sobre la salud de los desplazados a la ciudad de Ayacucho, tomando el periodo que va de 1980 hasta el 2004. Se han hecho esfuerzos para que a través del rescate de la información sanitaria disponible de la Subregión de Salud de Ayacucho, y el uso de técnicas cualitativas con entrevistas a la población desplazada, se analice y discuta los cambios en las condiciones de vida que determinan cambios en la salud durante tres momentos: en la comunidad de origen; durante la guerra y el desplazamiento a la ciudad; y finalmente cuando vuelve la paz.

Para las poblaciones indígenas desplazadas, la salud y la enfermedad, así como los cuidados, la atención y la muerte, interactúan con la respuesta de los servicios de salud del Estado y con las manifestaciones de la medicina tradicional, y son determinados por condiciones históricas sociales, económicas y culturales. Por esta razón se hace necesario analizar los cambios en la salud desde categorías como la exclusión social -expresión de clase social- y vulnerabilidad. De esta forma pretendemos reflexionar sobre la salud colectiva, como campo interdisciplinario donde las ciencias sociales y humanas, la epidemiología y las políticas de salud, combinan sus

métodos para conocer y explicar la situación de salud, e intervenir en busca de mejores condiciones de vida, bajo los principios de equidad, integralidad, interculturalidad, gratuidad universal y el pleno ejercicio de los derechos humanos.

Treinta años después que Sendero Luminoso iniciara la guerra en la provincia de Cangallo en el departamento de Ayacucho, pueden observarse cambios importantes en las condiciones de vida de las poblaciones que viven en las comunidades campesinas, de altura y de los valles andinos ayacuchanos, pues están más integrados con la dinámica de vida del departamento y del país. Hay un movimiento de población, de comercio, que nos señala los nuevos tiempos y los nuevos desafíos. La cobertura universal de la atención de salud a las poblaciones pobres de Ayacucho, es un paso al frente del Ministerio de Salud del Perú, cumpliendo su rol de proveer servicios y proteger la salud a las poblaciones más vulnerables. Quedan los desafíos de fortalecer los sistemas de información sanitaria, las estadísticas vitales, la vigilancia epidemiológica, para analizar la salud de las poblaciones, los avances de los programas, la gestión de los recursos y las políticas de salud, que nos permitan seguir construyendo una mejor salud y condiciones de vida para las poblaciones ayacuchanas y del Perú.



# I. ASPECTOS GENERALES SOBRE LOS MOVIMIENTOS DE POBLACIÓN

## 1.1 CONSIDERACIONES SOBRE LOS MOVIMIENTOS POBLACIONALES Y LA SALUD

Los movimientos poblacionales son tan antiguos como los seres humanos y siempre han sido una respuesta a la supervivencia y a la búsqueda de nuevos horizontes. La interacción de los pueblos -a lo largo de la historia- ha integrado y beneficiado a la humanidad. Como dice Amartya Sen, el encuentro entre los pueblos del mundo ha existido durante cientos de años, debido al comercio internacional y las migraciones que permitieron el intercambio de conocimiento y sabiduría<sup>1</sup>. Ningún desarrollo del mundo actual puede negar los grandes aportes de las civilizaciones orientales como la China y la India, el mundo árabe o el indoamericano.

En las últimas décadas, la globalización de las economías, los tratados de libre comercio, el cambio climático, los desastres naturales y los conflictos armados -entre otras causas- han acentuado la pobreza, la falta de oportunidades y de seguridad, con lo cual se han acelerado los movimientos poblacionales hacia la búsqueda de nuevas perspectivas de vida. Estos movimientos son de escala global, se caracterizan por ser de la periferia al centro urbano, de los países en desarrollo a los países ricos y del sur hacia al norte. Contrario al rumbo de millones de migrantes que un siglo atrás salían de Europa, Asia y Oriente hacia el sur, hacia las Américas.

Como explica Castles, los movimientos internacionales se intensificaron a partir de la década de 1970, observándose el incremento de flujos de frontera y redes transnacionales, constituyendo -actualmente- la migración internacional factor central en la política, la economía y fuerza de transformación social. Sin embargo contraria al principio de ser benéfica para ambas partes, es causa de diversas formas de conflicto, en especial luego del

---

<sup>1</sup> Amartya Sen, "How to Judge Globalism". En: *The American Prospect*, Invierno 2002, pp A2-A6. Traducción del inglés: Ilán Sem.

ataque a las torres del *World Trade Center* en Nueva York en 2001, hecho que condicionó un cambio en las políticas de seguridad interna, generando nuevas formas de control o expulsión a migrantes<sup>2</sup>. Durante el año 2008, fueron expulsados 349 041 migrantes indocumentados de los Estados Unidos, cifra mayor a la de los últimos años. Estas deportaciones resultan de redadas y arrestos, provocando la fractura y separación de miles de familias<sup>3</sup>.

Así, las migraciones masivas se han acelerado, sean internas nacionales o externas internacionales, impulsando a las poblaciones de todo el mundo a vivir en espacios cada vez más urbanizados.

A escala mundial, en el año 2007 vivían tantas personas en los espacios rurales como en los urbanos<sup>4</sup>. En el continente americano este fenómeno ya era evidente en décadas pasadas: la población urbana en América Latina y el Caribe pasó de 62% en 1980 a 78% en el año 2006, lo cual eleva a más de 441 millones las personas que viven en las ciudades<sup>5</sup>. Ciudad de México, São Paulo, Buenos Aires y Río de Janeiro son ejemplos de megaciudades que superan largamente los 10 millones de habitantes, con la consecuencia de los efectos ambientales como la polución, el hacinamiento, la falta de áreas verdes y las dificultades en el abastecimiento de agua potable y saneamiento. Más del 60% de la población pobre en América Latina vive en zonas urbanas<sup>6</sup>.

Un problema social complejo, producto de la migración internacional, lo constituyen los indocumentados, en su mayoría poco calificados, quienes realizan esfuerzos enormes en la búsqueda de nuevas condiciones de vida en los países de destino. Se calcula que anualmente se mueven entre 30 y 40 millones de migrantes ilegales en el mundo. Sometidos muchas veces al tráfico y la trata, estas personas por lo general deben atravesar varios países, usando distintos medios de transporte en diferentes climas y condiciones de viaje; situaciones que ponen en riesgo su salud y su vida.

---

<sup>2</sup> Castles, Stephen; Miller, Mark. *La era de la Migración*. MacMillan Publisher 2003. Traducción Universidad Autónoma de Zacatecas. México 2004.

<sup>3</sup> *Migrant Right International*. [http://www.migrantwatch.org/Spanish/BoletinElectronico/MRI\\_EB2008\\_02.html#milesfamilias](http://www.migrantwatch.org/Spanish/BoletinElectronico/MRI_EB2008_02.html#milesfamilias)

<sup>4</sup> United Nations Human Settlements Program (UN HABITAT). "Cities, Slums and the Millennium Development Goals". En: *State of the World's Cities Report 2006/2007*. Kenya. <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2101>

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006*.

<sup>6</sup> Torres, C; Mújica, O. *Salud, Equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Rev. Panam. Salud Pública 15 (6),2004

Una de las fronteras con mayor movimiento poblacional en el mundo, es la de México y Estados Unidos. Históricamente la población mexicana ha migrado al norte por razones de trabajo. En las últimas décadas se han sumado migrantes centroamericanos y en menor medida sudamericanos, quienes atraviesan territorio mexicano para llegar a los Estados Unidos, situación que ha generado problemas sociales complejos en los estados de la frontera norte y sur de México. En su intento por cruzar la frontera norte, sólo en el año 2005 murieron 516 migrantes, cifra mayor a las registradas en los últimos diez años. Según el Instituto Nacional de Migración de México (INM), cada año se producen 358 millones de cruces legales e ilegales, de nacionales y extranjeros por la frontera norte y 2 millones por la frontera sur. En 1980 se estimaba que cada año 130 mil mexicanos se quedaban a residir en los Estados Unidos, cifra que aumentó a 400 mil el 2004<sup>7</sup>.

La importancia de las remesas para la economía de los países de origen es indiscutible. Se estima que en el mundo el valor de las remesas llegó a 232 mil millones de dólares en 2004, de los cuales 167 mil millones fueron recibidos por países en desarrollo<sup>8</sup>. Sin embargo, este beneficio no es homogéneo, pues ni es para los países más pobres, ni es para los más pobres en cada país. Por ejemplo, sólo el 1,5% de las remesas del mundo tuvo como destino países del África al sur del Sahara. En Haití, el 25% del Producto Interno Bruto (PIB) proviene de las remesas y en Nicaragua el 60% de los hogares que salieron de la pobreza entre 1998 y 2001 tenían un familiar en el extranjero<sup>9</sup>. América Latina recibe 60 mil millones de dólares por concepto de remesas, de los cuales 45 mil millones vienen de los Estados Unidos. Las remesas de las poblaciones latinas en los Estados Unidos representan el 10% del dinero que ganan, lo cual significa que el 90% de sus ingresos contribuye a la economía del país de recepción<sup>10</sup>. Los familiares en el país de origen utilizan las remesas para satisfacer necesidades básicas de vida, como la alimentación, la educación y mejoras en la vivienda, factores que a su vez contribuyen al mejoramiento de la salud.

<sup>7</sup> *Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración; de 1995 a 2005: Estimaciones de CONAPO. Proyecciones de Población 2000-2050, México, 2002.*

<sup>8</sup> Banco Mundial. *Cerca de casa: El impacto de las remesas en el desarrollo de América Latina.* 2005

<sup>9</sup> Organización Internacional de las Migraciones: 2005.

<sup>10</sup> Banco Interamericano de Desarrollo (BID) *Dinero a casa. Cómo apalancar el impacto de desarrollo de las remesas.* 2006.

La migración de profesionales de la salud está acentuando la crisis sanitaria en sus países de origen. Tal es la dimensión de la crisis, que el informe sobre la salud del mundo de la OMS-2006, está dirigido a este problema. Por ejemplo, en la ciudad de Manchester trabajan más médicos de Malawi que en su propio país. En Estados Unidos, el 27% de médicos y el 5% de enfermeras se formaron en el exterior. El 34% de las enfermeras formadas en Zimbabwe trabajan en siete países de la OCDE (Organización de Cooperación y de Desarrollo Económico). Se trata por tanto de un “subsidio perverso”, promovido incluso por agencias de contratación que operan en los países más ricos. Un estudio en Londres con 400 enfermeras mostró que dos de cada tres fueron reclutadas por estas agencias<sup>11</sup>.

Según el Informe Mundial del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en el año 2006 se estimaron 191 millones de migrantes internacionales en el mundo, de los cuales 95 millones eran mujeres<sup>12</sup>. Como consecuencia de la mayor autonomía en la búsqueda de trabajo y de oportunidades, cada vez migran más mujeres solas. Sin embargo, durante el tránsito las mujeres son acosadas sexualmente y muchas veces son víctimas de violaciones por sus compañeros de viaje o por los traficantes de personas. Se ha documentado que pueden ser objeto de trata para la venta como esposas o para el trabajo sexual, situaciones que naturalmente afectan su salud sexual y reproductiva, así como su salud mental y física. Puede afirmarse que diversas formas de violencia sexual afectan al 60% de las mujeres migrantes en México<sup>13</sup>.

Los movimientos de población, el comercio internacional y el turismo, favorecen un mayor riesgo de transmisión de enfermedades o la aparición de otras nuevas en el mundo. Son ejemplos recientes el VIH-SIDA, el Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), o la nueva pandemia de influenza AH1N1, que en solo tres meses afectó a varios países de todos los continentes. Aunque mayoritariamente migran las personas más jóvenes y saludables, la salud se puede ver alterada por riesgos diferentes, tanto durante el trayecto como en el lugar de destino y, en particular, en los grupos socialmente vulnerables como mujeres, niños y niñas, adolescentes e indígenas.

---

<sup>11</sup> Organización Mundial de la salud. *Informe sobre la salud del mundo 2006: Colaboremos por la salud*. [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf)

<sup>12</sup> UNFPA. *Estado de la población mundial 2006: Hacia la esperanza, las mujeres y la migración internacional*.

<sup>13</sup> Bronfman, Mario; Leyva, René y Negroni, Mirka (editores). *Movilidad Poblacional y VIH-SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.

La salud de la persona que decide migrar comienza a alterarse desde el momento en que se toma la decisión de partir. Se afecta la salud mental con diversas manifestaciones somáticas que continuarán durante el trayecto, incluso en la ciudad de recepción, especialmente cuando el migrante se encuentra en condiciones de ilegalidad o de diferencias de lengua y cultura. Estos factores serán fundamentales para percibir la necesidad de atención médica y buscar servicios de salud.

Hay que considerar a las enfermedades y los riesgos a la salud que están presentes en los lugares de origen, tránsito y destino. En algunos casos los migrantes pueden ser portadores de enfermedades y en otros susceptibles a nuevas bacterias o virus. Las condiciones del traslado, el hacinamiento, el acceso a la alimentación y agua potable; así como los cambios climáticos y la susceptibilidad individual, juegan un rol a considerar sobre los riesgos y necesidades de salud de los migrantes. La malaria, el dengue, las infecciones de transmisión sexual, y las distintas formas de violencia y abuso de drogas y alcohol, son algunos ejemplos.

Una vez en el lugar de destino, los migrantes menos calificados o indocumentados realizan trabajos con una mayor exigencia física, poco remunerados, o inclusive bajo condiciones de esclavitud o de servidumbre que afectarán su salud, especialmente de mujeres y niñas<sup>14</sup>. Así, debemos considerar que las repercusiones en la salud pueden verse también a mediano y largo plazo. El estigma y discriminación afectan la salud mental, social y física. Sólo los factores de resiliencia, la integración exitosa al nuevo ambiente social y la participación en las redes familiares y sociales pueden considerarse elementos que protegen la salud y el bienestar de los migrantes.

## 1.2 MIGRACIÓN Y DESPLAZAMIENTO

La migración es voluntaria, mientras que los desplazados son obligados a huir de sus hogares. Los migrantes se preparan para la partida y pueden retornar en cualquier momento. Como señala la Organización Internacional para las Migraciones (OIM):

*La migración es el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a*

---

<sup>14</sup> UNFPA. *Op. cit.*

*su lugar de origen. Otra distinción puede hacerse entre “país de origen” o lugar de partida, y el “país de destino” o lugar de arribo. Además, la migración no siempre ocurre directamente entre el punto de origen y punto de destino, sino que incluye uno o más países de tránsito<sup>15</sup>.*

En cambio, los desplazados son obligados a cambiar de lugar de residencia con el fin de salvar su vida, evitar un daño físico o la violación grave de sus derechos humanos<sup>16</sup>. Los desplazados como consecuencia de fenómenos naturales, en particular cuando estos fenómenos son de corta duración, usualmente retornan a su comunidad al poco tiempo. Los desplazados por conflictos sociales, como las guerras, usualmente permanecen por largos períodos en las nuevas zonas de asentamiento.

Los refugiados, también son obligados a partir en busca de seguridad, pero lo consiguen en territorio extranjero, aunque no siempre libre de tensiones, especialmente cuando la búsqueda de refugio es masiva y a países vecinos con historias de conflictos. Una figura adicional es la del refugiado o exiliado político, en la que el país de acogida brinda seguridad individual o familiar, en el marco de los derechos humanos y previos a la investigación de cada caso particular.

Los desplazados internos (DI) -como se les suele llamar- por el contrario, son usualmente marginados por cuestiones de raza, origen étnico, religión, cultura o “clase social”. Pueden ser asociados como “el enemigo”, razones que influyen en la respuesta humanitaria, la inserción social y solidaridad de los residentes<sup>17</sup>.

Los desplazados buscan seguridad en su propio país. Tanto refugiados como desplazados son obligados a emigrar de su lugar de residencia como consecuencia del surgimiento de fenómenos de violencia política, étnica, religiosa o fenómenos naturales como sequías, terremotos o inundaciones.

*Se entiende por desplazados internos a las personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado o para evitar los efectos de un conflicto ar-*

---

<sup>15</sup> Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Tipologías de la migración*. <http://www.iom.int/>

<sup>16</sup> Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). *Preguntas y respuestas sobre los desplazados internos*. [http://www.acnur.org/paginas/index.php?id\\_pag=273#quines](http://www.acnur.org/paginas/index.php?id_pag=273#quines)

<sup>17</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Derechos humanos, éxodos en masa y personas desplazadas*. Informe del Representante del Secretario General, Sr. Francis M. Deng. E/CN.4/1996/52 Comisión de Derechos Humanos.

*mado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida*<sup>18</sup>.

La mayoría de las veces el desplazamiento ocurre de las zonas rurales a las urbanas. Un porcentaje importante de la población desplazada es de ancianos, mujeres, niños y niñas; muchos de ellos huérfanos. Huyen abandonando sus hogares, sus pertenencias y pueden verse obligados a recorrer grandes distancias en búsqueda de un lugar en donde encontrar protección.

El incremento del número de desplazados por conflictos armados constituye uno de los problemas humanitarios más graves en el mundo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estimaba que en el año 2006 la cifra de desplazados internos había ascendido a 25 millones de personas en todo el mundo, triplicando a la de refugiados. Sudán, Colombia e Irak encabezan la lista de mayor número de desplazados en el mundo.

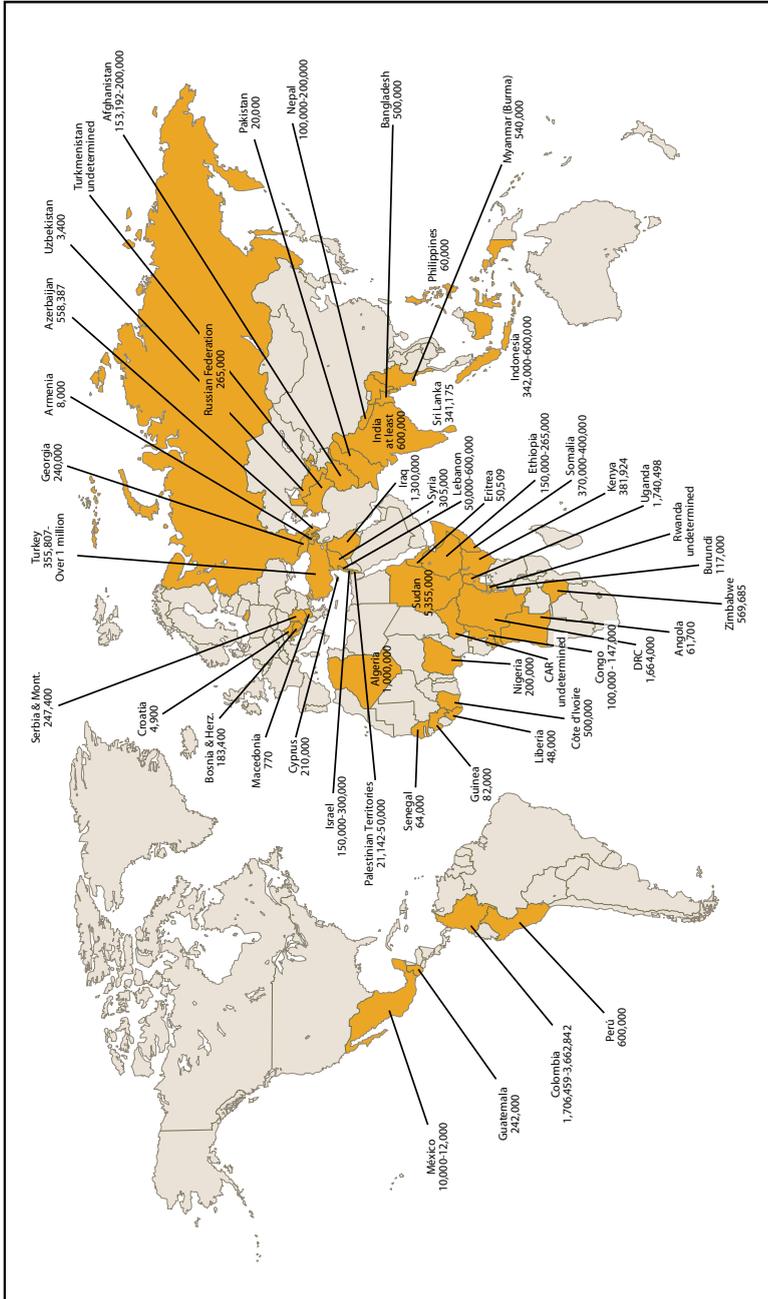
En el año 2005, 50 países del mundo tenían población desplazada (la mayoría en África) y algunos países como Zimbabwe, Congo, Colombia, Sudan, Costa de Marfil, Irak, Somalia y Uganda presentaban condiciones activas de guerra y desplazamiento, poniendo en riesgo de vida a más de 14 millones de personas.

Entre los desplazados del mundo, la proporción de niños y de mujeres llegó a ser entre 70% y 80%<sup>19</sup>. Las poblaciones refugiadas tienen cierta protección internacional, debido a los convenios y tratados firmados desde 1951, pero no ocurre lo mismo con los desplazados, cuya atención y protección a sus vidas recae principalmente en los gobiernos nacionales. Debido a que muchos de estos gobiernos no tienen capacidad de respuesta a la protección de la salud y las necesidades básicas de la población desplazada, la cooperación internacional los asiste bajo la forma de una respuesta colaborativa.

<sup>18</sup> Organización de las Naciones Unidas. *Principios rectores de los desplazamientos internos*. Documento E/CN.4/1998/53/Add.2. Febrero de 1998, del 54o período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos.

<sup>19</sup> Internal Displacement Monitoring Centre. *Global overview of trends and developments in 2005*. [www.internal-displacement.org](http://www.internal-displacement.org)

Figura 1  
Población desplazada en el mundo. 2005



Fuente: Internal Displacement Monitoring Centre, Norwegian Refugee Council.

En un esfuerzo de proponer un modelo de clasificación de las poblaciones en movimiento, Sergio López propone agruparlos en los siguientes rubros: por su naturaleza; duración; magnitud; grupalidad y motivación. Por su naturaleza los movimientos poblacionales pueden ser: voluntarios o forzados; súbitos o graduales; constantes o intermitentes y violentos o pacíficos. Por su duración pueden ser: transitorios, temporales o definitivos. Por su magnitud, pueden ser: individuales o colectivos; masivos o no masivos. La siguiente categoría “grupalidad” busca considerar si viaja solo, en grupo familiar o con miembros de la comunidad. Finalmente los motivos de los movimientos poblacionales pueden resumirse en: laborales, recreativos, económicos o comerciales, políticos o bélicos, educativos o culturales y los derivados por catástrofes naturales o sociales<sup>20</sup>. El siguiente cuadro resume esta clasificación y usa algunos ejemplos.

**Cuadro 1**  
**Clasificación de los movimientos poblacionales**

Tipo de movimientos		Forzados	Voluntarios
Masivos	Pacíficos	Desplazamientos por desastres naturales	Peregrinaciones religiosas Turismo a gran escala
	Violentos	Desplazamientos secundarios a conflictos armados	
No masivos	Individuales	Busca de trabajo, pobreza, exilio político	Educativos, comerciales
	Grupales	Migraciones laborales	Turismo familiar

Fuente: Sergio López, Alejandra Moreno

### 1.3 DESPLAZAMIENTO POBLACIONAL EN EL MUNDO Y LA SALUD

Según el reporte hecho por el Centro de Monitoreo de Desplazados Internos del Consejo Noruego para Refugiados, sobre la población desplazada en el mundo, no hay ninguna duda de que la salud y la nutrición de la población desplazada son considerablemente más afectadas en comparación con la población no desplazada. Por esta razón, tanto la nutrición como los indicadores de salud constituyen elementos centrales para vigilar las condiciones de vida en los desplazados. Usualmente se suma a esta con-

<sup>20</sup> López, Sergio; Moreno, Alejandra. *Movimientos poblacionales y salud. Modelo de clasificación*. Nueva época / Salud Problema / Año 10 num. 18 y 19 / enero-diciembre 2005

dición de vulnerabilidad, la discriminación étnica y la inseguridad por los conflictos armados, siendo frecuentes los ataques o la presencia de minas antipersonales, los que a su vez interfieren en el entorno de la salud, como en el acceso a vacunas, medicinas y personal de salud.

Durante el período de desplazamiento, la salud se deteriora al enfrentar situaciones adversas como la falta de alimentos y agua, las que pueden continuar una vez instalados en el nuevo espacio de vida, momento en que enfrentan necesidades de vivienda, trabajo, educación, en un marco de miedo y de incertidumbre. Como resultado, la población queda expuesta a riesgos ambientales, nutricionales y psicosociales que condicionan la forma en que enferman y las necesidades de atención en salud. Su situación de vulnerabilidad social -en el marco de mayor pobreza o pobreza extrema- incrementa el riesgo de enfermedades de transmisión sexual como el VIH-SIDA, especialmente para mujeres y niñas.

Los desplazados, hombres, mujeres, niños y niñas han sido testigos o víctimas directas de hechos de guerra, han presenciado la tortura y muerte de familiares, han sido objeto de humillaciones y de violencia física o sexual. El sufrimiento se manifiesta en alteraciones de la salud mental: llanto, desesperación, tristeza, trastornos del sueño y somatizaciones diversas como dolores de cuerpo, de cabeza. Pocas veces hay capacidad y medios para identificar y ofrecer intervenciones que se concentren en la rehabilitación psicosocial.

A pesar de lo anterior, es inusual encontrar información sobre el estado nutricional o de salud de las poblaciones desplazadas, pues pocas veces se hacen estudios sobre las condiciones de salud. En algunos países como Colombia, Etiopía, Liberia, Somalia y Sudán se han realizado encuestas nutricionales, todas ellas mostrando cifras de desnutrición extremadamente altas<sup>21</sup>.

Las enfermedades más frecuentes entre los desplazados son la diarrea, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis y la malaria; siendo también muy susceptibles a enfermedades epidémicas como el sarampión, el cólera, y la meningitis meningocócica -entre otras-. En algunos países de África se han presentado incluso brotes de poliomielitis y fiebre amarilla. No obstante, no se conoce con precisión el impacto de estas enfermedades

---

<sup>21</sup> *Internal Displacement Monitoring Centre. Global overview of trends and developments in 2005.* [www.internal-displacement.org](http://www.internal-displacement.org)

en la población desplazada, porque no se realizan estudios de base para estimar las condiciones de salud iniciales medidas a través de indicadores usuales de morbilidad y mortalidad, que sirvan para el seguimiento y comparación con las poblaciones no desplazadas. En parte, esta deficiencia en los sistemas de información en salud -como el de la vigilancia epidemiológica-, se debe a las dificultades de acceso y a la falta de servicios de salud, los que fueron arrasados por circunstancias del conflicto político. Pero en otros casos, la falta de atención obedece a razones de discriminación étnica, a falta de documentos o a limitaciones impuestas al libre movimiento de las personas, como en Serbia y Montenegro o en los territorios palestinos.

En África, en particular, las guerras entre grupos étnicos que producen desplazamientos masivos son bastante frecuentes. Es el caso de Ituri, en la República Democrática del Congo, donde la guerra ha producido más de 50 mil muertos y 500 mil desplazados desde 1999. El estudio realizado por Médicos Sin Fronteras (MSF) para medir la mortalidad entre los desplazados, mostró una mortalidad cruda de 4,1 por 10 mil habitantes por día y de 6,9 por 10 mil, en niños menores de cinco años. Esto significa un riesgo de muerte cuatro veces mayor que entre la población general. Aunque las principales causas de muerte -en este estudio- fueron las relacionadas con la violencia étnica, también se mencionan el riesgo de epidemias como el cólera (con una tasa de letalidad de 1,7%) y la diarrea en los niños como causa frecuente de muerte, asociados a las condiciones de vida en los campamentos de desplazados, donde hay una letrina para cada 286 habitantes<sup>22</sup>.

Luego de la independencia de Mozambique en 1974, se instauró un gobierno socialista, el Frente de Liberación de Mozambique (FRELIMO). Sin embargo, poco tiempo después apareció la Resistencia Nacional de Mozambique (RENAMO), que en oposición al gobierno libró una guerra que terminaría en el acuerdo de paz firmado en octubre de 1992. En tres décadas, la guerra en Mozambique había producido cerca de 1 millón de muertos, 2 millones de refugiados y 4 millones de desplazados (luego que sus aldeas eran atacadas por la RENAMO, fueron obligados a huir hacia territorios controlados por FRELIMO). Concluida la guerra el retorno masivo de millones de personas hacia sus comunidades de origen, produjo brotes de diferentes enfermedades, pero en particular del VIH-SIDA.

---

<sup>22</sup> Ahoua, L. ; Tamrat, A. *et al.* High mortality in an internally displaced population in Ituri, Democratic Republic of Congo, 2005: Results of a rapid assessment under difficult conditions. *Global Public Health*, October 2006; 1(3): 195-204.

*Cuando en 1991 tuve ocasión de trabajar con Médicos Sin Fronteras (MSF), en la misión médica de urgencia en Manica - Chimoio y en las visitas de trabajo a los centros de salud de las aldeas, observamos en estas poblaciones situaciones deplorables de su estado de salud. Las muertes por malaria, tuberculosis y malnutrición eran comunes. En los centros de apoyo a la nutrición era frecuente observar la muerte de cinco a diez niños por día. Los casos de pelagra, raquitismo, marasmo extremo, kwashiorkor, lepra y tuberculosis en todas sus formas afectaban a cientos de niños, hombres y mujeres. Con ese sustrato las epidemias de sarampión cobraban muchas vidas y dejaban ciegas a muchas personas ante la imposibilidad de garantizar adecuadas campañas de vacunación. La única ruta libre era por aire, en avionetas que podían aterrizar en 300 metros, pero donde era imposible trasladar todos los insumos de salud necesarios. Los convoyes por tierra, que traían los alimentos y otros productos de la ayuda internacional, resguardados por militares, eran frecuentemente atacados, interfiriendo con la ayuda en alimentos y la atención sanitaria<sup>23</sup>.*

En América Latina, Colombia, con cinco décadas de conflicto armado, es el país que ha originado el mayor desplazamiento de hombres, mujeres y niños como consecuencia de la violencia, los secuestros y la presencia de minas antipersonales sembradas alrededor de sus tierras. El conflicto armado interno en Colombia es muy complejo, dado que involucra al Estado y sus fuerzas de seguridad, la guerrilla, los paramilitares y los narcotraficantes. En ese país se estiman más de 3,5 millones de desplazados desde 1985, de los cuales cerca del 30% ocurrió entre 2002 y 2005. La mitad de la población desplazada es menor de 18 años. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) de Colombia<sup>24</sup>, sólo en 2005 se desplazaron más de 310 mil personas procedentes de 750 municipios, la mayoría de las cuales (90%) procedía de zonas rurales pobres y compuestas por poblaciones indígenas en 34% y afrodescendientes en 9,2%. Entre las mujeres desplazadas, dos de cada diez lo habían hecho por razones de violencia sexual, en especial en aquellas mujeres que sufren la triple discriminación por su condición étnica, de género y de pobreza<sup>25</sup>.

Los problemas de salud de la población colombiana desplazada se ven afectados por las condiciones de vida, por la dificultad de ofrecer servicios de salud, de prevenir las enfermedades y por los ataques que sufren las

<sup>23</sup> Moya, José. *Misión Manica - Mozambique. 1991-1992*. Médicos Sin Fronteras -Francia.

<sup>24</sup> *Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Un país que huye. Desplazamiento y violencia* 2da edición. Bogotá. Publicaciones CODHES; 2003.

<sup>25</sup> Oxfam Internacional. *La violencia sexual en Colombia. Un arma de Guerra*. Setiembre 2009 [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)

misiones médicas, haciendo que la respuesta en salud sea aun más grave, especialmente para mujeres y niños<sup>26</sup>. La mayoría de los profesionales de la salud se encuentran en las grandes ciudades. Según un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>27</sup>, la vulnerabilidad ante el desplazamiento varía según edad, sexo y etnia. Los problemas de desnutrición son frecuentes en niños y adolescentes, así como las infecciones de piel y las enfermedades transmisibles. La salud mental se ve afectada por la desintegración familiar, los abusos físicos y sexuales y la explotación en el trabajo. Entre las modificaciones de la salud por el desplazamiento, muchos de los estudios realizados en Colombia se han centrado en la salud mental, como los efectos psicosociales de la guerra, encontrándose una prevalencia de trastornos mentales comunes de 27,2% en población adulta desplazada de barrios urbanos en Sucre, Colombia<sup>28</sup>.

Según el informe de Médicos Sin Fronteras<sup>29</sup>, la violencia es la principal causa de muerte en Colombia, país que presenta una tasa de homicidios siete veces mayor a la tasa mundial (8,8 por 100 mil). La tasa de homicidios en hombres entre 15 y 44 años alcanza la cifra de 221 por 100 mil habitantes. Con respecto a la salud reproductiva, en los lugares del conflicto, el 35% de las mujeres adolescentes desplazadas quedan embarazadas, siendo la edad promedio en el primer parto de 16,6 años. El 82% de los nacimientos se realiza en la casa y el 13% de las mujeres que asisten a las consultas dijeron haber perdido un hijo menor de cinco años durante su vida. Como consecuencia de la falta de acceso a los servicios de salud de estas poblaciones, MSF informa las bajísimas coberturas de vacunación: las tasas de vacunación actuales en algunas zonas llegan solamente al 1% para enfermedades como la poliomielitis, la difteria, el tétanos o la tos convulsiva (DPT), con el consecuente riesgo de brotes o epidemias.

La mitad de las consultas realizadas por los sicólogos de MSF a población desplazada en Colombia, están vinculadas a experiencias violentas. De ellas, el 41% está relacionada con actos de violencia perpetrados por grupos armados involucrados en el conflicto. Las pérdidas y los duelos son algunas de las causas más comunes de sufrimiento identificado.

---

<sup>26</sup> Franco, S; Suarez, C; Naranjo, C; Báez, L; Roza, P. *The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia*. Ciencia y Salud Colectiva, 11(2):349-361, 2006.

<sup>27</sup> Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. *Serie de Salud y Desplazamiento*. Módulo 1. Medellín: OPS 2003.

<sup>28</sup> Puertas, G; Ríos, C; Del Valle, H. *Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia*. Rev. Panam. Salud Pública 2005, 2006.

<sup>29</sup> Médicos Sin Fronteras. *Vivir con miedo. El ciclo de la violencia en Colombia*. Abril, 2006.

Para evaluar los efectos del desplazamiento en su salud, fue realizada una investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas a 31 personas desplazadas, en cinco localidades de la ciudad de Bogotá<sup>30</sup>. Los resultados señalan que en los desplazados se afecta su calidad de vida y en consecuencia sus condiciones de salud, ya que se ubican en zonas con condiciones sanitarias deficientes y marcadas por la pobreza. Entre los problemas de salud se mencionan los relacionados con la salud mental como: estrés, tensión, preocupación, frustración, trastornos del sueño, pérdida de la estabilidad psicosocial, violencia intrafamiliar y problemas de adaptación a la nueva ciudad. Destacan también los problemas relacionados al acceso y disponibilidad de los alimentos, lo que ocasiona desnutrición y problemas de salud gastrointestinales y respiratorios. La mayoría de los entrevistados asocia estos problemas a las carencias económicas, las que no les permiten cubrir las necesidades básicas y el acceso a los servicios de salud. Estas últimas incluyen falta de infraestructura de los servicios para absorber la demanda, actitudes discriminatorias por su condición de desplazados, falta de recursos para acercarse a los lugares de atención, así como para la compra de medicinas. Finalmente, se menciona como otro obstáculo la falta de información acerca de los servicios de salud disponibles y los beneficios que ofrece el gobierno a la población desplazada.

Próximos a los 7 mil millones de habitantes en el planeta, el cambio ambiental, el comercio, el transporte y los conflictos armados favoreceran los movimientos internos e internacionales de población, bajo migración, desplazamiento, refugio y exilio, los que a su vez influirán en nuevas formas de cooperación internacional en salud<sup>31</sup>. En los movimientos de población, se deberá considerar a la población que se mueve, la que se queda y la que retorna. Como hemos revisado, los migrantes o desplazados tendrán riesgos en su salud desde el lugar de partida, en los países o regiones de tránsito y finalmente en el lugar de destino. También la salud se afecta en los que se quedan, pues se desarticula la unidad familiar, y las remesas o la falta de ellas pueden influenciar en sus condiciones de vida. La población que retorna de manera temporal o definitiva trae nuevas formas de ver el mundo, algunas de manera positiva y otras que pueden afectar la salud individual, familiar y social.

<sup>30</sup> Mogollo, Amparo S. y otros. "Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá". *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003, Vol. 77 Nro. 2 Pag. 258.

<sup>31</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud*. CD48/15 (Esp.) 2008.

Corresponde a la epidemiología aplicada -o de campo-, considerar los efectos y riesgos a la salud colectiva, como resultado de los movimientos de población, de manera especial en zonas de conflicto. Se hace necesario recolectar datos, a través de los sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica, así como realizar estudios rápidos de campo de carácter cuantitativo y cualitativo, con los cuales interpretar y analizar la salud de estas poblaciones<sup>32</sup>. Es útil comparar la situación de salud de las poblaciones en movimiento, con aquellas que se quedan, y compararlas también con la salud y condiciones de vida de la población residente en el lugar de destino. Concluida esta etapa los resultados del análisis deben ser comunicados de tal forma que guíen u orienten las intervenciones en salud y promuevan políticas sanitarias que protejan la salud de estas poblaciones<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Sharon McDonnell et ál. *The role of the applied epidemiologist in armed conflict*. Emerging Themes in Epidemiology. BioMed Central. <http://www.ete-online.com/content/1/1/4>

<sup>33</sup> Moya, José; Finkelman, Jacobo. *La migración México-Estados Unidos en el contexto de la salud global*. Salud pública de México / Vol. 49, edición especial, XII Congreso de investigación en salud pública. 2007.



## 2. GUERRA Y DESPLAZAMIENTO POBLACIONAL EN AYACUCHO, PERÚ

### 2.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE LA SITUACIÓN DEL INDIO EN EL PERÚ

Para poder entender la situación del indio en el Perú y en particular en Ayacucho, es necesario realizar una breve revisión histórica. Tomando como referencia a José Carlos Mariátegui, notable pensador peruano que a principios del siglo pasado, en su clásico ensayo *El problema del indio*, denunciaba la situación de explotación de éste por los “gamonales”. A pesar que el trabajo gratuito estaba prohibido por ley, su práctica estuvo extendida en todos los latifundios desde la colonia e incluso reforzada luego de la Independencia, con la consecuente mayor apropiación de sus tierras:

*La apropiación de la mayor parte de la propiedad comunal e individual indígena está ya cumplida. El gamonalismo es fundamentalmente adverso a la educación del indio: su subsistencia permite el mantenimiento de la ignorancia del indio y el mismo interés en el cultivo del alcoholismo<sup>1</sup>.*

Según Mariátegui, para una mejor comprensión del problema del indio había que explicar también el problema de la tierra. Desde la Conquista, los indios continuaron a merced del feudalismo despiadado que destruyó la sociedad y la economía incaica, sin sustituirlas con un orden capaz de organizar progresivamente la producción. El programa liberal de la revolución de la independencia comprendía lógicamente la redención del indio, como consecuencia de la aplicación de sus postulados igualitarios. Se ordenó el reparto de las tierras, la abolición de trabajos gratuitos, etc; pero estas disposiciones quedaron solo escritas. La aristocracia latifundista de la colonia, dueña del poder, conservó intactos sus derechos feudales sobre la tierra y por consiguiente, sobre los indios.

---

<sup>1</sup> Mariátegui, J.C. *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*. 1996, Empresa Editora Amauta S.A., Lima, Perú.

Continuando con Mariátegui, señalaba que, mientras el virreinato era un régimen medieval y extranjero, la república era formalmente un régimen peruano y liberal; por lo tanto tenía deberes primordiales, como elevar la condición del indio. Sin embargo, con la república ascendió una nueva clase que se apropió sistemáticamente de la tierra de los indios. El indio puede ser indiferente a todo menos a la posesión de la tierra, “*siente que la vida viene de la tierra y vuelve a la tierra*”. El dominio de la tierra coloca en manos de gamonales la suerte de la raza indígena, caída en un grado extremo de depresión e ignorancia, por lo cual no es posible modificar la servidumbre del indígena sin liquidar al latifundio.

El relato de estas relaciones del poder entre el hacendado y la servidumbre indígena, se encuentra en el libro de Antonio Díaz Martínez: “*Ayacucho, hambre y esperanza*, publicado en 1969<sup>2</sup>. Donde se ponen en cuestión el tema del indio y las relaciones históricas de poder y explotación. Los latifundistas en los andes peruanos eran dueños del 79% de las tierras, mientras a la comunidad le correspondía apenas el 15% y un 6% a pequeños y medianos propietarios. De este modo la tierra era rentada a la población de la “*comunidad cautiva*”, quienes deberían dar un tributo por las tierras, en trabajo, con parte de sus productos o en dinero, bajo relaciones contractuales de palabra. Los campesinos que no poseían tierras se sometían a servidumbre, sin el pago de un salario, sin protección a sus derechos y sin ninguna ley del derecho laboral que los asista. Según la tenencia de la tierra, se observaba una relación entre la clase terrateniente y la clase campesina, basada en relaciones de explotación. En la época de la colonia las encomiendas les quitaron parte de sus tierras a los indígenas; en la república, las haciendas lo hicieron con mayor ferocidad.

En 1968, los militares en Perú dieron un golpe de Estado y comenzó una dictadura que terminaría en 1980. Esta dictadura tuvo dos momentos, el primero de ellos que duró hasta 1976, con el llamado *Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas*, y que realizó cambios sustanciales como la Reforma Agraria, que devolvió a los campesinos la propiedad de las tierras, que estaban en manos de grandes y pequeños hacendados. Así, la propiedad de las tierras volvió a las comunidades y el trabajo del campo continuó desarrollándose bajo las costumbres y tradiciones culturales andinas. Sin embargo no variaron las condiciones históricas de exclusión y extrema pobreza para los campesinos indígenas del Perú y en particular de Ayacu-

---

<sup>2</sup> Díaz Martínez, Antonio. *Ayacucho, hambre y esperanza*. Ediciones Waman Puma, Perú 1969.

cho. La segunda fase de la dictadura militar convocó a un congreso constituyente que elaboró y aprobó una nueva constitución y cedió el poder a un nuevo gobierno democrático elegido en 1980.

## 2.2 GUERRA Y DESPLAZAMIENTO

En 1980 el Partido Comunista Sendero Luminoso (SL) inició la lucha armada en una comunidad campesina de Ayacucho. La propuesta política de Sendero Luminoso, era conquistar el poder por las armas y establecer un gobierno comunista. Sus primeras acciones se llevaron a cabo en comunidades campesinas, para luego progresivamente ir avanzando hacia las capitales de las provincias ayacuchanas y finalmente a Lima, capital del Perú. La agrupación Sendero Luminoso, de corte maoísta, se originó en la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, siendo su líder y fundador el profesor de filosofía Abimael Guzmán, quién durante la década del 70 se encargó de crear células, tanto en la universidad, como en la ciudad de Ayacucho, de manera preferencial en las comunidades campesinas. Algunos de sus cuadros políticos, incluido el mismo Guzmán, recibieron entrenamiento político-militar en China. Así, se inició el período más sangriento de la historia contemporánea del Perú.

La primera incursión armada de sendero luminoso ocurrió el 18 de mayo de 1980, días antes de las elecciones nacionales, con el asalto y destrucción del local electoral del distrito de Chuschi, en la provincia de Cangallo en el departamento de Ayacucho. A partir de entonces, las comunidades campesinas fueron objeto de cooptación por parte del SL, inicialmente de forma voluntaria, luego con el reclutamiento forzado de jóvenes, hombres y mujeres; más tarde con juicios populares a miembros de la comunidad, propietarios de tierras o funcionarios públicos, lo que produjo finalmente el rechazo y desencuentro con las comunidades campesinas. A partir de 1982, SL incrementó las acciones de guerra sobre las comunidades campesinas ayacuchanas de quienes esperaba su apoyo total, produciéndose una escalada de violencia, muerte y terror hasta llegar a masacres y asesinatos de autoridades civiles, familias, incluso a comunidades enteras.

La respuesta de las fuerzas armadas nacionales fue igualmente violenta en su afán de enfrentar a los terroristas de Sendero Luminoso que se confundían y camuflaban al interior de las comunidades campesinas. Así, hombres, mujeres, niños, niñas y ancianos se vieron enfrentados a dos fuegos, a formas similares de violencia, humillación, muerte y desaparición. Vivieron el terror de sentirse amenazados por Sendero Luminoso, por un lado,

y las Fuerzas Armadas Nacionales por el otro. En respuesta a la violencia, algunas comunidades -especialmente las de altura- se reagrupan para protegerse, surgiendo las comunidades en resistencia a través de los comités de autodefensa, armados por los militares y enfrentando a SL. El escenario de guerra se complicó aún más, dando como resultado una mayor violencia e inseguridad en los andes ayacuchanos.

La guerra produjo 69 mil muertes y cerca de 600 mil desplazados, que huyeron de sus comunidades de origen para agruparse y formar comunidades en resistencia o que simplemente escaparon en busca de protección a sus vidas, hacia la capital del departamento de Ayacucho o a las capitales de los departamentos vecinos de Ica, Junín y Lima<sup>3</sup>. En el caso del departamento de Ayacucho, el desplazamiento afectó a individuos, grupos familiares e incluso comunidades enteras. Poco a poco, la ciudad de Ayacucho -capital del departamento del mismo nombre- fue recibiendo a miles de desplazados, los que fueron agrupándose en los espacios áridos de la periferia de la ciudad. Se estima que entre 1983 y 1989, la guerra expulsaba todos los días a familias que buscaron refugio en la ciudad. Algunos de los desplazados llegaban sin documentos de identidad, lo que además de impedir el ejercicio de sus derechos ciudadanos, los colocaba en condición de sospechosos frente a las fuerzas públicas, incluso llegando a ser demandados por la justicia<sup>4</sup>.

En 1984 surge un segundo movimiento armado: el Movimiento Revolucionario Tupac Amaru (MRTA), que inicia sus acciones en las zonas urbanas de Lima y que poco tiempo después tiene el control de algunas zonas rurales de los departamentos de Pasco, Junín, Huánuco y San Martín. El MRTA nunca estuvo en Ayacucho y a finales de los años 90 ya se encontraba muy débil, habiendo cedido parte de su espacio en la selva central a SL<sup>5</sup>.

A finales de los años 80 y a principios de los años 90 la violencia del SL se había extendido a Lima, especialmente a los barrios periféricos de los conos urbanos y con acciones violentas en los distritos tradicionales de la clase media y alta limeña. Finalmente en 1992, el líder del SL, Abimael Guzmán, fue capturado en una casa residencial de Lima y con él, parte de

---

<sup>3</sup> Diez Hurtado, Alejandro. *Los desplazados en el Perú*. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y Programa de apoyo al repoblamiento y desarrollo en zonas de emergencia (PAR) Lima, 2003.

<sup>4</sup> Idem.

<sup>5</sup> Naciones Unidas. Comisión de derechos humanos. *Informe del Sr. Francis Deng sobre el desplazamiento en el Perú*. Abril, 1996.

la cúpula senderista. Pocos días después era presentado a la prensa nacional y extranjera dentro de una jaula, vestido con traje de presidiario, visiblemente agotado. Era la imagen de la derrota y la humillación de quien fuera considerado entre sus huestes, como la Quinta Espada de la Revolución Mundial. A partir de la captura del líder, poco a poco fueron desarticulados los cuadros de SL y por primera vez en 12 años el Perú volvía a sentir la paz.

El 28 de agosto del año 2003, la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) luego de dos años de investigación y de innumerables entrevistas y testimonios entregó su informe final<sup>6</sup>; dando cuenta a todos los peruanos de una cifra que no era percibida por nadie. Hasta entonces los muertos registrados por la guerra sumaban 35 mil peruanos. La cifra que nos fue revelada, indicaba que fueron 69 mil muertos. La violencia político militar había causado el doble de muertes, la mayoría de las cuales fueron de campesinos indígenas quechuahablantes, hombres y mujeres de las comunidades rurales del departamento de Ayacucho; donde la violencia actuó con toda su demencial fuerza contra los más pobres del Perú. Más de 50 mil muertes ocurrieron en los campesinos de las comunidades andinas. Sus gritos de horror pasaron inadvertidos. Nadie se percató de tantas miles de muertes, porque se trataba de una población históricamente excluida: la de los “indios” del Perú. El trabajo realizado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación fue fundamental para el surgimiento de nuevas organizaciones de afectados, revitalizando, asimismo las ya existentes. Su trabajo permitió a muchas localidades hablar de la guerra, la violencia, los daños y las necesidades de apoyo desde el Estado y la sociedad.

Entre 1981 y 1993 se registraron 27 618 atentados subversivos, tanto de SL como del MRTA, de los cuales 15 249 ocurrieron en la sierra, 11 196 en la costa y 1 173 en la selva, encontrando una correlación directa entre los atentados y el desplazamiento<sup>7</sup>. A nivel nacional la estimación sobre el desplazamiento de población entre 1980 y principios de 1990, se calculó en 530 075 personas<sup>8</sup>, cerca de 120 mil familias, de las cuales entre el 50 y 60% eran niños<sup>9</sup>. Lima, la capital del Perú, fue la ciudad de referencia para

<sup>6</sup> Comisión de la Verdad y Reconciliación de Perú. *Discurso de entrega del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/discurso01.php> Lima, 2003.

<sup>7</sup> Peralta Izarra, Pelayo. *Ayacucho: El nuevo sendero*. Lima 2004. Ediciones Vilper.

<sup>8</sup> Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Informe de la situación de los derechos humanos en el Perú 1997. <http://www.derechos.org/cnddhh>

<sup>9</sup> Dughi M., Pilar y otros. *Salud mental, infancia y familia* UNICEF/IEP. Lima, 1995.

la mayoría de los desplazados, donde de cada 180 desplazados, 118 eran mujeres y 13% viudas o viudos. Estudios realizados por la Coordinadora de Trabajo por los Derechos del Niño en Ayacucho (COTADENA), indican que de 1171 familias de desplazados, 200 estaban encabezadas por mujeres viudas y otras 95 familias por mujeres cuyos maridos fueron desaparecidos o reclutados a la fuerza. En 1995 se estimaba que los costos de la guerra en el Perú ascendían a más de 21 mil millones de dólares, equivalente a toda la deuda externa del país.

En el departamento de Ayacucho, los desplazamientos se concentraron en la ciudad de Ayacucho, capital del departamento, que en 10 años duplicó su población. Los nuevos asentamientos humanos alrededor de la ciudad, configuraban la realidad cruda del desplazamiento: hombres, mujeres, niños y ancianos, más pobres y vulnerables durante los primeros años de adaptación a una nueva ciudad. Ellos dejaron el espacio de su comunidad y quedaron marginados, hacinados y sin alimentos.

En la medida que iban estableciéndose las agrupaciones de desplazados en viviendas de plásticos, palos y cartón, ocurría un hecho paralelo: la aparición de cementerios llamados “clandestinos”, no oficiales, donde enterraban a sus muertos sin certificación médica previa. Ante esta nueva situación surgían muchas preguntas como: ¿de qué estaban muriendo?, ¿se trataba de ancianos, o eran tal vez niños, jóvenes, hombres o mujeres?, ¿se trataba de muertes prematuras, evitables?, ¿eran las muertes esperadas o existía un exceso de mortalidad?, si así fuera ¿qué factores estaban determinando estas muertes tempranas?

No se trataba de muertes por hechos directos de acciones de guerra, sino por efecto de condiciones de mayor vulnerabilidad entre los desplazados y, por lo tanto, consecuencia de la guerra.

Estas preguntas surgieron en 1988, durante la visita que realizamos a Pampa Hermosa, para dar atención médica a una comunidad de desplazados. La atención médica formaba parte de las actividades que realizaba la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Era mi primer año de médico, trabajaba en el hospital regional y era un entusiasta profesor de enfermería. Era también el primer encuentro con una realidad social que hasta ese momento apenas había percibido. Recuerdo haber atendido cerca de 60 consultas, la mayoría a mujeres, y tal vez dos o tres con necesidad de algún antibiótico. Todas las demás consultas estaban en el campo de la salud mental, quejas de dolores de cuerpo,

dolores de cabeza, falta de sueño. Cuerpos sudorosos, delgados, tristes. El cementerio alrededor de la comunidad desplazada generó las preguntas. La salud en las poblaciones desplazadas sería siempre motivo de interés y de aproximaciones en la vigilancia epidemiológica y en el análisis local de los años siguientes.

Al no estar registradas las muertes, no se pueden conocer las causas ni la edad y el sexo, ni se pueden estimar cuán evitables podrían haber sido. Por otro lado, las estadísticas sanitarias tienen tantas limitaciones de cobertura y calidad de los datos, que hacen imposible la tarea de analizarlas para compararlas entre poblaciones desplazadas y residentes. Se necesitan otros métodos. Tratar de encontrar esas respuestas veinte años después, es el objeto central de este libro.

La magnitud del desplazamiento fue visible luego del Censo Nacional de 1993. Cuando todos los departamentos de Perú mostraban tasas de crecimiento poblacional positivas, en Ayacucho el indicador era negativo. Las proyecciones de población que daban a Ayacucho más de 600 mil habitantes, tuvieron que reducirse a 510 mil<sup>10</sup>. Al interior del departamento todas las provincias habían reducido su población, con excepción de la provincia de Huamanga, donde se encuentra la ciudad de Ayacucho. Entre 1980 y 1993 se calculó que más de un tercio de la población ayacuchana se había desplazado, estimándose en 267 mil la cifra de desplazados; tanto intradepartamentales (160 mil) como extra departamentales (107 mil)<sup>11</sup>. Del total de desplazados en el Perú, los desplazados ayacuchanos representaron el 45%.

Según Pelayo Peralta en su libro *Ayacucho: el nuevo sendero*, el costo de la guerra en el departamento de Ayacucho, se puede resumir en las siguientes cifras: hubo 267 mil desplazados, 10 mil niños huérfanos, 550 discapacitados y 22 500 indocumentados. Más de 550 comunidades campesinas fueron afectadas en su organización social y productiva, perdiendo las formas tradicionales de participación comunal. El desplazamiento significó el abandono de 50 mil hectáreas de tierra de cultivo, cuya pérdida se estimó en 100 mil toneladas métricas de productos agrícolas, sumadas a las pérdidas de sus animales estimadas en más de 420 mil cabezas de ganado. Esta situación empeoró la disponibilidad de alimentos y favoreció la desnutri-

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. *Resultados del censo poblacional 1981 y 1993*.

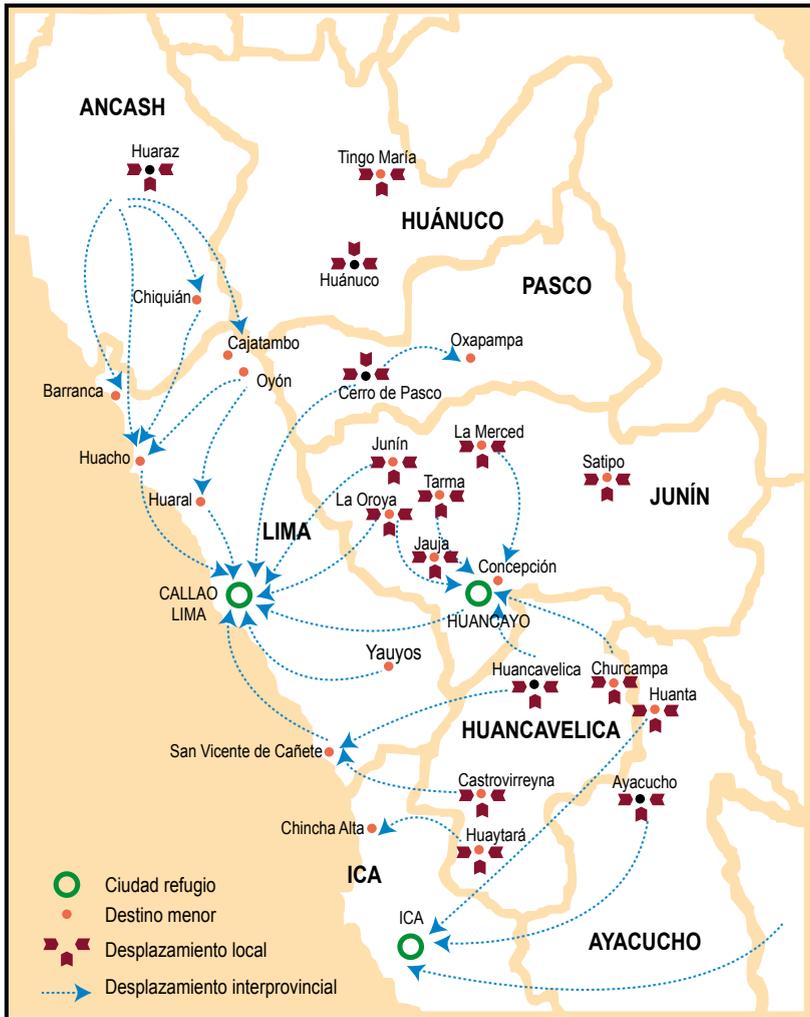
<sup>11</sup> Coronel, José. *Informe final: Situación de las poblaciones desplazadas en el departamento de Ayacucho*. Organización Panamericana de la Salud, Perú. 1997 y plan operativo del PAR 1996.

ción y la enfermedad. También fueron destruidas maquinaria agrícola e infraestructura pública y se arrasaron e incendiaron al menos 200 puestos policiales, 936 torres de alta tensión eléctrica, 200 centros educativos rurales y cerca de 50 postas sanitarias; cuyos costos sumados representaron más de 600 millones de dólares.

Las rutas del desplazamiento por la guerra siguieron las rutas de la migración que existían antes, desde Ayacucho hacia la ciudad de Lima; preferentemente favorecidos por los vínculos con familiares o paisanos y que fueron determinantes para su adaptación en la ciudad de recepción. Así, las personas de las provincias del sur de Ayacucho, por su proximidad geográfica, migraban hacia Nazca, Ica y Lima. Las personas de las provincias del centro y norte lo hicieron hacia la ciudad de Ayacucho y luego Lima. Las poblaciones campesinas de las grandes alturas de Huanta y San Miguel, comunidades aisladas y más homogéneas, se desplazaron hacia ciudades como Huanta, Tambo y San Francisco o hacia Huancayo y Lima, donde se mantuvieron unidas gracias a los fuertes lazos de solidaridad y reciprocidad.

Los años comprendidos entre 1950 y 1970 marcan un período de intensas migraciones hacia la ciudad de Lima, en particular de poblaciones procedentes de los departamentos del centro de Perú, donde se encuentra Ayacucho. Considerando el periodo intercensal de 1972 - 1981, previo al conflicto armado, el departamento de Ayacucho tuvo una tasa de crecimiento del 1%, pero sólo cuatro de las once provincias del departamento tenían tasas positivas: Huamanga (3,1%); Huanta (1,3%), La Mar (1,7%) y Huancasancos (0,3%). Las otras siete provincias presentaban saldos negativos, que se duplicaron en el siguiente período censal, que corresponde a la época de la violencia entre 1981 y 1993.

Figura 2  
Rutas del desplazamiento en la sierra central del Perú



Fuente: IDEEELE N° 28, agosto 1991. Tomado de Los Desplazados en el Perú. CICR 2003.

Sobre el desplazamiento en el Perú, se han realizado diversas investigaciones y publicaciones, muchas de ellas promovidas por la Mesa Nacional sobre el Desplazamiento. Entre mayo y junio de 1993 se realizó la Consulta sobre el Desplazamiento y Refugio en la Región Andina, promovida por el Consejo Internacional de Agencias Voluntarias (ICVA), cuyos resultados fueron di-

fundidos por el Instituto de Defensa Legal<sup>12</sup>. En este libro, un artículo de Isabel Coral señala algunas características del desplazamiento en el Perú. Por ejemplo, destaca los tres momentos atravesados entre la población de las comunidades campesinas y Sendero Luminoso: en primera instancia de convivencia; luego de tensión y dispersión, y finalmente de ruptura y confrontación. Es en el segundo momento que se produce el mayor desplazamiento, cuando las comunidades fueron arrasadas por Sendero Luminoso o por las fuerzas armadas, por incursiones seguidas, o por ocupación del territorio de la comunidad ocasionando desplazamientos colectivos. Cuando el desplazamiento fue individual-familiar se debió a agresiones directas: muertes, desapariciones, amenazas, chantajes, por reclutamiento forzado, captura y huida, o por una actitud preventiva sea por miedo, terror o cuando se desarticuló la red social y de producción.

Como desplazados internos se conoce a aquellos que se movilizaron al interior mismo del departamento, y como extraregionales, a los desplazados a ciudades de departamentos vecinos, Lima preferentemente. Los desplazados pueden estar dispersos, concentrados o ser itinerantes. A finales de los años 90 cuando la situación de seguridad vuelve a las comunidades campesinas, se produce el retorno, el cual trae consigo nueva gente, nuevos valores, nuevas formas de vivir; entonces el retorno es muchas veces temporal, sin perder el espacio ganado en la ciudad que abre nuevas oportunidades.

La inserción de los desplazados a la ciudad de acogida se clasificó según UNICEF/IEP de tres maneras: a) Inserción simétrica, donde el desplazado puede mantener o reconstruir su identidad aceptando las diferencias; b) Inserción complementaria, cuando se establece una relación de dependencia con los lugareños y no hay respeto por las diferencias y c) Inserción marginal, cuando no hay reconocimiento del otro, situación que produce aislamiento, sin posibilidad de generar cambios. Estas dos últimas fueron las formas observadas en la mayoría de los casos, por las diferencias socioeconómicas y culturales entre los desplazados y las poblaciones residentes, especialmente en Lima<sup>13</sup>.

En el año 2003, según el libro *Los desplazados en el Perú*, se menciona que el 70% de los desplazados procedían de las comunidades campesinas, 20% de las ciudades urbanas, capitales distritales y 10% de las élites locales. En

<sup>12</sup> Instituto de Defensa Legal, ICVA. *Consulta sobre desplazamiento y refugio en la región Andina*. Lima, Perú 1995.

<sup>13</sup> Dughi M., Pilar y otros. *Op. cit.*

los capítulos siguientes de este libro nos referimos al 70% de los desplazados de origen quechua, campesinos y pobres. Poblaciones que comparten características geográficas, culturales, de idioma, de identidad y que se autodefinen como miembros de un grupo étnico o comunidad campesina. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a los pueblos indígenas como: a) Los pueblos que en países independientes presentan condiciones sociales, culturales y económicas que los distinguen de otros sectores de la colectividad nacional y que están regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial y b) Los pueblos de los países independientes, considerados como tales por el hecho de descender de poblaciones originarias que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país, en la época de la conquista, la colonia o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas culturales y políticas o parte de ellas.

En el caso particular de los andes centrales del Perú, lo étnico hace referencia a la pertenencia a la nación quechua. Sin embargo la identidad central de la población quechua es de pertenencia hacia su comunidad campesina. En América, la condición de indígena es una construcción que viene desde la colonia, desde las relaciones de poder del centro urbano, político y económico hacia la periferia rural oculta, marginal, donde se concentra la población indígena en su “espacio natural”, sometida, subordinada, inferiorizada y explotada<sup>14</sup>.

En el libro *Las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso*<sup>15</sup>, se analizan las respuestas de las comunidades campesinas organizadas en Ayacucho frente a la violencia de Sendero Luminoso y de las fuerzas armadas. José Coronel hace claramente una diferenciación al interior de la población campesina quechua, a la que usualmente se ve de forma homogénea; para señalar que hay dos tipos de población campesina: la de los valles y la de las alturas (iquichanos). Las comunidades campesinas de los valles al estar más próximas a las ciudades capitales, tienen mayor dominio del idioma español. Algunos son propietarios de tierras y sus hijos acuden a las escuelas, incluso a la universidad local. Los iquichanos son campesinos que viven en comunidades sobre los 3 500 metros de altitud, más aislados y más pobres.

<sup>14</sup> Escalante, Y. *La exclusión indígena de la membresía urbana*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS/ México, DF. 2004.

<sup>15</sup> Degregori, Coronel, Del Pino y Starn. *Las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso*. Instituto de Estudios Peruanos (IEP) Lima-Perú, 1996.

Cuando ocurrió el desplazamiento en estas comunidades de altura, usualmente lo hicieron todos. Cuando la opción de la comunidad no era el desplazamiento, la alternativa consistió en agruparse con comunidades vecinas y organizarse para formar en conjunto las llamadas “comunidades en resistencia”, con vigilancia permanente. Para tener una idea del nivel de pobreza de las comunidades altoandinas como Chaca, se calculó en 1994 que el ingreso familiar diario no pasaba de los 34 centavos de dólar (Coronel, 1997).

Según el informe *Mapeo de las organizaciones de afectados por la violencia política en el Perú*, publicado por OXFAM en abril de 2004, se señala que el 79% de las víctimas de la violencia política ocurrida en el país, residía en zonas rurales; es decir, que el conflicto afectó principalmente a la población campesina. En un principio, ésta no contaba con organizaciones que pudieran apoyarla. Fueron las iglesias y algunas ONG las que atendieron inicialmente las demandas de los desplazados, promoviendo su agrupación y organización.

La respuesta de las comunidades afectadas frente a la violencia, puede perfilarse de dos maneras: aquellas que se desplazaron de sus lugares de origen en busca de seguridad y aquellas que se quedaron resistiendo la violencia. Las primeras se encontraron totalmente desprotegidas, en muchos casos tratadas como terroristas. La organización de estos grupos se limitó generalmente a necesidades concretas. Al respecto el informe de OXFAM agrega:

*La escasa o inexistente noción de derechos de las poblaciones desplazadas han hecho que enfoquen sólo sus necesidades básicas como la principal demanda, es decir, sólo la sobrevivencia, lo que en muchos casos ha motivado que se organicen, pero en la mayoría no existe una conciencia de derechos frente a los daños sufridos como consecuencia de la violencia política.*

La Asociación de Comunidades Migrantes Quechuas “Jatary Ayllu” es la primera organización de desplazados y surge en el año 1984, siendo reconocida en 1986. Se encontraba conformada por desplazados de Huancaavelica y Ayacucho<sup>16</sup>. Muchos se integraron a organizaciones sociales para la atención de sus necesidades básicas, dejando de lado su condición de desplazados. Entre las principales organizaciones de desplazados figuran: Familiares de Desaparecidos, articulados en torno a ANFASEP (con papel muy activo en años anteriores); y en los últimos años, en torno a la Comi-

<sup>16</sup> Oxfam. *Mapeo de las organizaciones de afectados por la violencia política en el Perú*, Abril de 2004.

sión de la Verdad y Reconciliación, han surgido nuevas organizaciones de desaparecidos, viudas y huérfanos.

La mayoría de los miembros de organizaciones de desplazados fueron mujeres (70% aproximadamente) y en promedio, dichas agrupaciones eran integradas por 80 personas. Generalmente contaban con una junta directiva y una asamblea general de socios. Solamente el 33% de las organizaciones analizadas poseía un plan de trabajo. El principal objetivo planteado por las organizaciones giraba en torno al fortalecimiento organizativo, la atención de la salud mental y el logro de justicia.

El desplazado deja de serlo, cuando regresa a su comunidad de origen o cuando se incorpora a la ciudad de residencia. En ambas situaciones es fundamental la vuelta a condiciones de paz y seguridad. En el Perú, al concluir la guerra, el retorno no fue la principal opción, a pesar del Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR) que creó el gobierno. Usualmente la población desplazada usó los incentivos del PAR para retornar a su comunidad, pero sin dejar la ciudad, donde quedaban los hijos o algún familiar. Según Diez Hurtado, se deja de ser desplazado cuando se adquiere una nueva condición de vida que supera las carencias y limitaciones generadas por el desplazamiento.

Agregamos a esta premisa, que una razón que define la permanencia en la ciudad de recepción, es cuando se logran o se perciben en el futuro nuevas condiciones de vida y de oportunidades que no se tenían ni durante el proceso de desplazamiento, ni en su comunidad de origen. Diez Hurtado agrega, que se deja de ser desplazado cuando se adquiere la identidad de pobladores urbanos o la de otros emigrantes; pero que dicha identidad se modifica en función de la edad: los adultos mayores son más resistentes a modificar su identidad andina y comunal y aceptar su nueva pertenencia.

Actualmente se observa que los afectados por la violencia intentan dejar atrás lo padecido y reiniciar una nueva vida, ya sea en las localidades que les dieron refugio o en sus comunidades de origen.

En el año 1996, el Sr. Francis Deng, representante del Secretario General de las Naciones Unidas para las cuestiones sobre los desplazados internos, visitó el Perú y los asentamientos humanos con desplazados en Lima, Ayacucho y otros departamentos. En su informe final a la Comisión de Derechos Humanos, dicho representante señalaba las condiciones de extrema pobreza de los desplazados y la malnutrición que alcanzaba hasta el 80%

de la población, especialmente entre las comunidades indígenas y nativas amazónicas, que al abandonar sus tierras perdían el acceso a diversas fuentes de alimentos. Observó las precarias condiciones de sus viviendas, el hacinamiento y la falta de fluido eléctrico, suministro de agua y sistemas de saneamiento; situaciones que ponían en riesgo su salud, siendo frecuentes enfermedades como diarrea, disentería y malaria, entre otras.

Estas poblaciones carecían de puestos de salud para responder a sus necesidades. El representante constataba que la población andina, en su desplazamiento a ciudades de la costa, era más susceptible a las enfermedades respiratorias. El sector salud no tenía la suficiente cobertura de programas preventivos de salud como el de vacunaciones. En Ayacucho, recién se empezaban a realizar visitas periódicas a estas poblaciones y a la distribución de botiquines básicos de salud con apoyo de organizaciones internacionales.

En los estudios, informes y publicaciones realizados sobre el desplazamiento, pocas veces se ha hecho un análisis detallado sobre el impacto en la salud. Hay evidencia en Ayacucho que en la población desplazada la desnutrición fue frecuente, así como las enfermedades respiratorias, digestivas y de piel, entre otras. También se han señalado los problemas de salud mental, así como las respuestas a la atención de salud. El departamento de Ayacucho ha sido el centro del conflicto armado y todavía hoy se perciben las secuelas de la violencia, con la presencia de las pandillas juveniles.

En los niños desplazados es frecuente observar el fracaso escolar en sus nuevas escuelas debido al desarraigo cultural, el bilingüismo, la malnutrición, las diferencias en el currículo y el nivel de exigencia por parte de los docentes. Otro fenómeno frecuente es el de la violencia familiar en aquellas familias que se vieron afectadas por el conflicto armado, ya que el estrés vivido las vuelve más vulnerables. Las consecuencias del maltrato familiar en los niños son graves, afectando su proceso educativo, comprometiendo su salud en general y específicamente su desarrollo emocional e intelectual. El estrés postraumático suele ser una de las consecuencias más evidentes a nivel de la salud mental en los afectados por el conflicto armado. El trauma es definido como un *“evento ajeno al marco normal de la experiencia cotidiana y que sobrepasa largamente los niveles de angustia y tensión tolerados habitualmente”*<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Dughi M., Pilar y otros. *Op. cit.*

Es importante mencionar que algunas personas permanecieron en su comunidad de origen, en ellas no hubo la opción del desplazamiento. Especialmente en familias o personas que habían perdido a sus hijos, esposos y que no contaban con los medios y la red familiar y social necesaria para desplazarse. Durante los tiempos de guerra, estas familias padecieron el terror y la incertidumbre de ser atacadas de manera permanente. La única respuesta para el cuidado de la salud la obtenían de la medicina tradicional.

### 2.3 LA OPCIÓN DEL RETORNO

En 1993 se creó el Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR), para que apoye y organice los retornos voluntarios de los desplazados a sus comunidades de origen y que una vez instalados nuevamente, se creen condiciones de paz y desarrollo con los miembros de la comunidad que no la abandonaron. En 1999 se estimaba que de los casi 600 mil desplazados en el Perú, habrían retornado 255 mil. También se estimó que un 90% de estos retornos no contó con la participación directa del PAR, sino que fue por decisión individual o familiar. El PAR apoyó la construcción de colegios, postas sanitarias, el mejoramiento de las carreteras, los sistemas de irrigación. Se trataba de una mayor respuesta del Estado, en zonas afectadas por la guerra.

Pero 15 o 20 años después no retornan las mismas personas que salieron. Los más viejos han muerto. Los que crecieron o lograron su adaptación e incorporación a la ciudad no volverán a su comunidad de origen para reestablecerse. La tendencia, incluso antes de la época del terror era de salir del campo y migrar a la ciudad en busca de nuevas oportunidades. Por lo tanto no se pierde el espacio ganado en la ciudad de recepción y se retorna a la comunidad sólo de manera temporal. El retorno trae a “otras personas”, los niños y jóvenes, hombres y mujeres crecieron en la ciudad y retornan con otras ideas, con nuevas formas de interactuar con los otros, con otras ambiciones, con nuevas demandas. Esta interacción entre “retornante” y “residente” podrá darse primero en formas de tensión y conflicto, pero al resolverse creará nuevas formas de tejido social y nuevas formas de interacción con el Estado a través de sus instituciones como salud, educación y con las ONG.

El encuentro entre retornantes y residentes tendrá implicancias para la salud, como son las enfermedades traídas de la ciudad, como el VIH-SIDA.

En 1996 se diagnosticó el primer caso positivo de infección por el VIH en una comunidad campesina de Ayacucho, en una pareja de jóvenes, ambos retornantes de Lima.

El programa de focalización del gasto social básico de los años 90, permitió por primera vez, que todos los distritos del departamento contaran con un equipo básico de salud. Con estos profesionales se extendió el sistema de vigilancia epidemiológica, lo que permitió la notificación de casos en zonas en las que antes no se tenía información alguna sobre salud (efecto que podríamos resumir de positivo como consecuencia de las reformas neoliberales, pero que en su impacto global deterioró la responsabilidad del Estado en su rol de proveedor de los servicios de salud).

El retorno servirá para no perder la tierra comunal, para trabajarla durante los ciclos agrícolas, en las vacaciones escolares y visitarla en las fiestas patronales. Así el trabajo de la parcela comunal servirá para apoyar al sostenimiento de la familia que ahora vive insertada en la ciudad. Más que un proceso de retorno, se observa en los últimos años un constante movimiento de población desde la ciudad de inserción hasta sus comunidades de origen. Todos los días decenas de camionetas salen y llegan de rutas que comunican a la ciudad de Ayacucho con las provincias, distritos y comunidades del norte del departamento, con la selva (región de montaña amazónica) y con Lima. Hay una actividad comercial intensa.

En algunas comunidades fuertemente afectadas por la guerra o que incluso fueron abandonadas en su totalidad, el retorno les significó la vuelta a la memoria de hechos dolorosos que no pueden olvidar. Ponciano del Pino describe (a través de las entrevistas a los pobladores de Uchuraccay durante el retorno) el miedo y el sufrimiento permanentes con los cuales habían vivido los años del desplazamiento y que la memoria les volvía a traer, una vez reestablecidos en su comunidad.

A las comunidades retornan personas que han pasado por cambios profundos y que modifican el tejido social y cultural. En algunos casos esta movilidad sirve para trabajar la tierra y apoyar la subsistencia de la familia en la ciudad. En las comunidades de origen se percibe una mayor presencia del Estado con nuevos puestos de salud y personal médico. También de ONG cuya interacción con los líderes de las comunidades son diferentes, están orientadas a la construcción de la exigencia de sus derechos humanos, entre ellos el de la salud.

### 3. CAMBIOS EN LA SALUD EN LAS POBLACIONES DESPLAZADAS A LA CIUDAD DE AYACUCHO: ABORDAJE METODOLÓGICO

Nos propusimos conocer los cambios en la salud que habían experimentado las poblaciones desplazadas a la ciudad de Ayacucho, entre 1980 y 2004. Es decir, cómo percibían su salud en la comunidad de origen, antes de la guerra; luego saber cómo se afectó su salud durante el desplazamiento y -finalmente- cuando concluye la guerra y se incorporan a la ciudad de Ayacucho.

La salud, la estamos considerando como un proceso que incluye la presencia de enfermedad, la respuesta y atención de los servicios de salud y finalmente la muerte. Consideramos también que las condiciones de vida a lo largo de estos años son determinantes en el proceso de la salud, por lo tanto tiene “historicidad”, entendida como el resultado del acúmulo del trabajo, la fatiga, la desnutrición, o por el contrario, el bienestar, descanso o la integración a redes sociales, es decir se trata de procesos sociales que determinan la salud, la enfermedad y la muerte<sup>1</sup>.

La medicina social y la salud colectiva proponen una nueva concepción del proceso salud-enfermedad, respecto del que domina en la práctica médica hegemónica actual, donde la enfermedad es el resultado de una alteración bionatural, que aunque da peso a los factores sociales en la génesis del proceso salud-enfermedad, no los considera como espacio privilegiado de análisis y de intervención; para la salud colectiva sí lo son, y es en los procesos sociales donde se originan un conjunto de determinantes, de producción social de la enfermedad, de alteraciones patológicas, biológicas y psíquicas<sup>2</sup>.

Partimos de la hipótesis que la salud de las poblaciones desplazadas a la ciudad de Ayacucho --en su mayoría campesinos indígenas-, se afectó durante el

---

<sup>1</sup> Laurel, Asa C. *Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud-Enfermedad. Lo Biológico y lo Social, su articulación en la formación del personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud, 1994. Serie desarrollo de recursos humanos, 101.

<sup>2</sup> Silva, Jairnilson y Almeida, Naomar. *A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Casa da Qualidade Editora, Salvador Bahía, 2000.

proceso del desplazamiento, aumentando los riesgos de enfermar y morir. Se afectó la salud de los niños y ancianos; prevaleció y aumentó la desnutrición y las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, las diarreas y el cólera, entre otras. Así lo demuestran los estudios que se han realizado sobre el impacto en la salud en desplazados por conflictos armados, detallado en la primera parte de este libro. Por lo tanto el período de mayor riesgo y muerte en estas poblaciones, ocurrió desde el inicio de la guerra, en el desplazamiento consecuente y en la llegada a un nuevo asentamiento en la ciudad de Ayacucho, cuyas condiciones iniciales de vida fueron considerablemente peores a las que tenían en su comunidad de origen.

Luego, una vez instalados en la ciudad de recepción -especialmente al final de la guerra y luego con la paz-, la situación de salud mejoró, en vista de su progresiva inserción laboral y social a la ciudad; a un mayor acceso a los servicios de salud a través de los cuales fueron sujetos de acciones preventivas de salud pública y de atención básica de salud. Pero consideramos que la salud mental no evolucionó favorablemente, de manera especial en los adultos y ancianos, testigos de hechos de guerra y de humillaciones, referidas entre otras situaciones al dolor y duelo por el familiar muerto o desaparecido.

Hubiera sido ideal realizar un estudio transversal retrospectivo que permita comparar a través de un cuestionario a dos muestras representativas de población residente y otra desplazada. De ese modo podrían estimarse tasas específicas de mortalidad infantil, por ejemplo, o medir el exceso de mortalidad y morbilidad entre una y otra población. Incluso este diseño de investigación podría comparar a una tercera población, como las comunidades campesinas que no se desplazaron. Sin embargo, un estudio de esta naturaleza nos hubiera llevado mucho más tiempo y recursos, por lo que decidimos optar por analizar -usando métodos mixtos- los datos disponibles de los sistemas de información de salud de la Subregión de Salud de Ayacucho, y luego complementarlos con entrevistas a profundidad a personas desplazadas en la ciudad de Ayacucho, usando las técnicas de un estudio de carácter cualitativo.

Nos propusimos entonces identificar, describir y explicar desde los enfoques cuantitativo y cualitativo, los cambios en la salud producidos por el desplazamiento forzado de la población campesina y rural asentada a partir de 1980 en la ciudad de Ayacucho, Perú. Eso incluía revisar datos de los sistemas de información sanitaria de la Subregión de Salud de Ayacucho; en especial estimar los cambios en las tendencias de la morbilidad y mortalidad hospitalaria en el período 1980 - 2004, que podrían atribuirse a las necesidades de atención de

salud por la llegada de una “nueva población”, desplazada de las zonas rurales a la ciudad de Ayacucho.

Con la metodología cualitativa nos propusimos indagar, desde la perspectiva de los desplazados, la salud autopercebida durante la vida en la comunidad de origen; en tiempos de guerra, con el desplazamiento al nuevo asentamiento en la ciudad de Ayacucho, y finalmente durante la paz y hasta el momento de la entrevista, realizada en mayo de 2005.

El uso de métodos cualitativos complementa la información y le da sentido al significado que tiene la guerra y los cambios en la salud para una población que posee un espacio-territorio, una cultura y una historia. Solo a partir de estas premisas podemos interpretar las necesidades de salud y las respuestas que obtuvieron a lo largo de los años. Como dice Cecilia Minayo:

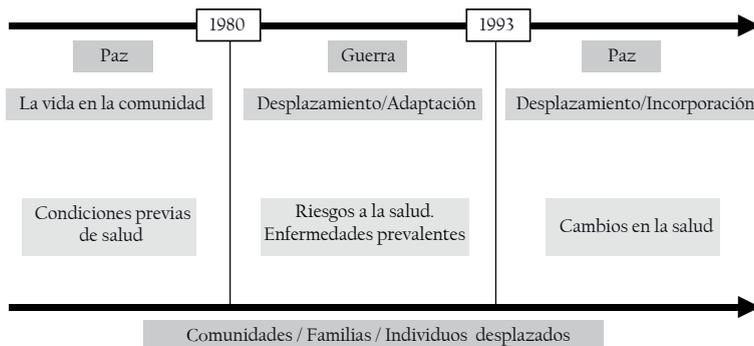
*...si hablamos de salud y enfermedad, esas categorías traen una carga histórica, cultural, política e ideológica que no puede ser contenida solo en una fórmula numérica o en un dato estadístico<sup>3</sup>.*

La siguiente figura, muestra los tres momentos de interés de la investigación. El primero de ellos tiene que ver con la percepción y atención de la salud en la comunidad de origen antes del inicio del conflicto armado. Luego un segundo momento que corresponde a la guerra, y que va desde el desplazamiento y las nuevas condiciones de vida en la ciudad de Ayacucho y su relación con los riesgos de enfermar o morir: crisis inicial y luego adaptación al nuevo espacio de vida. Y finalmente el período de paz, cuando se logra la incorporación definitiva a la ciudad, hasta el momento en que dejan de considerarse como desplazados, para asumirse como residentes de la ciudad. Los tres momentos nos sirven de hitos y guían la investigación cualitativa como cuantitativa, sin pretender señalar que los cambios positivos (o negativos) en la salud se logran únicamente cuando concluye la guerra.

---

<sup>3</sup> Minayo, María Cecilia. *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Figura 3  
Períodos de interés sobre el desplazamiento y los cambios en la salud



Las razones que justifican el uso combinado de métodos en este estudio son: a) la existencia de indicadores epidemiológicos que podrían mostrar los cambios en la salud ocurridos en una población como resultado de la presencia de una nueva subpoblación. Este es el caso de los indicadores de morbilidad y mortalidad, especialmente para algunas causas y para algunas edades específicas; en segundo término b) la naturaleza de la autopercepción de la salud, que sólo puede ser evaluada interrogando directamente a las propias personas, usando técnicas que permitan la reconstrucción de la salud como fenómeno intersubjetivo en el que confluyen múltiples actores, valores y experiencias; y finalmente c) la convicción de que la triangulación metodológica es la mejor estrategia para lograr una interpretación pertinente, adecuada y creíble de los hallazgos encontrados durante el estudio de procesos sociales complejos, que epistemológicamente no pueden ser reconstruidos desde un solo punto de vista.

Existen distintas formas de combinar métodos, y de ellas la triangulación metodológica es la más usada, ya sea aplicando los métodos consecutivamente o de forma simultánea. En el presente caso la triangulación de métodos fue simultánea, pues su propósito, más que confrontar sus resultados, era obtener información diferente pero complementaria sobre el mismo tema. La triangulación de métodos se usa desde 1959 y desde entonces se ha definido de formas variadas, pero se reconoce su práctica cuando se usan diferentes teorías, métodos, datos e incluso la opinión de diversos investigadores<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Arias, María. "La triangulación metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones". En: *Paradigmas y Diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Universidad de Guadalajara, México 2002.

Para Denzin (1973), la triangulación metodológica requiere: a) la combinación y el cruzamiento de múltiples puntos de vista; b) la tarea conjunta de investigadores con formación diferenciada; c) la visión de varios informantes; y d) el empleo de una variedad de técnicas de recolección de datos que acompañan el trabajo de investigación. De esa forma se busca interacción, crítica intersubjetiva y comparación<sup>5</sup>.

En nuestro caso usamos dos métodos distintos. Luego los avances de los resultados fueron presentados durante las sesiones del doctorado en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco) de México; donde profesores y alumnos -de diversas disciplinas- daban su opinión sobre el objeto de estudio y los resultados encontrados. Aunque, en esencia, no tiene la rigurosidad del abordaje por triangulación de métodos, destacamos de esta aproximación metodológica el uso de métodos distintos de paradigmas encontrados, entre las ciencias naturales y las sociales, que complementa y enriquece los resultados del objeto de estudio.

### 3.1 APROXIMACIÓN CUANTITATIVA

La única fuente de información sanitaria oficial que podría ser sensible de mostrar los cambios durante todo el período de estudio, fue el Registro de Hospitalizaciones del hospital de referencia de Ayacucho. El hospital inició el registro manual de las causas de hospitalización en 1976. Se seleccionaron cinco libros de hospitalización a partir de 1980 y por quinquenios hasta el año 2000. Las variables individuales registradas en cada libro fueron capturadas usando el programa Excel. En un segundo momento cada registro fue codificado usando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que facilitó el análisis para identificar o agrupar las causas de hospitalización, para luego realizar las tablas y calcular las tasas de morbilidad proporcional y letalidad hospitalaria según servicios de atención y causas básicas de ingreso. Los gráficos fueron realizados aplicando una línea simple de tendencia.

Luego revisamos y analizamos el Registro de Defunciones (certificado de defunción) cuya captura electrónica en Excel se inicia en 1986, por la Dirección de Estadística de la Subregión de Salud de Ayacucho. La información estaba incompleta, sin embargo contiene datos que permiten seleccionar a los distritos que conforman la ciudad de Ayacucho y obser-

---

<sup>5</sup> Minayo María Cecilia *et ál.* *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.

var cambios en las tendencias de las principales causas de defunción en el período comprendido de 1986 hasta 1998, que incluye los momentos de interés de la investigación: el de la guerra (1986-1992) y la vuelta a la paz (1993-1998). Para este objetivo se obtuvieron las bases de datos de defunciones de Perú del año 1986 al año 2001. Usamos sólo los registros de los años 1986 al año 1998, ya que fueron codificados usando la novena versión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9).

La base de datos de cada año se revisó usando el programa Acces. Luego se seleccionaron todos los certificados cuyo lugar de defunción ocurrió en el departamento de Ayacucho. Lamentablemente la base nacional de defunciones de Perú del año 1993 no existe, por razones que desconocemos. La base de defunciones de Perú del año 1992 no registra ningún certificado del departamento de Ayacucho, por lo que tampoco contamos con esos datos para el análisis. Se complica aun más la disponibilidad de datos de defunción, al observar que la base de mortalidad de Perú del año 1994 sólo registra 25 defunciones para el departamento de Ayacucho y la de 1995 registra 547. En estos dos años no se encontró registros de mortalidad para la “ciudad de Ayacucho” objeto de nuestro estudio.

Cuando hacemos referencia a la “ciudad de Ayacucho”, debemos señalar que se trata de una ciudad con tres distritos: el distrito de Ayacucho, el distrito de Carmen Alto y el de San Juan Bautista. El distrito de Ayacucho ocupa la zona urbana tradicional y los distritos de Carmen Alto y San Juan Bautista, aunque anexos al distrito de Ayacucho, fueron los espacios donde llegaron las poblaciones desplazadas.

Una tercera fuente de información sanitaria proviene de la Dirección de Epidemiología del Departamento de Ayacucho que se crea en 1993 y que permitió -a partir de esa fecha- conocer la evolución de las enfermedades o eventos de vigilancia epidemiológica. Para esta tarea la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud de Perú (OGE-MS), creó un programa para la captura y análisis de los eventos sujetos a notificación nacional, llamado NOTI. Se revisó esta base de datos para seleccionar aquellos que correspondían a la ciudad de Ayacucho. También se consideraron los estudios de campo e informes epidemiológicos que la Dirección de Epidemiología de Ayacucho realizó en la población desplazada, incluyendo la propuesta de las Unidades Locales de Análisis Epidemiológico (ULAE) que esta dirección desarrolló entre 1995 a 1997 y que permitió identificar problemas de salud específicos en poblaciones afectadas por la guerra.

Finalmente los reportes anuales de la Subregión de Salud de Ayacucho, sirvieron para darle contexto a la evolución de los principales indicadores de salud del departamento de Ayacucho.

Los padecimientos elegidos para ser estudiados tuvieron como común denominador el ser epidemiológicamente relevantes y suficientemente sensibles a la llegada de un nuevo subgrupo poblacional. La asociación buscada fue la variación en la magnitud absoluta y los cambios en el tiempo de la mortalidad o morbilidad proporcional. No fue posible la obtención de tasas (como concepto dinámico de riesgo) por razones de subregistro, limitada representatividad e imposibilidad de diferenciar nominalmente entre ser desplazado o residente en la ciudad y por la falta de información poblacional confiable.

Los daños o eventos que consideramos investigar en el estudio, fueron: mortalidad infantil, mortalidad materna, tuberculosis pulmonar, desnutrición, alcoholismo, cirrosis hepática, y las que podríamos agrupar bajo problemas de “salud mental” como los envenenamientos o intoxicaciones.

### 3.2 APROXIMACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa se basa en el convencimiento de que la realidad no es algo externo que puede ser aprehendido por los investigadores en forma absolutamente “objetiva”, y que más bien es el resultado de una reconstrucción del observador a través de un acercamiento paulatino al objeto de estudio.

Según el abordaje cualitativo, toda investigación es una reconstrucción del mundo, cuya realidad depende tanto de la objetividad del objeto que se investiga como de la subjetividad de los sujetos que lo perciben. En otras palabras, el mundo debe ser interpretado cada vez que alguien se acerca a él, lo que implica una continua reconstrucción de su significado.

En este trabajo partimos de la idea de que la percepción que los desplazados tienen sobre su propia salud no depende exclusivamente de la forma en que funcionan sus órganos biológicos, sino de una mezcla de dicho funcionamiento con la manera en que comprenden el mundo social, las estrategias culturales disponibles para responder y adaptarse a los cambios y el significado que tienen de la vida y la muerte.

Basados en el convencimiento de que la percepción de la salud es un proceso subjetivo determinado por el intercambio entre el mundo simbólico

del sujeto que percibe y las objetivaciones establecidas socialmente para el mundo exterior, se decidió realizar una serie de entrevistas a profundidad, basadas en la disciplina conocida como etnografía. Sin embargo, queremos resaltar que esta investigación no es una investigación propiamente etnográfica, sino una investigación social en salud que usa técnicas etnográficas.

Para el diseño de las entrevistas a profundidad, era fundamental primero comprender qué idea tiene la persona del mundo, e incorporar -hasta donde fuera posible- esta percepción en el significado que otorga a sus propias condiciones de salud. Se hizo énfasis especial en el significado de la guerra y en la interpretación de los cambios que, como consecuencia directa, ocurrieron en su vida familiar, económica, cultural e histórica.

Partiendo de esta premisa, se diseñó una estructura básica de entrevista, suficientemente flexible para ser adaptada a cada caso y que podía modificarse conforme avanzaba el trabajo de campo y se llegaban a conclusiones. Los temas que sirvieron para estructurar las entrevistas, en resumen, fueron aquellos relacionados con los cambios en la salud percibidos por la población desplazada y su evolución en el tiempo, es decir durante la etapa en la comunidad, el desplazamiento en sí, y los procesos de adaptación e incorporación a la nueva zona de asentamiento. Se indagó sobre aspectos centrales relacionados con la salud y sus diferentes formas de atención, incluyendo las formas tradicionales de atención en la comunidad de origen, los eventos relacionados con los ajustes a las formas de vida durante el desplazamiento y la evolución de estos aspectos en el tiempo para explorar su impacto en la salud-enfermedad, la atención de los servicios, durante su adaptación e incorporación a la ciudad.

Para explorar el significado de los padecimientos percibidos se interrogó la interpretación que de ellos hace la persona que sufre la enfermedad, considerando su contexto social y cultural, la respuesta a las necesidades percibidas de salud (individuales y de la familia), el acceso a medicamentos u otras formas de tratamiento y los resultados obtenidos, entre otros.

Las personas entrevistadas fueron contactadas en su domicilio y en la medida en que se realizaban las entrevistas encontrábamos, a través del análisis comparativo continuo, el momento en que los datos muestran tantas similitudes que el proceso de obtención de datos puede considerarse en fase de saturación. Por esta razón no se definió a priori el número de participantes.

Los sujetos entrevistados fueron hombres y mujeres mayores de edad, viviendo en la ciudad de Ayacucho y que cumplían los siguientes requisitos: reconocerse como desplazados por el conflicto armado, proceder de una comunidad campesina y con un tiempo de permanencia en el asentamiento mayor a diez años.

Las nueve entrevistas se realizaron en el mes de mayo de 2005, en los barrios de Keiko Sofía (nombre de la hija mayor del ex presidente Fujimori), Puracuti, Las Nazarenas, Villa San Cristóbal y Ñawinpuquio. Todos los entrevistados se mostraron muy colaboradores una vez que les explicamos la razón de nuestra presencia.

A pesar de contar con una guía de entrevista (que fue modificada previamente hasta en tres ocasiones), solicitamos que nos contaran libremente las condiciones de vida y del proceso salud, enfermedad, atención y muerte: en la comunidad antes de la guerra; durante el desplazamiento-adaptación a la ciudad, y en los tiempos de paz.

Cada entrevista se realizó en por lo menos dos sesiones y tuvo una duración promedio de dos horas y contó siempre con el apoyo de una enfermera epidemióloga con dominio del español y quechua. Todas las entrevistas fueron grabadas, dos de las cuales se realizaron en quechua; luego traducidas por escrito al español. El consentimiento para la realización de la entrevista fue verbal, usando todos los criterios éticos requeridos para este tipo de trabajo de investigación. El análisis cualitativo se realizó usando el programa AtlasTi versión 3.0 y los resultados fueron analizados y discutidos por el equipo de alumnos y docentes durante el doctorado en Ciencias de Salud Colectiva realizado en la Universidad Autónoma de México (UAM-Xochimilco). El código usado para identificar a los entrevistados fue: Hombre: H; Mujer: M; años: 0 a 99; casado: Ca; viudo: Vi; separado: Se; soltero: So; años de desplazado: 0 a 30. Así, M36-Ca15, significa que es mujer, de 36 años, casada, y tiene 15 años en Ayacucho viviendo como desplazada.



#### 4. LA SALUD DE LAS POBLACIONES DESPLAZADAS EN AYACUCHO, DESDE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS

Con la finalidad de poder observar cambios en la evolución o tendencia de algunas enfermedades que consideramos como sensibles o “marcadoras”, producto de una “nueva población” desplazada a la ciudad de Ayacucho, se revisó la información disponible en los sistemas de información sanitaria de la Subregión de Salud de Ayacucho, en el período de 1980 al 2004. Mencionaremos tres de las fuentes más relevantes.

La primera, proviene de la Dirección de Epidemiología de la Subregión de Salud de Ayacucho, a través de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica y los estudios realizados por esta dirección. Con la limitación que los registros de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica sólo se inician en el año 1993. Adicionalmente a las actividades de vigilancia y su difusión en los boletines epidemiológicos, esta dirección promovió estudios e investigaciones de campo sobre la situación de salud en poblaciones desplazadas, específicamente en comunidades de resistencia y en poblaciones retornantes.

La segunda fuente de información, viene de la Dirección de Estadística e Informática de la Subregión de Salud de Ayacucho, que inició el registro electrónico de la información de los certificados de defunción a partir de 1986. Contiene información nominal sobre las causas de defunción en Ayacucho, desagregadas por provincias y distritos. Para la codificación del diagnóstico, usó el Sistema Internacional de Clasificación de Enfermedades (CIE-9). Tampoco comprende todo el período de estudio, sin embargo se pudo obtener información de cerca de una década, lo que permitió observar los cambios proporcionales de las principales causas de muerte en la ciudad de Ayacucho.

La tercera fuente de datos es la única que contiene información para todo el período de investigación (1980-2000). Se trata de los registros de hospitalización del hospital de referencia departamental, conocido como el “Hospital de Huamanga”. El registro manual en libros, de las personas hospitalizadas se inició en 1976. Contiene información de datos personales, lugar de proceden-

cia, diagnóstico y condición de egreso. Para observar cambios entre las causas de hospitalización, se tomaron solo los registros de los años 1980, 1985, 1990, 1995 y del año 2000, los que fueron capturados en una base electrónica usando EXCEL, y codificando el diagnóstico usando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Estas fuentes de información toman datos primarios de salud, registrados desde los sistemas de información de la Subregión de Salud de Ayacucho, los cuales, como veremos adelante, contienen serias limitaciones. Por lo tanto, no pretendemos hacer conclusiones, ni inferencias causales. Por el contrario, mostraremos las dificultades que existen en la información, en términos de calidad y cobertura, las que no nos permitieron realizar comparaciones de indicadores de salud entre la población “residente” y la “desplazada”. Nos limitaremos a mostrar tendencias de morbilidad y mortalidad, usando números absolutos o porcentuales, de un grupo de enfermedades en la ciudad de Ayacucho; cuyos cambios se verán influenciados por el desplazamiento y el impacto de la guerra.

#### **4.1 INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA SUBREGIÓN DE SALUD DE AYACUCHO, 1994 - 2004**

El desarrollo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se inició en Perú a finales de los años 80, con la creación de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud (OGE-MINSA). En el año 1991 se inició la formación de epidemiólogos bajo el Programa de Especialización en Epidemiología de Campo (PREEC), que el MINSA ejecutó a través de un convenio con la Universidad Peruana Cayetano Heredia y con el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (CDC). Las labores centrales de los epidemiólogos egresados fueron desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica, investigar los casos o brotes; intervenir ante problemas de salud y difundir entre el personal de salud, los principios y prácticas de la epidemiología aplicada.

Entre 1993 y 1996, como resultado del programa PREEC, tres generaciones de epidemiólogos de esta primera cohorte se reincorporaron a las subregiones de salud de donde procedían. En Ayacucho coincidía con el retorno de la paz, que luego de 13 años de violencia permitía progresivamente la recuperación de puestos y centros de salud que habían sido abandonados o arrasados durante la guerra. Coincidía también con el inicio de las reformas del Estado y del sector salud desde el gobierno central, que a través del programa de “Focalización del Gasto Social”, empezaba a contratar

personal de salud para ubicarlo en puestos sanitarios de poblaciones rurales. Así, la región de salud de Ayacucho contrató a médicos, enfermeras, biólogos, obstetras, entre otros; permitiendo por primera vez contar con profesionales de salud en todos los distritos del departamento. Se reabrieron más de 100 establecimientos de salud que permitieron desarrollar la vigilancia de las enfermedades bajo notificación obligatoria a partir de 1994; tarea central que la OGE había establecido a nivel nacional para lo cual se contaba con formularios, fichas, manuales de vigilancia epidemiológica y un programa informático para la captura y análisis de la información (NOTI).

De ese modo, revisamos los informes y otros documentos de trabajo elaborados por esta dirección para que nos ayuden a describir la situación de salud de las poblaciones ayacuchanas.

#### **4.1.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica**

A partir de 1994 se reestructura el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Subregión de Salud de Ayacucho, que pasó de 30 unidades notificantes a 70, las que a su vez forman redes de información epidemiológica con los 241 establecimientos de salud del departamento. Se consiguió expandir la vigilancia epidemiológica gracias al compromiso y voluntad de trabajo del personal de salud, conscientes de la importancia de recabar y difundir esta información.

La siguiente tabla referida al año 1993, muestra las consecuencias de la guerra en el departamento de Ayacucho, donde de un total de 241 establecimientos de salud, se encontraban cerrados o abandonados 135, más de la mitad. Sólo 106 establecimientos de salud funcionaban, la mayoría de ellos eran hospitales o centros de salud ubicados principalmente en las capitales provinciales<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Moya José. *Evaluación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Subregión de Salud de Ayacucho*. Informe de trabajo. Sub Región de Salud Ayacucho, 1995.

Tabla 1  
Establecimientos de Salud. Subregión de Salud de Ayacucho, 1993

Unidades Territoriales de Salud (UTES)	Establecimientos en funcionamiento	Establecimientos cerrados o abandonados	Total
Huamanga	35 (62,5%)	21 (37,5%)	56
Huanta	7 (38,9%)	11 (61,1%)	18
San Francisco	14 (51,9%)	13 (48,1%)	27
San Miguel	6 (40,0%)	9 (60,0%)	15
Cangallo	18 (34,6%)	34 (65,4%)	52
Puquio	12 (29,2%)	29 (70,8%)	41
Coracora	14 (43,7%)	18 (56,3%)	32
<b>Total</b>	<b>106 (43,9%)</b>	<b>135 (56,1%)</b>	<b>241</b>

Dirección de Epidemiología. Subregión de Salud de Ayacucho.1994

De la totalidad de información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Subregión de Salud de Ayacucho entre 1994 y 2004, se tomaron únicamente los registros de notificación que se realizaron en la ciudad de Ayacucho, que comprende a los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno (este último distrito creado en el 2002). Estos cuatro distritos forman el casco urbano de la ciudad de Ayacucho, lugar de destino de miles de personas desplazadas por la guerra.

La ficha de notificación epidemiológica contiene varias variables, incluida la dirección o domicilio, sin embargo no todos los registros nominales tienen completa esta información; por lo que no fue posible diferenciar entre una comunidad de población desplazada o residente. Las variables que contiene la base de vigilancia epidemiológica son las siguientes: año; semana epidemiológica; diagnóstico (usando para este fin códigos de la CIE-10); tipo de diagnóstico (presuntivo, confirmado o descartado); subregión de salud; código de ubigeo (código nacional numérico para identificar al departamento, la provincia y el distrito); localidad; nombre de la persona; edad; tipo de edad (años, meses o días); sexo; fecha de inicio de los síntomas; fecha de la defunción; fecha de la notificación y domicilio de la persona.

Una gran limitación para poder ver cambios en la salud, a través de las enfermedades sujetas de vigilancia nacional durante el período considerado de estudio; es que la vigilancia se inicia el año 1994. Por lo tanto no se cuenta con datos basales de los años previos y durante la guerra. Durante el período 1994-2004, las enfermedades bajo notificación obligatoria fueron: cólera, tétanos neonatal, tétanos, rabia, malaria, fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, hepatitis B, enfermedad de Chagas, peste bubónica, bartonelosis, sarampión, tos ferina, rubéola, parálisis flácida aguda, meningitis meningocócica, sífilis congénita, VIH-SIDA y mordedura de serpientes o animales ponzoñosos. A partir de 1999 se incorpora la vigilancia de la mortalidad materna.

En la siguiente tabla se presenta el consolidado anual y por sexo de las enfermedades de notificación obligatoria en la ciudad de Ayacucho. Los casos de cólera solo se reportaron en el sistema a partir del año 1997, ya que durante la epidemia en la región, se registraron en formatos independientes dentro del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y Cólera. La hepatitis B, leishmaniasis y paludismo, ocurren en la zona de selva de las provincias de Huanta y La Mar; los casos registrados de estas enfermedades corresponden a personas procedentes de esa región. La tuberculosis, problema de salud frecuente e importante por sus implicancias en salud pública, no está considerado dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, ya que su registro se hace a través del programa nacional.

Tabla 2  
Notificación de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en la ciudad de Ayacucho: 1994 - 2004

Diagnóstico	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Bartonelosis							1																2
Cólera							4	5	73	66													148
Enf. Chagas							4	4									1						1
Hepatitis B											4	1	5	3	6	4	7	4	10	13	2	3	66
Leishmaniasis	4	13	5	10	5					1	1			1	1	2	1	1	1	1	1	2	45
Meningitis meningocócica	1																1	1	1	1		1	5
Mordedura de serpiente											2	2	4	4	6	1	4	1	1	1	4	1	7
Muerte materna																	6	6	1				21
Paludismo				1	1																		1
Parálisis flácida aguda	1			1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	8	
Rubéola									3	1							2	2	4	1	1	1	16
Sarampión	12	17	2	2	6	4				4	6	13	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	77
Sífilis congénita																3					1	3	8
Tétanos	1	1	1	3						1	1												7
Tétanos neonatal	1										1												2
Tos ferina	9	7	2	3				1	2	4	1	1	9	5	2	3	8	5	10	9	9	82	
VIIH/SIDA					1		2	1															4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>76</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>500</b>

F: Femenino M: Masculino  
Fuente: Dirección de Epidemiología, Subregión de salud de Ayacucho. MINSA - Perú

No es posible, a través de esta información, atreverse a buscar alguna relación de estas enfermedades con la población desplazada. El análisis nos permite saber que en la ciudad de Ayacucho se registraban estas enfermedades, algunas de las cuales pudieron darse con mayor frecuencia en población desplazada. Considerando las condiciones de vida, el hacinamiento y la falta de cobertura de los programas de salud (prevención de diarreas, vacunas, etc.), estas poblaciones fueron más susceptibles a enfermedades como el sarampión, el cólera y la tos ferina, por ejemplo. La epidemia de sarampión que afectó al Perú los años 1992 y 1993, se desarrolló especialmente entre los desplazados, por el hacinamiento y su nula protección inmunológica, tanto en adultos como en niños. En la ciudad de Ayacucho no se registraron datos oficiales de mortalidad por sarampión en niños, en vista de una mayor disposición de los servicios de atención de salud, lo que debemos considerar como un cambio positivo. Según comunicación personal del historiador ayacuchano Ponciano del Pino, durante las entrevistas realizadas a la población desplazada de las comunidades de altura de las provincias de Huanta y La Mar, le mencionaron que además de la violencia, una razón por la cual abandonaron sus comunidades fue la alta mortalidad infantil que causó la epidemia de sarampión entre los años 1984 a 1986.

En diciembre del año 1994 se presentó un brote de tos ferina en la localidad de Taca -sobre los 3 mil msnm-, en el distrito de Canaria de la provincia de Víctor Fajardo, a 10 horas en automóvil de la ciudad de Ayacucho. Este brote representó uno de los primeros en ser identificados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Ayacucho y señalaba las bajas coberturas de vacunación en niños en edad preescolar en el interior del departamento. Se reportaron 45 casos sospechosos, 16 de ellos confirmados por definición de caso. No se registraron defunciones. La cobertura de vacunación en los niños alcanzaba sólo al 35%<sup>2</sup>. Las bajas coberturas de vacunación muestran las dificultades de acceso a comunidades campesinas dispersas y rurales, y son un ejemplo de la vulnerabilidad de estas poblaciones al desplazarse.

Durante el año 1994 la epidemia de cólera en Perú alcanzó en Ayacucho la máxima incidencia nacional. La epidemia se había extendido

---

<sup>2</sup> Moya, José; Avalos, Miriam; Castillon, Jorge; Jayo, Breche; Verde, Pompeyo; Paucarima, Primitivo. *Brote de tos ferina en Taca-Canaria. Informe de trabajo*. Dirección de Epidemiología, Subregión de Salud Ayacucho. Diciembre, 1994.

hacia la sierra y mantuvo brotes aislados en comunidades andinas. En Ayacucho afectó a los más pobres, entre ellos los desplazados, y los brotes en las comunidades campesinas a partir de la llegada de un caso infectado en la ciudad produjo tasas de letalidad hasta diez veces mayores a los promedios nacionales. La falta de saneamiento básico y los ritos funerales favorecían su diseminación en la comunidad<sup>3</sup>.

#### 4.1.2 Las Unidades Locales de Análisis Epidemiológico (ULAES)

Entre los años 1996 y 1998 se organizaron en todas las provincias del departamento de Ayacucho, las Unidades Locales de Análisis Epidemiológico (ULAES)<sup>4</sup>, que a través de talleres y guías metodológicas estandarizadas buscaron la participación de los equipos de los establecimientos de salud del primer nivel, para el análisis de la información sanitaria. De esta forma los médicos, enfermeras, obstetras y auxiliares de salud, analizaban mensualmente la información que era capturada desde su establecimiento, tanto para los programas de salud, como para la vigilancia epidemiológica (pasiva). La idea central era que los datos capturados en los múltiples formatos, antes de ser enviados al siguiente nivel de gestión, fueran discutidos en equipo, graficados en un panel visible, a través del cual se compartía la información entre el equipo de salud y la comunidad. Más adelante sirvió también como un elemento que facilitaba la supervisión central.

La propuesta de las ULAES surgió en la Subregión de Salud de Ayacucho, como una iniciativa para fomentar los usos y prácticas de la epidemiología en los servicios locales de salud, con los cuales se podían observar problemas de salud en determinados espacios, por áreas geográficas o específicas para cada población, que no hubieran sido posibles de observar en los acumulados o promedios departamentales. Significaba que a partir de las ULAES podríamos conocer mejor los problemas de salud, a pesar del subregistro, sobre todo para los nacimientos y las defunciones que son importantes para el análisis de salud. Así, rescatemos la experiencia de las ULAES como un esfuerzo conjunto para conocer mejor los problemas de salud de colectivos humanos que viven en espacios territoriales y en similares condiciones de vida. La comparación del estado de salud de pobla-

<sup>3</sup> Suárez Ognio, Luis. *Investigación brote cólera Perú*. Premio John Snow CDC Atlanta 1997.

<sup>4</sup> Moya, José. *Unidades Locales de Análisis Epidemiológico (ULAES)*. Boletín Epidemiológico N°11 Subregión de Salud de Ayacucho. Ministerio de Salud del Perú, 1997.

ciones en unidades territoriales, sociales, económicas y culturales, es una forma metodológica para analizar desigualdades e injusticias en salud. Las ULAES permitieron observar problemas de salud que pasaban desapercibidos y que estaban ligados a la historia de la guerra, como el consumo de alcohol en mujeres viudas e intentos de suicidios, como consecuencia de su afectada salud mental.

En los talleres de las ULAES, se mencionó con frecuencia que se observaba cada vez más el consumo de alcohol en las comunidades; lo que se traduciría en atenciones de los servicios de salud por intoxicación alcohólica aguda, lesiones y contusiones, y lo más sorprendente: el hallazgo en comunidades campesinas de las provincias del centro de un alto consumo de alcohol en mujeres, lo que producía muertes asociadas a esta adicción. En estas comunidades las primeras causas de muertes no eran las usuales, como la mortalidad infantil por diarreas o neumonías, si no las relacionadas al consumo crónico de alcohol y en mujeres. Se trataba de mujeres viudas que no se desplazaron, se quedaron en sus comunidades a sufrir la muerte o desaparición del esposo o de los hijos. Mujeres a quienes la visión del horror de la masacre las perseguiría por siempre y que encontraron en el consumo de alcohol metílico hidratado y barato, el refugio a su dolor. El consumo de alcohol en las comunidades campesinas no sólo se reservaba a las fiestas patronales como antes, sino que se usaba cada vez con más frecuencia, tanto en hombres como en mujeres. Se detectó que dicho consumo era mayor en las comunidades que fueron objeto de ataques y masacres, tanto de parte de las fuerzas públicas como de Sendero Luminoso, siendo el resultado del trauma, la expresión y angustia del dolor<sup>5</sup>.

#### 4.1.3 Estudios realizados sobre la salud en poblaciones desplazadas:

##### a) Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la tuberculosis en las poblaciones desplazadas en la ciudad de Ayacucho

En 1996 se realizó un estudio sobre conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis en la población desplazada en Ayacucho<sup>6</sup>. No hay duda sobre la relación de la pobreza con la tuberculosis pulmonar, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad

<sup>5</sup> Theidon, Kimberly. *Domesticando la violencia: el alcohol y las secuelas de la guerra*. Idéele N° 120. Lima Julio, 1999.

<sup>6</sup> Moya, José; Perez, Manuel. *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la tuberculosis en las poblaciones desplazadas en la ciudad de Ayacucho*. Boletín Epidemiológico, Subregión de Salud Ayacucho. CONCYTEC 1996.

como durante el desplazamiento. ¿Cuál es el exceso de mortalidad por tuberculosis durante el período de violencia?, ¿cuántas formas graves de tuberculosis como la miliar o meningoencefálica afectó a campesinos sin protección inmunológica?, considerando que la vacuna contra la tuberculosis (BCG) protege estas formas graves de la enfermedad<sup>7</sup>. En la década de 1980 la tuberculosis en el Perú había llegado a una situación de extrema severidad, condicionando una situación epidemiológica y social de mal pronóstico. La cobertura de tratamiento no alcanzaba el 50% de los casos diagnosticados. La eficiencia del tratamiento, en el mejor de los casos, alcanzaba el 60% y los abandonos sumaban el 47%. En Ayacucho, comparando los años 1991 y 1994, se pasaba de un 73% de curados al 85% respectivamente; sin embargo la mortalidad se mantuvo invariable con registros de letalidad anual entre el 8 y 13%.

La investigación mostraba que 15% de los entrevistados tenía estudios superiores, 31% estudios de secundaria, 31% de primaria y 20% eran analfabetos. El 72% de las familias entrevistadas se desplazó a la ciudad de Ayacucho entre los años 1982 a 1990, registrando el mayor número de desplazamiento el año 1985. Sólo 9% manifestó estar empleado, 7% refirió ser obrero, más del 50% tenía trabajos independientes como el comercio ambulatorio -en este grupo incluimos a las madres de familia que también realizan las labores de casa-; 20% eran estudiantes. El promedio del número de personas que integran la familia es de 5 y 6 miembros (rango: 2-14); más del 20% de las familias tenía más de 7 miembros.

La mayoría de la población, 84%, tenía información sobre la tuberculosis y sus manifestaciones clínicas, pero las cifras eran muy variables sobre su transmisión, ya que un 32% señaló a la tos; un 34% a la falta de alimentación; un 9% a la falta de abrigo, y 24% no sabía o referían que era producido por el alcoholismo, por la “polvareda”, o por “dormir en el calor”, por ejemplo.

Aunque la mayoría conocía a una persona que había tenido la enfermedad, ésta era estigmatizada, generaba vergüenza; incluso si la tuvieran no lo comentarían a sus vecinos por temor a la crítica, al rechazo. Entre las medicinas caseras que protegen contra la tu-

---

<sup>7</sup> Ministerio de Salud. *Tuberculosis en el Perú*, Informe 2000.

berculosis mencionaron al ajo acompañado de azúcar, miel, caña, cebolla, cochinilla o uña de gato; brebajes a base de alfalfa o eucalipto, entre otros. Solo 47% creía que los medicamentos contra la tuberculosis eran buenos.

**b) Sistematización de la información sobre conocimientos y prácticas de riesgo relativas a las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA en población desplazada del departamento de Ayacucho**

Durante 1995, en los análisis rutinarios que se realizaba a los potenciales donantes de sangre en el Hospital de Ayacucho, se encontró un resultado positivo al VIH-SIDA; fue el primer aviso. Se trataba de un joven de 18 años, en buen estado de salud con una historia de desplazamiento y residencia en Lima, cuya compañera también resultó positiva. En 1996 se registraron en Ayacucho siete casos de infección VIH, de los cuales cuatro se habían presentado en comunidades campesinas de población retornante. Todos eran hombres desplazados de sus comunidades de origen hacia Lima, con escolaridad incompleta, en situaciones de pobreza, convivientes temporales, y teniendo contactos sexuales ocasionales sin protección. Estos resultados mostraban cambios en comportamientos, transferencias de riesgos y enfermedades desde los espacios urbanos hacia las zonas rurales.

Durante 1998 y 1999 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Perú, apoyó la realización de estudios -desde una perspectiva cualitativa- para conocer los cambios que pudieran estar ocurriendo en el comportamiento de las poblaciones retornantes, que favorecerían mayores riesgos para las infecciones sexualmente transmisibles, como el VIH-SIDA<sup>8</sup>. El equipo de trabajo compuesto por estudiantes de la Universidad de Huamanga y de sociólogos, realizó 78 entrevistas a pobladores desplazados retornantes; tanto a varones como a mujeres. Muchos de los retornantes volvían luego de años de residencia en ciudades del mismo departamento de Ayacucho (desplazamiento intradepartamental), así como de Lima (desplazamiento extradepartamental). Los resultados mos-

---

<sup>8</sup> Moya, J.; Motta, R.; Villasante, F. *Sistematización de la información sobre conocimientos y prácticas de riesgo relativas a las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA en población desplazada del departamento de Ayacucho*. OPS - MINSA. Lima, Perú 1999.

traron diferencias importantes sobre el nivel de conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), tanto en mujeres como en hombres que no se desplazaron, que permanecieron en sus comunidades de origen, frente a los que retornaban. Los que no se desplazaron tenían información dispersa y confusa de las ITS y señalaban con frecuencia que estas enfermedades ocurrían sólo en las ciudades. Aunque en general el estudio percibió cierta información referente al VIH-SIDA, aún existía mucha confusión sobre las formas de transmisión. De las enfermedades mencionadas se consideraba al Sida como “peligrosa y mortal”.

Pero lo más importante del estudio fue observar cambios en el comportamiento, siendo más frecuente entre los retornantes un mayor número de parejas sexuales, con poco uso del preservativo, por falta de información y por creencias en que daña el órgano reproductor masculino y femenino.

El estudio mostraba que se trasladaban a la comunidad de origen las formas de encuentros sociales de los jóvenes aprendidas en la ciudad. Así, la fiesta tradicional de la comunidad se modifica, se escucha nueva música y surgen nuevas formas de encuentros entre jóvenes, con alto consumo de bebidas alcohólicas.

### c) Situación de salud de las comunidades alto andinas de las provincias de Huanta y La Mar en 1996

Durante 1996, OXFAM promovió visitas de campo por equipos multidisciplinarios a las comunidades campesinas altoandinas de los distritos de Ayahuanco y Santillana de la provincia de Huanta en el departamento de Ayacucho. Uno de los informes<sup>9</sup> trata sobre la situación y necesidades de salud en estas poblaciones. Resaltamos de este documento cierta información demográfica y los principales problemas de salud observados.

El distrito de Ayahuanco registraba en 1996 un total de 26 comunidades, de las cuales 20 habían retornado en los últimos tres años. La densidad poblacional era de siete habitantes por km<sup>2</sup>. No existían carreteras en el distrito, por lo que el acceso se realizaba a pie, pudiendo demorarse entre 15 y 20 días para recorrer las comunida-

---

<sup>9</sup> Moya, José. *Informe final sobre la situación de salud*. Proyecto ARADO. OXFAM 1996.

des de la zona. La población total del distrito de Ayahuanco según censo de 1993 fue de 3 029 habitantes, teniendo al quechua como su lengua materna y el 26% de condición religiosa evangélica. El distrito de Santillana tenía una densidad poblacional de 3,38 habitantes por km<sup>2</sup> y registraba 18 comunidades para un total de 5 088 habitantes. Ocho comunidades eran recientemente retornadas, siendo el 20% de su población evangélica.

Estas comunidades campesinas vivieron experiencias permanentes de terror y violencia durante 12 años. Las comunidades tuvieron que variar sustancialmente sus formas de vida, sea con los desplazamientos masivos de la comunidad entera hacia centros poblados o con el reagrupamiento para resistir y/o defenderse. En ambas situaciones el deterioro de la salud mental es considerable, pasaron de un estado de estrés colectivo a una etapa de resignación, pero en la cual siguen manteniéndose niveles altos de tensión, los que pueden ser factores para el incremento de la violencia familiar, comunal o el mayor consumo de alcohol.

Las primeras causas de morbilidad en la población infantil eran las enfermedades diarreicas y las respiratorias. Durante 1995, uno de cada tres niños demandó atención en el centro de salud por una infección respiratoria aguda y uno de cada cuatro por problemas diarreicos. En la población en general las enfermedades diarreicas y respiratorias representan igualmente las primeras causas de morbilidad, seguidas de las enfermedades de la piel como micosis e infecciones y, por último, los accidentes y traumatismos. Los dolores óseos y musculares, manifestaciones somáticas del estrés, representaban consultas frecuentes en los servicios de salud.

La provincia de Huanta tenía registrados hasta septiembre de 1996 un total de 122 casos probables de cólera, la mayoría de los cuales ocurrieron en la ciudad capital de la provincia. Sin embargo, cuando se presentaba un caso en una comunidad los resultados podrían ser desastrosos, como ocurrió en la comunidad de Ccochac del distrito de Ayahuanco que presentó en 1994 un brote de cólera. Cuando el caso índice falleció al regresar a su comunidad, los ritos funerales, la concentración de toda la población durante el velorio y el consumo de alimentos y bebidas en la misma casa, fueron la fuente de transmisión secundaria por la cual se enfermó la cuarta parte de la población y fallecieron otros seis, con una tasa de letalidad de 30%.

En el Puesto de Salud de Uchuraccay, donde se ha llevado mejor el control y monitoreo mensual del estado de nutrición de los niños, la proporción de desnutrición aguda alcanza el valor de 8%, la desnutrición global el 35% y la desnutrición crónica el 42%<sup>10</sup>.

#### 4.2 DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DE LA SUBREGIÓN DE SALUD DE AYACUCHO. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN AYACUCHO, SEGÚN LOS REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LOS AÑOS 1986 AL 1998

A partir del año 1986 se inició en Perú el registro electrónico y la codificación de los certificados de defunción. Dicha codificación se realizó hasta el año 1998, usando la novena Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). A partir de 1999 se utiliza la CIE-10. La información del año 1993 no está disponible.

Las variables que registra este sistema son: lugar de nacimiento; sexo; residencia habitual; edad; tipo de edad (para diferenciarla si se trataba de edad en años, meses, días u horas); certificación médica de la defunción; causa (y causa externa si correspondía).

Con la finalidad de revisar las tendencias de mortalidad en la ciudad de Ayacucho, se seleccionaron de la base nacional, entre 1986 y 1998, todas las que corresponden al departamento de Ayacucho. Durante esos años se usaron los códigos de la CIE-9. La base de defunciones de Perú del año 1992 no registra ningún certificado para el departamento de Ayacucho, al parecer estos datos se extraviaron, de tal forma que no tenemos información de los años 1992 y 1993. El certificado de defunción fue modificado a partir del año 1994, para lo cual se hizo el trabajo adicional de uniformizar todas las variables a fin de tener una sola base de datos para el período 1986 a 1998.

El objetivo central fue observar tendencias generales sobre las causas de mortalidad en la ciudad de Ayacucho, considerando que esta serie de años permite ver la evolución de las causas de defunción durante los años 1986 a 1992; que corresponden al período de guerra y a partir de 1993 durante la vuelta a la paz. Ésta será una aproximación indirecta, en vista que no era posible diferenciar entre “desplazados o residentes”. Para favorecer el análisis se tomarán algunas causas de mortalidad trazadoras o centinelas como: mortalidad infantil, tuberculosis, desnutrición, neumonías, cirrosis hepática y homicidios, entre otras.

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud del Perú. *Programa de complementación alimentaria para grupos en mayor riesgo* PACFO, 1996.

En la tabla 3 se presenta el total nacional de certificados de defunción y los totales registrados para el departamento de Ayacucho, así como para la ciudad de Ayacucho. Para el año 1994 se registraron apenas 25 defunciones en todo el departamento de Ayacucho. No hay registros de defunción en la ciudad de Ayacucho para los años 1994 y 1995. Ignoramos las causas. Entre 1986 y 1991, en el departamento de Ayacucho observamos una progresiva disminución del total anual de certificados de defunción registrados, que obedece a la situación de guerra y violencia que vivió el departamento. Luego, a partir de 1994 comienza nuevamente un progresivo pero lento aumento de la certificación de las defunciones.

Tabla 3  
Total de certificados de defunción entre 1986 y 1998 en Perú, para el departamento de Ayacucho y la ciudad de Ayacucho

Año	Perú	Ayacucho Departamento	Ayacucho Ciudad
1986	93 110	2 573	474
1987	85 081	2 417	696
1988	83 873	2 195	869
1989	85 259	1 893	685
1990	72 510	1 650	774
1991	68 963	1 370	681
1992	85 247	--	--
1993	--	--	--
1994	85 360	25	--
1995	91 485	547	--
1996	92 674	1 387	378
1997	89 790	1 458	497
1998	91 469	1 214	454

Fuente: Dirección de Estadística. Hospital de Apoyo de Huamanga. Subregión de Salud de Ayacucho.

En la ciudad de Ayacucho, se registraron entre 1986 y 1998 un total de 5 508 defunciones; de los cuales 3 116 fueron hombres y 2 392 mujeres, con una razón hombre / mujer de 1,3. Del total de certificados en el mismo período de tiempo en la ciudad de Ayacucho, el 16,5% correspondió a los menores de un año; el 7,8% al grupo entre 1 y 4 años de edad; el 3,8% al grupo entre 5 y 14 años; el 24,7% al grupo entre 15 y 44 años de edad; el 15,9% al grupo entre 45 a 64 años; el 27,4% a los mayores de 65 años de edad. En 3,8% de los certificados no esta registrada la edad.

Al revisar las variables de los certificados de defunción, el domicilio no estaba completo en la mayoría de los certificados, de tal forma que no habría manera para identificar si se trataba del domicilio de una comunidad desplazada o de otra residente, razón por la cual no serán posibles, aproximaciones comparativas entre defunciones de población desplazada y población residente. Por otro lado, la mayoría de las defunciones registradas ocurrieron en el distrito de Ayacucho con un total de 5 385; en el distrito de Carmen Alto sólo 26 y en el distrito de San Juan Bautista fueron 97, significa que el 98% del total de los registros proceden del distrito de Ayacucho. Razón por la cual no será posible hacer comparaciones entre distritos de ocurrencia del fallecimiento, lo que de una manera indirecta podría mostrar diferencias con los desplazados que se asentaron, sobre todo, en los distritos de Carmen Alto y San Juan Bautista. La alta concentración de certificados de defunción en el distrito de Ayacucho obedece a fallas tanto en la codificación como en el registro electrónico, errores frecuentes que afectan la calidad de la información.

Como se observa en la siguiente tabla, la neumonía es la principal causa de muerte en la ciudad de Ayacucho, considerando los años 1986 y 1998. Representa el 11,7% del total. Los signos y síntomas mal definidos son la segunda causa identificada y que representa los errores del personal de salud al ingresar el diagnóstico y causa de la defunción, o de errores en el personal de estadística que codifica la causa y la ingresa a una base electrónica. La tercera causa es la mortalidad perinatal, aquellas muertes ocurridas en los primeros 27 días de nacido, que representan el 6,3% del total. Observamos que tanto la tuberculosis como los homicidios figuran entre las 10 primeras causas.

El orden de las primeras causas de mortalidad se modifica cuando las observamos sólo en hombres o mujeres. Llama la atención que en el caso de los hombres las lesiones ocupan el tercer lugar, otros accidentes el quinto, los homicidios el sexto lugar. En las mujeres la septicemia ocupa el sexto lugar, la tuberculosis el noveno, la muerte materna el decimoséptimo lugar y el envenenamiento accidental en decimonoveno lugar. Tomando el distrito de Ayacucho, observamos que las diferencias en la razón de la muerte entre hombre y mujer son muy altas cuando comparamos causas como: las lesiones (236/69); otros accidentes (170/62); tuberculosis (144/76); homicidios (151/26); envenenamiento accidental (111/38); cirrosis y otras enfermedades del hígado (85/27).

Tabla 4  
Veinte primeras causas de mortalidad por sexo en la ciudad de Ayacucho.  
Distritos de Ayacucho, Carmen Alto y San Juan Bautista: 1986 a 1998

N°	Lista M9 OPS CIE-9	Ayacucho			Carmen Alto			S.J. Bautista			Total	% Total	% acumulado
		H	M	T	H	M	T	H	M	T			
1	Neumonía	338	296	634	1	4	5	1	6	7	646	11,73	11,73
2	Signos y síntomas y estados mal definidos	249	217	466	3	4	7	2	3	5	478	8,68	20,41
3	Período perinatal	185	151	336	1	6	7	1	3	4	347	6,30	26,71
4	Enf. de la circulación pulmonar y otras del corazón	148	180	328				1	5	6	334	6,06	32,77
5	Lesión se ignora si fue accidental o intencional	236	69	305				2	1	3	308	5,59	38,36
6	Otros accidentes	170	62	232	1		1	4	3	7	240	4,36	42,72
7	Tuberculosis	144	76	220				1	1	1	221	4,01	46,73
8	Otras infecciones intestinales	97	102	199	1		1	1	3	4	204	3,70	50,44
9	Homicidio	151	26	177							177	3,21	53,65
10	Septicemia	88	81	169				1	2	3	172	3,12	56,77
11	Otras Ap. Respiratorio	90	78	168					2	2	170	3,09	59,86
12	Envenenamiento accidental	111	38	149				1	1	1	150	2,72	62,58
13	Enfermedad cerebro vascular	66	76	142	1		1	3	2	5	148	2,69	65,27
14	Desnutrición	79	65	144					1	1	145	2,63	67,90
15	Tumor maligno de Estómago	56	71	127				4	4	8	135	2,45	70,35
16	Otras Ap. Digestivo	72	45	117				2	1	3	120	2,18	72,53
17	Cirrosis y otras enf. Hígado	85	27	112				3	1	4	116	2,11	74,64
18	Otros tumores	36	53	89				1	3	4	93	1,69	76,33
19	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	35	51	86				1	3	4	90	1,63	77,96
20	Bronquitis enfisema y asma	48	35	83	1		1		1	1	85	1,54	79,50

Fuente: Dirección de Estadística. Hospital de Apoyo de Huamanga. Subregión de Salud de Ayacucho

H: Hombre, M: Mujer, T: Total

Considerando los grupos de edad, en los menores de 1 año, se registraron en total 911 defunciones; siendo la primera causa de muerte las enfermedades perinatales que representan el 37,6% del total. En el grupo de edad de 1 a 4 años, la neumonía es la principal causa de muerte y en tercer lugar aparece la desnutrición. Entre las diez primeras causas se observa la septicemia, la deshidratación, el envenenamiento accidental y la tuberculosis.

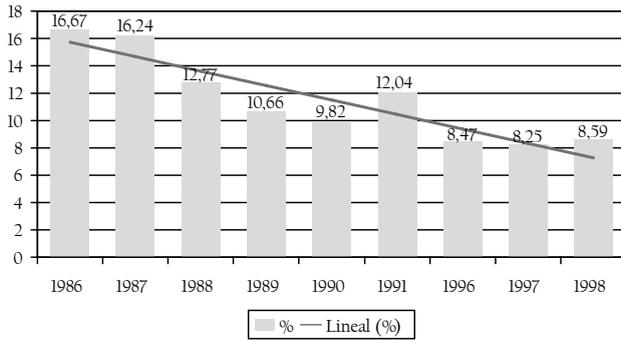
En el grupo de 5 a 14 años, “otros accidentes” ocupan la primera causa de muerte sobre un total de 212 registros, la neumonía en tercer lugar y las lesiones en cuarto lugar. La tuberculosis y la desnutrición figuran entre las primeras diez causas.

Entre los 15 y 44 años, las tres primeras causas corresponden a causas externas, que representan el 35% sobre un total de 1 359 registros. En este grupo de edad, las lesiones (se ignora si fueron accidentales o intencionales), fueron la primera causa de muerte con 15% del total. La tuberculosis fue la sexta causa de mortalidad. Figura también la neumonía y la muerte materna que representa la primera causa de muerte entre las mujeres. El número de homicidios registrados es diez veces mayor en hombres.

En el grupo de edad de 45 a 64 años, la neumonía es la primera causa, luego la tuberculosis y en seguida la cirrosis hepática. Las lesiones en cuarto lugar y aparecen los tumores, en este caso los tumores malignos de estómago. Finalmente en el grupo de mayores de 65 años, la mayoría de las primeras diez causas corresponden a problemas crónicos de salud, como las enfermedades de la circulación pulmonar, las enfermedades vasculares cerebrales, los tumores como el de estómago. La neumonía continúa entre los primeros lugares, al igual que la tuberculosis.

Considerando las defunciones por neumonías, primera causa de muerte en el periodo de años estudiado; observamos que en total se registraron 646 defunciones por neumonías, frecuentes en los menores de 5 años de edad y en los mayores de 65 años. La neumonía fue la segunda causa de muerte en los menores de 1 año y primera causa de defunción en el grupo de edad de 1 a 4 años. Pero observemos que la neumonía fue más frecuente en los años de 1986 a 1991 (período de guerra) que en los años posteriores.

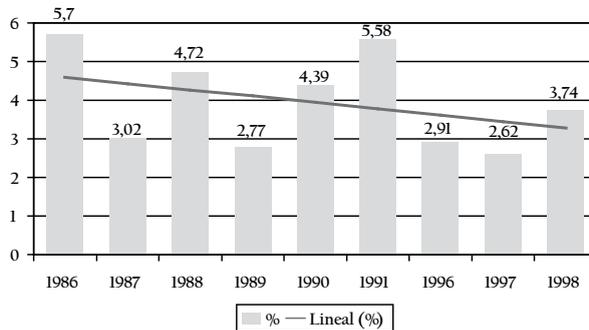
Gráfico 1  
Evolución de la mortalidad proporcional por neumonías,  
en la ciudad de Ayacucho: 1986 - 1988



Fuente: Registro de defunciones, Sub Región de Salud de Ayacucho, Perú.

En el caso de las defunciones por tuberculosis no observamos cambios entre un período y otro. El número de defunciones por tuberculosis se modifica cada año sin establecer una clara tendencia. Como se ve luego en la información del Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, no fue posible en Ayacucho disminuir la letalidad que se mantuvo estable durante esos años.

Gráfico 2  
Evolución de la mortalidad proporcional por tuberculosis,  
en la ciudad de Ayacucho: 1986 - 1988

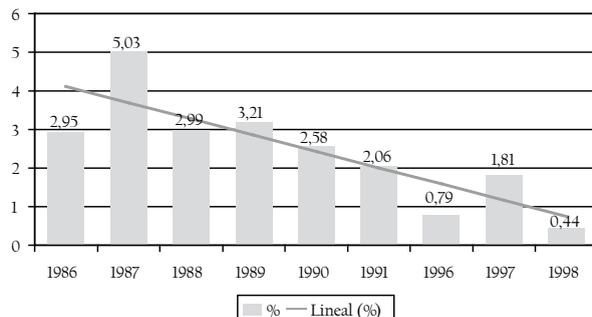


Fuente: Registro de defunciones, Sub Región de Salud de Ayacucho, Perú.

La tendencia de la mortalidad por desnutrición disminuye entre los años de observación. Esta es una causa de mortalidad muy significativa en pe-

ríodos de crisis, de guerras o durante el desplazamiento. Del total de 145 muertes por desnutrición reportadas, 80 se registraron en menores de 5 años de edad.

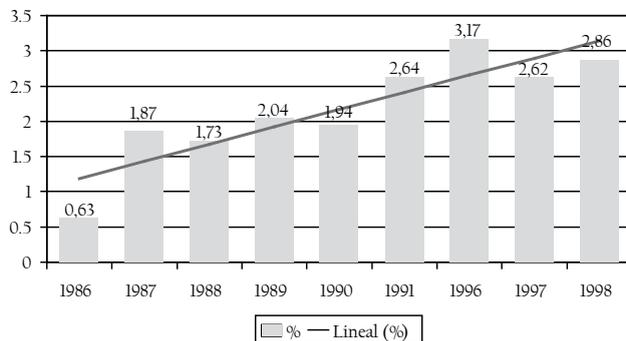
**Gráfico 3**  
Evolución de la mortalidad proporcional por desnutrición, en la ciudad de Ayacucho: 1986 - 1988



Fuente: Registro de defunciones, Sub Región de Salud de Ayacucho, Perú.

En cambio al observar la tendencia de la mortalidad por cirrosis, vemos que ésta se incrementa con los años. La relación entre alcoholismo y cirrosis no se discute. Como consecuencia de la guerra y de la salud mental alterada, el consumo de alcohol se incrementa. Esto fue expresado en las entrevistas y fue también observado durante las visitas a comunidades del interior del departamento. Un tercio de las defunciones por cirrosis ocurrieron en mujeres.

**Gráfico 4**  
Evolución de la mortalidad proporcional por cirrosis y otras enfermedades del hígado, en la ciudad de Ayacucho: 1986 - 1988



Fuente: Registro de defunciones, Sub Región de Salud de Ayacucho, Perú.

A manera de conclusión, señalemos que en vista del alto subregistro y de los datos incompletos en los certificados de defunción, no pretendemos hacer aseveraciones sobre los cambios en la salud, medidos desde las causas de muerte sobre la población desplazada; sin embargo los datos -con todas sus limitaciones-, muestran tendencias sobre la evolución de algunas causas de muerte que pudieran ser consecuencia de la guerra y el desplazamiento. Consideremos además que la población de la ciudad de Ayacucho se duplicó durante los años de la guerra, con la llegada de miles de desplazados, que estarán presentes indirectamente en todas las estadísticas sociales y de salud de esos años.

#### **4.3 SERVICIO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. REGISTRO DE LAS HOSPITALIZACIONES DE LOS AÑOS 1980, 1985, 1990, 1995 Y 2000**

El Servicio de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho, registra a las personas hospitalizadas desde el año 1976. El libro de registros de los hospitalizados sirve para fines administrativos y contiene información referente a nombre, edad, sexo, residencia habitual (provincia y distrito), fecha de ingreso, fecha de egreso, servicio donde fue ingresado, días de permanencia, diagnóstico y condición del alta. El Hospital de Huamanga, como también se le conoce, es de referencia regional y lugar de atención médica de los pacientes transferidos de las provincias del norte del departamento.

Consideramos a esta información como la más importante, ya que podría mostrar algunos cambios en la causas de hospitalización, entre los años 1980 hasta el 2000, período en el cual observaríamos los tres momentos de interés: antes, durante y después de la guerra. Con esta finalidad obtuvimos los libros de registros de hospitalizados de los años: 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000, para poder hacer comparaciones quinquenales. En un segundo momento todos los registros fueron ingresados a una hoja de cálculo en Excel, donde se añadió una columna para codificar, uno a uno, cada registro de hospitalización, usando la Clasificación de Enfermedades CIE-10. Como resultado para esta serie de cinco años se obtuvo un total de 24 908 registros

Tabla 5  
 Pacientes hospitalizados por año, según servicio, sexo y condición de alta. Hospital de Huamanga, 1980-2000

Servicio	Sexo	1980			1985			1990			1995			2000			Total					
		A	F	T	TL	A	F	T	TL	A	F	T	TL	A	F	T		TL				
Cirugía	F	213	9	222	4,1	264	8	272	2,9	294	8	302	2,6	262	3	265	1,1	397	3	400	0,8	1 461
	M	521	26	547	4,8	529	24	553	4,3	539	23	562	4,1	426	18	444	4,1	530	15	545	2,8	2 651
Cirugía total	F	734	35	769	4,6	793	32	825	3,9	833	31	864	3,6	688	21	709	3	927	18	945	1,9	4 112
	M	285		285		406	4	410	1	338	1	339	0,3	537		537	0	702	1	703	0,1	2 274
Ginecología	F	290	40	330	12	334	54	388	14	198	51	249	20	316	44	360	12	478	44	522	8,4	1 849
	M	408	53	461	11	376	63	439	14	177	45	222	20	293	40	333	12	454	54	508	11	1 963
Medicina total	F	698	93	791	12	710	117	827	14	375	96	471	20	609	84	693	12	932	98	1 030	9,5	3 812
	M																	245	37	282	13	282
Neonatología	F																	297	31	328	9,5	328
	M																	542	68	610	11	610
Neonatología total	F	1 471	4	1 475	0,3	1 698	2	1 700	0,1	1 648	2	1 650	0,1	2 054	4	2 058	0,2	2 510		2 510		9 393
	M	196	42	238	18	257	51	308	17	116	34	150	23	374	33	407	8,1	394	18	412	4,4	1 515
Obstetricia	F	222	46	268	17	267	46	313	15	185	54	239	23	506	40	546	7,3	535	16	551	2,9	1 917
	M	418	88	506	17	524	97	621	16	301	88	389	23	880	73	953	7,7	929	34	963	3,5	3 432
Pediatria total	F													104	1	105	1	214	1	215	0,5	320
	M													274	1	275	0,4	483	1	484	0,2	759
Traumatología	F													378	2	380	0,5	697	2	699	0,3	1 079
	M													11	24	35	69	11	38	49	78	84
Trau. total	F													21	28	49	57	15	48	63	76	112
	M																					
Unidad de Cuidados Intensivos UCI	F																					
	M																					
UCI total	F																					
	M																					
<b>Grand. total</b>		<b>3 606</b>	<b>220</b>	<b>3 826</b>	<b>5,8</b>	<b>4 130</b>	<b>252</b>	<b>4 383</b>	<b>5,7</b>	<b>3 495</b>	<b>218</b>	<b>3 713</b>	<b>5,9</b>	<b>5 178</b>	<b>236</b>	<b>5 414</b>	<b>4,4</b>	<b>7 265</b>	<b>307</b>	<b>7 572</b>	<b>4,1</b>	<b>24 908</b>

A: Alta, F: Fallecido, T: Total, TL: Tasa de letalidad hospitalaria %

Fuente: Serv. de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho. Registro de las hospitalizaciones entre los años 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000.

De esta tabla inicial podemos observar la evolución del número de hospitalizados por servicios y la letalidad hospitalaria, haciendo notar que para el registro del año 1995 se habían establecido dos nuevos servicios: el de traumatología y el de cuidados intensivos. Para el registro del año 2000 se contaba con un nuevo servicio de neonatología.

El servicio de cirugía muestra un incremento constante en el número de hospitalizados en los años de comparación; aunque la letalidad disminuye, siendo mayor en hombres. Durante los tres primeros años de observación el servicio de obstetricia mantiene un número similar de atenciones, que se incrementan sustancialmente para los años 1995 y 2000. Este servicio recibe cada vez más un número mayor de demandas de atención del parto, siendo el riesgo de muerte materna mínimo.

En el servicio de medicina disminuye el número de hospitalizaciones entre 1980 y 1990 para luego incrementarse en 1995 y duplicarse para el año 2000. La letalidad hospitalaria en el servicio de medicina fue de 12, 14 y 20% para los años 1980, 1985 y 1990 respectivamente, para luego disminuir a 12% y 9,5% en los años 1995 y 2000 (o de 17,5% y de 16,1% si sumamos las hospitalizaciones y defunciones del servicio de UCI para los años 1995 y 2000). Esta misma observación se aprecia en el servicio de pediatría, donde la letalidad llega a su máximo el año 1990 con 23% para caer a 7,7% el año 1995 y a 3,5% el año 2000 (aunque sumando los casos del servicio de neonatología la letalidad comparativa correcta para el año 2000 es de 6,5%).

En los cinco años de comparación, el año 1990 significa el de máxima intensidad de la guerra y por consiguiente el de llegada de miles de desplazados a la ciudad de Ayacucho. La oferta de servicios y capacidad de resolución del hospital no varió ese año con respecto a los años anteriores; pero coincide no sólo con la guerra, sino con un período de ajuste económico debido a la inestabilidad económica e hiperinflación. De tal forma que los costos de hospitalización y la compra de medicamentos no podrían ser asumidos para las familias pobres y desplazadas.

Con esta misma lógica comparativa entre los cinco años de observación, vamos a ver las modificaciones en número de hospitalizados y letalidad, por edad y sexo, en función del diagnóstico. Nos interesa en particular observar los cambios en algunas enfermedades consideradas como "trazadoras" como: alcoholismo, anemia, desnutrición, intoxicaciones por órganos fosforados, por ejemplo, y un grupo de trastornos que aglutinaremos bajo la denominación de problemas de salud mental. Con esta finalidad exclu-

remos de nuestra base a los que señalaron como residencia habitual otra que no fuera el departamento de Ayacucho.

En la siguiente tabla se presentan las hospitalizaciones por estas enfermedades de acuerdo a sexo y condición del egreso hospitalario, sea como dado de alta o si falleció. En el caso del alcoholismo, se observa una tendencia a incrementarse en los años de comparación y hay un predominio en hombres, se registran sólo siete defunciones por esta causa. No podemos observar ningún incremento de esta causa de hospitalización ligada al período de violencia. Los costos de hospitalización más la situación de abandono en que se encuentran los alcohólicos, limitará sustancialmente su acceso al hospital.

**Tabla 6**  
Evolución de las enfermedades trazadoras según sexo y condición de alta.  
Servicio de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho, 1980-2000

Enfermedad Trazadora	A/F	1980			1985			1990			1995			2000			Total
		F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	
Alcoholismo	A	2	13	15	1	13	14	1	14	15	3	11	14	5	27	32	90
	F								2	2		4	4	1		1	7
Alcoholismo total		2	13	15	1	13	14	1	16	17	3	15	18	6	27	33	97
Desnutrición	A	13	11	24	26	22	48	8	8	16	6	4	10	9	9	18	116
	F	3	4	7	4	8	12	2	8	10	3		3	3	3	6	38
Desnutrición total		16	15	31	30	30	60	10	16	26	9	4	13	12	12	24	154
Intoxicación	A	13	10	23	2	18	30	5	9	14	41	36	77	90	51	141	285
	F		1	1					1	1	2	1	3	1	1	2	7
Intoxicación total		13	11	24	12	18	30	5	10	15	43	37	80	91	52	143	292
Salud mental	A	6	9	15	9	7	16	11	3	14	29	16	45	33	21	54	144
	F														1	1	1
Salud mental total		6	9	15	9	7	16	11	3	14	29	16	45	33	22	55	145
Tuberculosis	A	45	67	112	57	76	133	13	27	40	25	41	66	25	44	69	420
	F	13	23	36	11	17	28	9	12	21	11	7	18	6	12	18	121
Tuberculosis total		58	90	148	68	93	161	22	39	61	36	48	84	31	56	87	541

A/F: Alta y Fallecido, F: Femenino, M: Masculino.

Fuente: Serv. de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho. Registro de las hospitalizaciones entre los años 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000.

En el caso de la desnutrición sí se observa un decrecimiento considerable entre los años 1985 y 1990, que significa el período de guerra y de máxi-

mo desplazamiento. Aunque los datos del año 1980 nos muestran que es un diagnóstico frecuente por el contexto de pobreza de la zona. La letalidad hospitalaria por este diagnóstico es de 7/31 el año 1980, similar a la letalidad en todos los años de observación. La mayoría de estos casos corresponden a niños menores de cinco años. Aunque en el año 1980 no se observa ningún registro fuera de ese grupo etario.

Los casos hospitalizados bajo “intoxicaciones”, sí muestran una tendencia de incremento, que se hace mucho más evidente después del período de guerra; especialmente en los años 1995 y 2000, con 80 y 153 casos de hospitalizaciones por intoxicaciones respectivamente, con un acumulado para los cinco años de observación de siete defunciones. Las intoxicaciones se concentran en los grupos de edad de 15 a 24 años y entre los 25 a 44 años y en mujeres. Suponemos que las intoxicaciones en los menores de edad (menores de 14 años) son accidentales.

Los casos de “salud mental” agrupan a una serie de diagnósticos relacionados con estados de depresión, ansiedad, neurosis y casos de sicosis y esquizofrenia que requirieron de hospitalización. De los 145 casos registrados bajo este diagnóstico, 138 están en el grupo de edad de 15 a 44 años. La mayor hospitalización de casos de “salud mental”, obedece también a que el hospital empezó a contar desde finales de los años 90, con un médico psiquiatra que daba consultas programadas una vez al mes, como parte de las actividades de apoyo del Ministerio de Salud, luego del período de guerra. Corresponde esta época también al incremento de las pandillas juveniles, fenómeno estudiado en Ayacucho y que afecta tanto la integridad física como mental de las personas.

Con respecto a la tuberculosis, podemos señalar que no muestra incremento en las estadísticas hospitalarias en los años de observación. Incluso hay una disminución de los hospitalizados en la comparación de 1980 y 1985 con los siguientes años. Esta responde sobre todo a medidas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis que empezó a estandarizar el tratamiento y a limitar en lo posible las hospitalizaciones, restringiéndolas sólo para los casos que lo ameritaban. En vista de los números pequeños, las comparaciones sobre las tasas de letalidad por edad no son adecuadas para observar cambios. Sí podemos señalar, que antes de iniciarse la guerra y el proceso de desplazamiento posterior, esta enfermedad era frecuente. La letalidad global hospitalaria es muy alta en cada año, siendo más alta en 1990, donde se registra el menor número de hospitalizados, sin embargo con la mayor letalidad en todos los grupos de edad.

Tabla 7  
Hospitalizados por tuberculosis, por grupo de edad y condición de egreso.  
Servicio de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho, 1980-2000

Grupo edad	1980			1985			1990			1995			2000			Total						
	A	F	T	TL	A	F	T	TL	A	F	T	TL	A	F	T		TL					
	<1	11		11		8	1	9	11	4	1	5	20		1		1	100	5	5	31	
1-4	11	4	15	27	10	4	14	29	1	2	3	67		1			2	2	35			
5-4	8	3	11	27	15	1	16	6	4	5	9	56		1	8	13	7	2	9	53		
15-24	19	6	25	24	28	4	32	13	10	2	12	17		11		0	9	2	11	91		
25-44	27	10	37	27	31	7	38	18	13	4	17	24		26	5	31	16	20	5	25	148	
45-64	22	7	29	24	30	7	37	19	3	3	6	50		11	5	16	31	14	8	22	110	
65>	14	6	20	30	11	4	15	27	5	4	9	44		10	6	16	38	12	1	13	73	
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>36</b>	<b>148</b>	<b>24</b>	<b>133</b>	<b>28</b>	<b>161</b>	<b>17</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>61</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>66</b>	<b>18</b>	<b>84</b>	<b>21</b>	<b>69</b>	<b>18</b>	<b>87</b>	<b>21</b>	<b>541</b>

A: Alta, F: Fallecido, T: Total, TL: Tasa de letalidad hospitalaria.

Fuente: Serv. de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho. Registro de las hospitalizaciones entre los años 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000.

#### 4.4 REFLEXIONES FINALES

Siempre se comenta la importancia de los sistemas de información sanitaria para apoyar al proceso de toma de decisiones, a través del análisis de la información. Sin embargo, la construcción de un sólido sistema nacional de información en salud toma años o décadas, en la medida en que se considere una prioridad por los gobiernos de turno. En 1983, en la ciudad de Buenos Aires se realizó un seminario sobre *Usos y Perspectivas de la Epidemiología*<sup>11</sup>, donde se reconocía en América Latina el incipiente desarrollo de la epidemiología, la cual estaba centralizada en las capitales nacionales, donde se acopiaba la información para luego producir informes anuales. En ese sentido existía muy poca capacidad reactiva y ningún análisis local. Los sistemas de información de estadísticas vitales, como los registros de nacimiento y de defunción, tenían un gran subregistro, ignorándose la existencia de miles de personas y las causas por las que morían, de manera especial en los espacios rurales y en poblaciones indígenas. Como hemos podido comprobar ésa era también la realidad en Ayacucho, en el Perú, donde la información sanitaria era deficiente e incompleta.

Sin embargo, se recomienda trabajar con los datos que se tienen, a pesar de todas sus limitaciones y ésa ha sido nuestra intención con la información existente en la Subregión de Salud de Ayacucho: reconocer el esfuerzo de los estadísticos, generando reflexiones sobre la importancia de su trabajo, y la necesidad de su constante entrenamiento, considerándolos como funcionarios y profesionales de la salud pública. Usar los datos disponibles para el análisis y la planificación en salud, es la mejor forma para mejorarlos. Su difusión generará críticas que ayudará a desarrollar los sistemas de información<sup>12</sup>.

Con la llegada de la informática y la Internet, los sistemas de información sanitaria mejoraron, así como el establecimiento de mayores redes subnacionales e internacionales de vigilancia de la salud. Sin embargo, aunque se aprecia una evolución favorable en términos de cobertura y oportunidad, hace falta continuar los esfuerzos para estructurar sistemas de información sanitaria que permitan -a través del análisis- la generación de respuestas en salud, de movilización de la opinión pública, con la intervención de los actores locales, el seguimiento y evaluación de los programas y las políti-

<sup>11</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Usos y Perspectivas de la Epidemiología*, 1983. Publicación No. PNSP 84-47.

<sup>12</sup> Becker, Roberto. *Análisis de mortalidad. Lineamientos básicos*. Organización Panamericana de la Salud.

cas en salud. La mirada estratégica de estos sistemas de información debe de concentrarse en las poblaciones vulnerables, como las campesinas, las que se encuentran en pobreza o las que están en movimiento.

Las migraciones internas continúan hacia las ciudades como en Ayacucho, pero de manera particular hacia las capitales nacionales de los países, como es el caso de Lima, que con cerca de diez millones de habitantes pasaría a ser considerada una megaciudad; con problemas sociales como el de la violencia, pero con más problemas ambientales, con mayor necesidad de agua y saneamiento, y patrones mixtos de enfermedades infecciosas, crónicas, no transmisibles, y las relacionadas a la salud social y mental. Estos problemas de salud afectan a poblaciones vulnerables como las que están en situación de pobreza, las mujeres, los ancianos, los niños y niñas, pero también a los migrantes y los desplazados, variable analítica pocas veces consideradas en los informes de salud y necesarios para conocer necesidades que se traduzcan en intervenciones de salud.

Considerando que al año 2009, continúan brotes de violencia armada por rezagos de Sendero Luminoso en el Valle del Río Apurímac –que comparten los departamentos de Ayacucho y Cusco en zonas de selva alta– en un conflicto que incluye al narcotráfico y las fuerzas del Estado; los movimientos de población, bajo formas mixtas de desplazamiento y migración interna continuarán. Incluye también a la población que ingresa a estas zonas de conflicto atraídas por trabajos temporales, y que nos obliga a pensar desde los datos y variables de los sistemas de información sanitaria, de vigilancia epidemiológica o de las investigaciones operacionales, en los riesgos y necesidades en salud en tres poblaciones: las residentes en zonas de conflicto; los migrantes o desplazados; y la población en las ciudades de destino.

## 5. CAMBIOS EN LA SALUD DESDE LA SUBJETIVIDAD DE LOS DESPLAZADOS: APROXIMACIÓN CUALITATIVA

El objetivo principal al hacer las entrevistas a la población desplazada fue que nos contaran sobre su salud: en la comunidad, durante el desplazamiento en tiempos de guerra y luego una vez instalados en la ciudad. Teníamos el interés de poder interpretar cómo percibían su salud en estos tres momentos, y explorar el impacto en las condiciones de vida y en el proceso salud, enfermedad, atención y muerte, que significó la guerra, el desplazamiento y la vida en la ciudad en tiempos de paz. Inicialmente sentimos cierta desconfianza que fue disminuyendo en la medida que comenzaba el diálogo. En ese intercambio fuimos percibiendo una necesidad de describirnos su historia desde la narración de los hechos de guerra, pues ésta estaba intacta en la memoria de los mayores e incluso de los que siendo niños fueron testigos de los hechos más violentos de la historia contemporánea peruana. Así, la salud de las poblaciones desplazadas -expresada como resultado de este proceso histórico y de los modos o estilos de vida- está ligada a la guerra, a la “violencia entre hermanos” y que se traduce no solo en la enfermedad y muerte, sino en sufrimiento acumulado que permanece inmodificable con el tiempo, en especial para los más viejos.

Las entrevistas las realizamos en mayo de 2005, en las viviendas de la población desplazada por la guerra, que veinte años después presentan cambios significativos, ya que son de material noble y tienen servicios de agua, desagüe, luz eléctrica y cuentan con televisión. Hay líneas de buses, cabinas de Internet y campos para la práctica de deportes, aunque la mayoría de las calles continúan sin pavimentar. También notamos en la periferia de estos barrios, viviendas precarias de nuevos migrantes o de nuevas familias en busca del terreno propio donde instalarse y construir la vida en la ciudad.

Todos los asentamientos humanos a donde llegó la población desplazada a la ciudad de Ayacucho, cuentan con puestos de salud cercanos. Uno de ellos es el Puesto de Salud de Ñawinpuquio, que tiene médico, enfermeras, obstetrices, auxiliares, y que interactúan con la comunidad a través de representantes elegidos que luego funcionan como promotores de salud.

Durante la guerra, la religión y la fe jugaron un papel importante, ya que se constituyeron como el espacio de ayuda espiritual y solidaria entre pares. La relación estrecha entre estas prácticas y el contexto de crisis ha sido documentada, y es una razón que explica por qué los diferentes movimientos evangélicos tuvieron más adeptos entre la población ayacuchana, que siempre fue mayoritariamente católica. En el grupo de entrevistados encontramos a personas que se identificaron como católicos, pero también a miembros de la iglesia Pentecostal, Evangélicos o Testigos de Jehová.

Una Testigo de Jehová, vincula la guerra como castigo de Dios. Que es la obra de “*Armagedon y que por eso habrá enfermedades y que se comerán la grasa de la gente*”. Comer la grasa de la gente, esta relacionado con el mito del “*Pishtaco*”, muy popular en los andes ayacuchanos, y que se refiere a un ser humano, grande, blanco, de ojos claros, que anda de noche por los cerros y mata a las personas para comerse su grasa. En este caso la guerra es explicada usando interpretaciones desde la religiosidad, que además incorpora mitos andinos que causan terror en los niños.

*Armagedón, es castigo de Dios. Vamos a sufrir, enfermándonos. A las mujeres también les agarrará la enfermedad desde el ovario, les hará gritar con dolor. Primero van a morir los animales, por lo tanto no habrá carne; se comerán entre las personas degollándose. Comerán la grasa de la gente.*

M60-Vi20<sup>1</sup>

Este relato corresponde a una mujer viuda y está cargado de dolor y sufrimiento, tratando de encontrar explicaciones a la muerte entre personas. Durante los ajusticiamientos populares que realizó SL, era usual dar muerte cortando el cuello -como animales-. Sin embargo, resaltemos del relato la violencia entre pares, que como señala Theidon, explica en relación a la naturaleza del sufrimiento no sólo la violencia senderista o de las fuerzas armadas, sino un tercer fuego compuesto por los mismos campesinos, “entre prójimos”.<sup>2</sup> La enfermedad también es vista como un ente externo que va a tomar posesión del cuerpo, que va a “agarrar” y producir dolor; dolor desde la parte más interna de las mujeres. Armagedón por otra parte, está referida en la Biblia y se interpreta de dos maneras: una de catástrofe final de la tierra donde los hombres entran en guerra entre sí; y otra como el lugar donde Jehová libraré el juicio final para luego establecer el reino de Dios.

<sup>1</sup> Sigla que identifica al entrevistado, iniciando con el sexo: (H) hombre o (M) mujer, luego la edad, en seguida el estado civil (So) soltero, (Ca) Casado y (Vi) viuda; y luego los años que llevan en la ciudad de Ayacucho.

<sup>2</sup> Theidon, Kimberly. *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. Lima: IEP, 2004. (Estudios de la Sociedad Rural, 24)

## 5.1 ASPECTOS GENERALES SOBRE EL DESPLAZAMIENTO Y SU ADAPTACIÓN - INSERCIÓN EN LA CIUDAD DE AYACUCHO

El desplazamiento ocurrió entre los años 1983 a 1992. Esta fecha está muy clara para los que llegaron jóvenes, y que los hace reflexionar sobre los 20 años que ya llevan en la ciudad. Se trató por lo general de desplazamientos individuales o con parte de la familia, para luego ir llamando a los demás. En ocasiones fue la familia completa que tuvo que salir huyendo de su comunidad ante la amenaza o riesgo a sus vidas. Para los mayores de 60, el año del desplazamiento se recuerda poco. La fecha está un poco dispersa, entre otras razones porque antes de fijar la residencia en la ciudad, en muchos casos hubo viajes, salidas y retornos temporales.

El comienzo del relato del desplazamiento está ligado a la violencia en sus comunidades y a la necesidad de salir para proteger sus vidas y la de sus familiares. Esta etapa es la más triste y difícil para todos. Es cuando la memoria los lleva a recordar todos los hechos de violencia y muerte que escucharon, que vieron. Es el recuerdo a los hermanos muertos, los padres o familiares desaparecidos. Dejar la casa y la vida en la comunidad significó también la pérdida de todo el patrimonio. La pérdida de la red familiar, social y de trabajo. No había otra opción; se sintieron amenazados, perseguidos. Es un momento de ruptura en la historia de vida. Se recuerdan todos estos años como la “época del peligro”. La pérdida del patrimonio incidirá en una mayor pobreza y vulnerabilidad.

*...Y a las 3 de la mañana llega mi compadre, mira ve, es este lo que está pasando, ándate compadre. Tenía 15 chanchos y 10 ovejas y gallinas tenía como 200 tantos. Ya no hay nada; teníamos hartos por aquí por allá bastante, ese rato tenía 5 peones.  
H40-Ca18*

*Por culpa de la violencia se perdieron todos mis animales, mis ovejas, cabras. Incluso mis animales grandes como vacas he perdido, cuando los abandoné.  
M60-Vi20*

La huida a la ciudad de Ayacucho es la opción, hay que salir con la familia y en el transcurso del viaje se duerme en el monte, escondiéndose. Una vez en la ciudad se busca pasar al anonimato, estar “calladitos”, porque la ciudad los protege, pero también los delata, los cuestiona, los discrimina. Hay que estar “calladitos” para no levantar sospechas. El temor, el miedo y el sufrimiento continúan en la ciudad.

*Es cuando aquella vez por primera vez entraron, los llamados terroristas, mataban a mucha gente; de eso nosotros hemos tenido miedo y hemos huido. Mi papá*

*pues nos dijo muy preocupado y desesperado, como un loco, cualquier cosa nos puede pasar, vámonos a Ayacucho.*

M37-So20

*De un lado, del otro lado, de los dos lados teníamos miedo y así he salido. Y así he pasado. En la selva, igualito era, igualito. Dice están por allá, por dentro están, en tal sitio un grupo de personas que se mata a la gente y así con temor, toda la familia nos hemos venido calladitos, en arenales vivíamos.*

H40-Ca18.

*Nos venimos yo sola con mi hermano. Mi mamá se quedó todavía, mi papá también. Los tres nos hemos venido, con motivo de estudiar. Después de estudiar un año vinieron todos y nos hemos venido. Acá hemos adquirido terreno y nos hemos quedado estudiando hasta la actualidad.*

M37-So20

Al llegar a la ciudad, luego de establecer el lugar de la vivienda, se busca trabajo para garantizar la subsistencia. El acceso al trabajo va a variar en función de la edad y del sexo. Para las mujeres, en especial cuando eran adolescentes, jóvenes y solteras, la opción rápida de trabajo era la de empleadas domésticas. Esto les permitía tener donde dormir y alimentarse. La convivencia con la familia que las empleaba les permitía conocer aspectos de la vida en la ciudad y aprender español. Usualmente se establecían relaciones de afecto y vínculos que durarán en el tiempo. En estos espacios de convivencia, estas mujeres desplazadas amplían sus horizontes, modifican sus pretensiones de vida futura. Van incorporando y ejerciendo sus derechos como ciudadanas. La educación adquiere un significado mayor, importante para sus futuras familias. También son espacios donde se informa y luego se busca atención en los servicios de salud. No pretendemos idealizar esta relación laboral, porque también ocurren malos tratos, explotación y diversas formas de violencia.

*Esa fecha no entendía ni castellano, nada, y tal vez a mí me hablaban mal o bien, ique será pe! Me decía mi patrona, sabes que aunque pudiendo, pudiendo tienes que hablar y así de allí hablaba, aprendí español.*

M34-Ca20

*Yo he venido así siguiendo a las personas mayores que venían allá y una casa donde una señora llegábamos. Casi no teníamos ni comida nada pe. A mí me trataban las personas como a su familia, así nomás me trataban. Yo tenía 13, 14 años.*

M28-Ca21

Otra opción de trabajo para las mujeres -en especial para las casadas con hijos- era de lavar ropa de casa en casa, que resultaba siendo extenuante. El comercio fue otra de las alternativas de trabajo, que dependerá de las

habilidades de cada persona y de las redes familiares y comunales para saber dónde comprar y dónde vender. Aunque ésta es una actividad donde participa tanto el hombre como la mujer, el peso fuerte del comercio recae en las mujeres que deberán ir a los mercados a ofrecer los productos diariamente.

Los hombres buscan cualquier tipo de trabajo, sea como obreros de construcción o como ayudantes de cualquier oficio, aunque siempre con la angustia de la temporalidad cuando se emplean con terceros. Al principio, la falta de documentos se sumaba a las dificultades en la búsqueda de trabajo. Tener documentos y los certificados que se exigen para solicitar el empleo era muy difícil conseguirlos, sobretodo cuando los registros civiles de las comunidades habían quedado cerrados y abandonados o fueron incendiados. La no posesión de sus documentos de identidad les limitaba su inserción laboral y social en la ciudad.

## 5.2 INVASIÓN, VIVIENDA Y PROPIEDAD

Las redes familiares y comunitarias son centrales para poder afrontar las necesidades iniciales de vivienda. El encontrar a otras personas y familias en la misma situación les permite ir viendo las alternativas de vivienda, siendo la invasión de terrenos periféricos a la ciudad, la opción por la cual optó la mayoría.

*Esta es mi casa. Bueno nosotros hemos conseguido entrando a una invasión y con eso es que lo hemos conseguido.*

*H40-Ca18*

*Si, así buscamos un cuarto, vivíamos allí. Años vivíamos en casa de la gente, así viviendo en otro sitio, otro sitio, hasta que tengo 5 hijos.*

*M34-Ca20*

Cuando invadieron los terrenos, se agruparon para organizarse en asociaciones de vivienda, que lotizaron los terrenos. Más adelante, concluida la guerra, con intervención de los programas oficiales de gobierno como COFOPRI se logró ordenar y legitimar los lotes de terrenos de las familias desplazadas. Una vez titulados los terrenos, el acceso al crédito a través del Banco de Materiales o los préstamos del programa “Mi Vivienda”, les permitió mejorar la vivienda con material noble, y a intereses muy bajos. Algunos construyeron incluso casas de dos pisos, siguiendo los modelos de casa que dominaban los barrios de la ciudad de Lima. Aunque para poder obtener el préstamo había que calificar primero como sujetos de cré-

dito, demostrando cierta estabilidad de ingresos, teniendo en orden los documentos de identidad personales correspondientes. Este último requisito fue muy difícil de llenar porque algunos de los desplazados no tenían partidas de nacimiento, o habían perdido sus documentos, situación que les complicaba continuar con los estudios, buscar trabajo, solicitar préstamos o para cualquier gestión oficial.

La titulación de los terrenos invadidos y luego la posibilidad de los préstamos solo fue posible cuando la guerra acabó. Durante los años 80 y los primeros años de los 90, las condiciones de vivienda fueron precarias, con hacinamiento, sin agua ni letrinas. El Banco de Materiales y Mi Vivienda, fueron programas de gobierno que empezaron a funcionar a partir de 1995. De ese modo la población desplazada comenzó a acceder a préstamos de materiales posibilitando la construcción de sus casas. A partir del año 2000 comenzaron las obras para dotar de agua, desagüe y finalmente luz eléctrica. El año 2004 -después de 20 años viviendo en la ciudad- se contó con todos los servicios básicos.

*Primera planta han hecho con préstamo con el Banco, ahora es de la Vivienda, Banco de Materiales. Cuando esas veces venimos nosotros no había, no había material noble. Puro invasión era ese sitio, para acá invasión, para este lado invasión.*

M38-Ca15

*...Y entonces nos ha titulado. El año pasado han solicitado al Banco de Mi Vivienda entonces de allí todavía no ha salido nada, y ahora... de dos años y medio ha salido préstamo, con eso es lo que están construyendo*

H40-Ca18

Al ser propietarios, dueños de una vivienda, adquieren seguridad, derechos y el ejercicio de su condición de ciudadanos. La titulación de su propiedad, inscrita a su nombre y con su documento de identidad nacional, le confiere una situación de legalidad, de reconocimiento a su nueva residencia. La propiedad, y el título de poseerla se convierte en un documento simbólico de su incorporación a la ciudad, ya no como desplazados, sino como “huamanguinos” ayacuchanos, igual que los demás.

*Si ya estamos 20 años en aquí y ya somos como de aquí. Por eso será pues ya somos huamanguinos.*

M37-So20

### 5.3 LA OPCIÓN DEL RETORNO O LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

Una razón fundamental para no dejar la ciudad es que ésta les ofrece la continuidad de los estudios para los hijos. Cualquier opción previa de retorno a

la comunidad, a la chacra, a “la otra vida”, pasa a un segundo plano, cuando se piensa en el futuro de los hijos. Cualquier sacrificio vale la pena hasta tener la satisfacción de la culminación de los estudios de los hijos, de los nietos. Hay jóvenes y niños que nacieron en la ciudad, que la sienten suya, donde hay escuelas, institutos superiores y una universidad pública. Se trata de la posibilidad de una vida diferente. El estudio de los hijos, hombres y mujeres se repite en todas las entrevistas, es un elemento central y que no sólo se limita al acceso a las instituciones de estudios superiores de la ciudad, sino también a universidades, escuelas militares que están en otros departamentos, en especial en Lima. Así, la educación, la culminación de los estudios básicos y luego la posibilidad de concluir estudios técnicos o carreras profesionales se convierte en la base central, en la que todo el esfuerzo de los años pasados tiene sentido para un futuro diferente de los hijos y como medio para acceder a una condición de clase distinta en la ciudad.

*Ay señorita por eso ya no volvería a mi pueblo, además es lejos. Ya me quedaré aquí. Alguna cosita siempre encontramos para pasar la vida, aquí me siento bien. Además mi hijo estudia.*

M61-Ca20

*Más que nada, así como te dije pes, más que nada pienso en la educación de mis hijos nomás ya.*

H40-Ca18

*Sí mi hija mayor me ha dicho que ella quiere ser policía. Ella quiere ser policía venir en helicóptero y también profesora. La otra mi flaquita, ella sí sueña ser ingeniera con botas.*

M38-Ca15

*Solo faltaba dos años nomás para terminar la secundaria, dos años estábamos en este terreno cuando hemos acabado de estudiar solo le faltaba terminar a uno nomás ya. A mi otro hermano ya estudiaba en el instituto, así pues cada uno ya estaba estudiando.*

M37-So20

Durante el transcurso de residencia en la ciudad, la opción del retorno no era tomada en cuenta, a no ser para retornos puntuales. La vida se fue construyendo en la nueva ciudad, donde se fueron ganando los espacios, el establecimiento de una nueva red social. Donde la pertenencia de grupo los hacía luchar hacia objetivos comunes.

El recuerdo de la vida en la comunidad se vuelve muy lejano para los que llegaron niños, y de mucha tristeza para quienes vivieron los tiempos de

la guerra, así la comunidad se vuelve lejana, distante. El trabajo campesino de la chacra no es el futuro que desean para sus hijos. Volver a la chacra, es volver a trabajar la tierra, cuidar a los animales, cuando en la ciudad se piensa en los negocios, los estudios para los hijos o en encontrar un mejor trabajo. Los hijos ya crecieron en la ciudad y para ellos el campo reproduce la historia de vida de sus padres, que ellos niegan.

*Porque ya radico desde niña aquí. No, yo no regresaría porque es muy triste, bien silencio es allá, no hay ambiente, muchas cosas han cambiado.*

M28-Ca21

La chacra, tiene sentimientos encontrados. Es el espacio de la memoria de la guerra, el sufrimiento, la huida; pero es también la mención al recuerdo de paz, de la familia, de la tranquilidad antes de la guerra. Algunas familias aún mantienen el vínculo con la comunidad, especialmente durante los ciclos agrícolas, así el alimento producido sirve para su consumo y venta en la ciudad.

*Estamos mejor, ya no estamos como en la chacra, y la chacra es estar tras los animales, pero acá ya todos trabajamos en negocio.*

M28-Ca21

*Aun todavía trabajamos nuestra chacra, por eso es que este mote estamos comiendo contigo.*

M60-Vi20

#### 5.4 PERCEPCIÓN EN LOS DESPLAZADOS DE FORMAS DE DISCRIMINACIÓN

Durante las entrevistas no se percibió que por su condición de desplazados hayan sufrido discriminación en las instituciones públicas o interactuando con los residentes locales. Tampoco exploramos con más insistencia y cualquier mención a la discriminación será descrita superficialmente. Considerando además que los desplazados entrevistados provienen de lugares próximos a los distritos del norte del departamento, y la ciudad de Ayacucho no les era totalmente desconocida. Durante esta época cualquier persona podría resultar sospechosa incluso entre los mismos desplazados, por lo que había que estar “calladitos” para pasar desapercibidos. Desconfiar era importante como mecanismo de protección.

Durante los primeros años los signos de pobreza, vestido y el poco dominio del español podrían delatarlos en su condición de desplazados ante los residentes de la ciudad, quienes -en su mayoría- tienen su origen también en las provincias y distritos del departamento. En 10 años la ciudad de

Ayacucho duplicó su población con la presencia de los desplazados, por lo que no había porqué sentirse diferente, en una ciudad donde la mayoría de sus habitantes dominan tanto el español como el quechua. En los primeros años en la ciudad, los desplazados se percibieron extraños, diferentes y con miedo.

*Esa fecha hasta cuando he venido, llegué, y miedo la gente, su cara también, otra clase, feo como me parecía, me miraba mal, feo. No sé como será esa fecha triste.*  
M34.Ca20

Para insertarse plenamente a la ciudad los padres insistieron que sus hijos solo hablen español, siendo la escuela el espacio que les permitió dominarlo. Esto está vinculado directamente al deseo futuro de desarrollo profesional. Aunque los hijos comprenden bien el quechua, lo practican menos. Y de alguna forma lo padres favorecen esa situación, reconociendo explícitamente la importancia de hablar en español, como una forma simbólica de sentirse parte de la ciudad, de ser urbano.

*Mis hijos, ellos entienden quechua pero no se pueden hablar. Pero hablan bien español, perfecto.*  
M34.Ca20

*Aquí en la calle no hablamos quechua pues, solo en la casa nomás hablamos quechua.*  
M37-So20

## 5.5 REDES SOCIALES, PRESENCIA DEL ESTADO Y LOS GOBIERNOS LOCALES

Las redes familiares fueron centrales durante los primeros años del desplazamiento, a pesar del temor y desconfianza inicial que generan las personas por la guerra. Sin embargo el eje articulador de las demandas y la necesidad de organizarse, le da su propia condición de desplazados y de intereses comunes para la invasión del terreno, por ejemplo. Más adelante se organizan alrededor de los clubes de madres -para obtener los beneficios del programa “Vaso de Leche”- o en las asociaciones de padres de familia en las escuelas. De esa forma se fueron configurando poco a poco las nuevas relaciones sociales, que les fueron dando pertenencia a su nuevo espacio de vida.

La presencia del Estado se menciona a través de los clubes de madres, comedores, wawawasi, y el Vaso de Leche. Se trata de programas de alimentación complementaria -en especial- a las familias con niños pequeños.

Las ONG locales también tuvieron presencia para organizar a las mujeres en algunas actividades productivas que les pudiera servir como sustento familiar. O ser sujetas de charlas, de pláticas, sobre prevención de la violencia familiar, o sobre la importancia de ejercer los derechos ciudadanos, entre otros. A pesar que la presencia de las ONG locales no es constante, la mayoría de personas ha tenido contacto con ellas, en especial las mujeres. Estas charlas, sumado a una experiencia de vida en la ciudad, hace que las más jóvenes tengan una visión diferente en su relación con las instituciones estatales y en particular con las de salud.

Los programas sociales del gobierno nacional, así como los administrados por los gobiernos locales, permitieron el espacio de organización, de participación de las mujeres, y es allí donde empezaron a tener responsabilidades para coordinar su ejecución y marcha. Estos espacios se fueron conformando en los años 90.

*Después del 90, 93, me nombraron como secretaria en el club de madres...leche, cereales y antes participaba en comedor también. Hasta el 98 estaba, de ahí ya los dejé, vaso de leche también. En comedor, en organización de club de madres, en vaso de leche también continuo con mis hijitas. Sí, se ha mejorado la alimentación de mi familia con vaso de leche. Ahora pues dan leche ideal, antes daban leche fresca y en polvo, eso ENCI, eso daban. Ah, por mis hijitas pues estoy.*  
M37-So20

## 5.6 LA SALUD EN LA COMUNIDAD DE ORIGEN

Cuando intentamos ver cómo era la salud en la comunidad durante los tiempos de paz, hay de inmediato una primera percepción de que era mejor, porque ésta es relacionada con la fortaleza, la capacidad física para resistir el trabajo, la que se acompañaba de una “buena alimentación”, que les daba mayor capacidad y fuerza para resistir a las enfermedades. La mención a las enfermedades es difusa por los conceptos de salud y enfermedad que se manejan desde la cosmovisión andina. Se mencionan problemas de salud como: tos, cólicos y gripe, o al “susto”, “alcanzo” y “pacha”, es decir se mezclan síntomas generales de muchas enfermedades comunes, con la mención de “enfermedades” propias del mundo andino, con explicaciones mágico-religiosas.

*Yo tengo ahorita 7 hijos, 5 están vivos y 2 han fallecido por la enfermedad. Así como te dije: éste, con un susto y con un alcanzo. El otro solamente con tétanos, tenía una semana en eso se ha fallecido*  
H40-Ca18

*Tuve 6 hijos, 3 vivos y 3 muertos. Murieron en el pueblo, 2 cuando eran niños, y uno recién nacido. No sé de qué murieron; durante la cosecha en Huancapampa, le hice acostar en el suelo uno de ellos con fiebre, escorbuto, llagas en la boca blanquesinas; no le llevamos al puesto de salud por que quedaba muy lejos. No sé si la tierra le ha “alcanzado” y en el lugar donde vivíamos no había puesto de salud. El otro de 2 años falleció en la selva cuando estaba lavando ropa en el río, el niño se acercó al borde y tomó agua con su manito, probablemente que el agua le ha “alcanzado” porque él estuvo jugando. El tercer niño murió recién nacido, vomitando sangre.*

*M61-Ca20*

El “alcanzo” es definido como la fuerza o emanaciones de los cerros que alcanzan a las personas, en especial a los niños y las mujeres como consecuencia de una caída, golpe o haberse dormido en el cerro, que cuando es rocoso es cerro macho y si es arenoso es cerro hembra. El cerro tiene predilección por el sexo opuesto. El cerro o Wamani, produce la enfermedad y la muerte a no ser que se realice oportunamente el “pago al cerro” (pagapu) por un curandero.<sup>3</sup>

En el campo hay alimentos como cereales molidos, maíz, papa, verduras, huevos, frutas, y a veces carnes. La buena alimentación está referida sobre todo a la disponibilidad de los alimentos pues, están al alcance, entre los productos de la chacra, o se consiguen al intercambiar con las comunidades vecinas en los mercados semanales. El acceso y disponibilidad de alimentos en la comunidad, contrasta con la vida en la ciudad, donde la alimentación cambia por los productos que se compran en “la tienda”, y que son a veces caros, y usualmente limitados al fideo y arroz. Los niños que crecieron alimentándose en la ciudad, rechazan los “molidos” que se acostumbraban a comer en el campo. Hay por lo tanto un cambio en los patrones de alimentación con las nuevas generaciones, para hacerlos similares a los de la ciudad.

Cuando en las entrevistas relataban los primeros meses de su llegada a la ciudad, la necesidad mayor era obtener los alimentos, junto a la vivienda y el trabajo. Son frecuentes los relatos de que en esos meses y años iniciales en la ciudad no había para comer. Sin duda los niveles de desnutrición se incrementaron durante los primeros años en la ciudad, haciéndolos más vulnerables a las enfermedades.

<sup>3</sup> Culquí, Dante y col. *Delimitación del cuadro clínico del alcanzo y su prevalencia en pobladores del distrito de Santiago de Pischa, San José de Ticllas, Socos, Morochucos y Vinchos del departamento de Ayacucho*. Julio 2003. Publicación inédita.

Cuando se trata de explorar el acceso a los servicios de salud desde la comunidad, las respuestas son similares. No había puestos de salud, ni centros de salud cercanos. Por lo general el acceso a los servicios de salud tardaba horas de camino, a pie, a bote o por carretera. Llegar a un puesto de salud, tampoco garantizaba la atención, pues dependía de que estuviera el técnico sanitario y de que hubiera las medicinas necesarias. Incluso durante el conflicto preferían quedarse en casa, en la comunidad, antes de salir en busca de atención de salud por el temor de ser considerados terroristas si se encontraban con el ejército o considerados como “soplones” de encontrarse con SL. Así, la atención de salud en la comunidad quedaba en manos de la medicina tradicional, a la que todos hacen referencia. Empezando por los curanderos, parteras, hueseros; haciendo uso de hierbas, flores, diversas semillas o emplastos. Los curanderos realizan el “pago a la tierra”, o el uso de animales para diagnosticar y “limpiar” o curar las enfermedades.

*Entonces le damos esas hiervas: eucaliptos, cochinilla bueno es, así tomábamos cuatro a cinco pepitas.*

H40-Ca18

*Cuando se enfermaban esas veces, realmente no sé qué cosa haría la gente, pero allá pues cuando uno se enferma realmente con pañitos, uno está con fiebre no, con paños de pichi, eso es lo que hacía mi mamá en allá y después en su casa nomás con hierbas, así nomás creo que era porque esas veces del 88 como había mucho movimiento en esos sitios no había salida para venir a Chumbes para Ocross, porque dicen los militares estaban allí en Chumbes, cuando venía la gente lo agarraban, eres terrorista diciendo, entonces tenían miedo de ir. Ya tenía miedo de salir y justo de ese lado de terrorismo también decían que soplaban a la comandancia el camino, realmente la gente vivíamos acorralados.*

M38Ca15.

La atención de salud de la gestante y el parto quedaba en manos de la familia o de la partera. Todos los partos se atendían en la casa, donde siempre estaba presente la posibilidad de la emergencia, o el riesgo de muerte, por lo que la atención se iniciaba con rituales y rezos.

Otra alternativa en la búsqueda de atención a la salud, lo ejercen las “pastillas”, o los medicamentos que en el campo ejercen un poder mágico curativo. Cuando era difícil o imposible llegar a un establecimiento de salud, ir a buscar una pastilla en la “tienda” constituía otra alternativa, aunque llegar a la tienda podía significar horas de camino.

## 5.7 LA SALUD DURANTE EL DESPLAZAMIENTO-ADAPTACIÓN

Durante la etapa del desplazamiento a la ciudad y hasta que llega la paz, la salud se deteriora y se incrementan los riesgos para enfermar y morir, en particular entre los más pequeños y los ancianos. Esta etapa cronológicamente ocurre entre 1983 a 1992. Es decir un período entre cinco y diez años, de supervivencia, sufrimiento, miedo y tensión que afecta en primer lugar la salud mental. La primera reacción de los entrevistados a la mención de los años iniciales en la ciudad es de tristeza y sufrimiento. El recuerdo los lleva a una época dura, donde había que buscar los alimentos, el agua, el trabajo y la vivienda.

*Sí, un varoncito ha muerto de 6 meses. Allí en barrios altos en mi casa. Cuando llegué aquí a Ayacucho a Huamanga se murió con bronco creo, fue el año 86, 87 por allí.*

*M44-Sc21*

Al vivir en la ciudad se puede tener acceso a los puestos de salud, a los centros de salud o al hospital regional de Ayacucho. Ese es el orden de complejidad y resolución de los servicios de salud. Los puestos de salud, tienen médicos y personal de enfermería, obstetricia y técnicos sanitarios. No hay hospitalización. La mayoría de los puestos de salud se construyeron al finalizar la guerra. De esa forma se mejoraba el acceso a los servicios de salud para las poblaciones que fueron surgiendo alrededor de la ciudad. Entre el personal de salud de la posta se dividen los programas preventivos. Los de más alta rotación son los médicos, la mayoría de los cuales pasa en estos servicios durante su año de servicio médico rural. Algunos médicos no hablan quechua, pero la mayoría de enfermeras, obstetricas y el personal técnico son bilingües.

El acceso a los servicios de salud de la población desplazada se hizo de manera gradual, en la medida que se iban estableciendo contactos, en las charlas, en las visitas domiciliarias, en las jornadas de vacunación. Las visitas de los trabajadores de salud al domicilio son muy apreciadas y es un punto de partida importante en la relación con los servicios de salud.

*Sí creo de lo que me cuentan en el hospital y aquí en la posta también, ahora sí atienden bien, sí, a domicilio también a una mujer embarazada la ven y vienen.*

*M28-Ca21*

Sin embargo, durante las entrevistas pudimos observar, por un lado, una excelente relación con el puesto de salud, y por otro lado (aunque menos frecuente) cierta autoexclusión, derivada de un desencuentro previo.

Cuentan para este efecto, los tiempos de espera -a veces sin explicación alguna-; la ausencia y frecuentes cambios de los médicos; la falta de dinero para comprar los medicamentos que es también una razón para no buscar los servicios de salud.

Cuando ocurre un maltrato en los servicios de salud, la persona transmitirá esta percepción a sus familiares, lo que ocasionará la no asistencia del grupo familiar a las actividades promovidas por el puesto de salud, e incidirá en el uso de la medicina tradicional o la automedicación con la compra directa de los medicamentos en las farmacias o en las tiendas de la ciudad.

Aunque en general se privilegia la demanda de atención médica en los servicios de salud, la compra directa de los medicamentos en las farmacias y tiendas o el uso de la medicina tradicional serán siempre una alternativa presente.

*La posta queda acá arribita, pero no vamos, y cuando nosotros llegamos no nos atienden. Compramos de acá nomás de farmacia.*

H40-Ca18.

*Ahora pues a la posta voy corriendo. Ya mi hijo está un poquito no quiere comer, ya lo llevo ya, o está con fiebre, ya lo llevo ya. Conmigo son muy buenos porque al lado de la posta cualquier cosita nos vamos llamando.*

M38-Ca15

*No, no voy a ninguna parte, aun cuando estoy enferma estoy aquí en mi casa. Sólo a veces compro pastillas de la posta médica.*

M60-Vi20

La automedicación o la compra directa de los medicamentos o “pastillas” son frecuentes. Incluso se llega a dominar el nombre de algunas de los medicamentos de uso frecuente. Es una práctica establecida en toda la población, a pesar que muchos de los medicamentos deben venderse con receta médica.

*Y recién fui a la farmacia y me he comprado el Diclofenaco, después he comprado Dicloxacilina, la mitacita nomás le he dado, con eso es lo que está pasando. Y entonces seguía tomando Ibuprofeno.*

M38-Ca15

Cuando había la necesidad de servicios de salud de mayor resolución, se dirigían directamente al hospital de la ciudad, el cual por su dimensión y complejidad, constituye el hospital de referencia de toda la región del departamento de Ayacucho. La percepción que se tiene sobre el hospital

es muy variable. Pero hay una percepción más constante: la de brindar una atención más despersonalizada. Diferencia importante con el puesto de salud, que al estar ubicado a sólo metros o pocas cuerdas de la vivienda, permite el surgimiento de relaciones afectivas con el personal de salud. Del hospital se tiene dos visiones, por un lado es un espacio donde la atención de salud esta más organizada, con acceso a cierta tecnología y con una mayor resolución de los problemas de salud. Se percibe esta visión para los servicios de obstetricia por ejemplo, ya que la mayoría de las mujeres han recibido atención prenatal y del parto. Pero también tiene una dimensión de temor y miedo. “Se va al hospital a morir”. Durante los años 1993 y 1995, observamos una tasa de letalidad hospitalaria en el servicio de medicina sobre el 20%, usualmente por complicaciones de enfermedades transmisibles. Aunque en general la atención en el hospital es buena, así como la disposición del personal de salud, tomamos relatos donde se producen “agresiones”, formas de discriminación del personal de salud, incluso estando hospitalizados. Da cuenta también de la precariedad de los servicios, cuando hay mucha demanda de atención y de hospitalización, como aconteció con el hospital de referencia durante los años del conflicto armado. Compartir habitaciones de hospitalización entre hombres y mujeres no fue usual, sin embargo esta práctica del “poder” institucional y de discriminación de género, afecta la salud ya que muestra la intimidad del cuerpo y la enfermedad ante los otros.

*No, no fui bien atendida, me llevaron en camilla, el doctor decía que está bien que estés expectorando, una tos productiva, que estés eliminando, si era tos seca era más peligroso, y yo no quise separarme de mi esposo en ningún momento, estuve al lado de él, y él me ha atendido, y le dije a mi esposo que no me dejara sola, y el doctor me decía ¡come, come, tienes que comer! Y yo le decía que no había espacio para que yo comiera, mis brazos, mis pies y mi papada también estaba hinchado, y al doctor le dije aunque sea póngame pues ampollas y él me puso 9 ampollas y con eso hasta mi barriga se arrugó y al toque me sané de la hinchazón, mis manos de lo que estaban muy apretadas se aflojaron, y luego empecé a comer. Cuando estuve y me acompañaba mi esposo en el hospital él me hacía orinar, me volteaba, me hacía sentar, me levantaba, pero yo no podía valerme por mí sola, me daba vueltas la cabeza, así levantaba y caminaba un poco, pero no podía sola. Entonces le dijeron a mi esposo, ándate, trabaja, haz dinero, para que mantengas a tu esposa y le votaron del servicio. Cuando mi esposo me dejó, nadie se recordaba de mí, no venían a verme, hasta que me oriné tres veces en la cama y llamaba y gritaba, ¡enfermera, enfermera! Tráiganme algo para orinar, pero no me hicieron caso, no se aparecieron, entonces el señor de mi lado les resonó molesto y les dijo esta pobre señora está muy mal, porqué no se acuerdan y le ayudan a la señora, necesita ayuda, no*

*ven que está muy mal. No se olviden que por nosotros los pacientes ustedes tienen sueldo. Luego vino y me gritó asquerosa, asquerosa, resonándome, me dijo cómo te has orinado en la cama, me gritó, me gritó. Pero no importa así molestándose me ha cambiado. Ay no tenía plata, y decía yo, ¿cuánto ya estaré debiendo? Y yo pedía alta al doctor, y siempre pensaba, ¿con qué pagaré? No tengo plata, y en ese entonces yo solamente vivía en carpa. Entonces le pedí al doctor déme ya de alta, entonces le cansé y me dio de alta. Luego estuve dos semanas en el hospital, todavía me quedé dos semanas en el hospital y yo siempre le decía al doctor: ¿qué te pagaré?, no tengo nada, ¿cuanto te estaré debiendo? Pero una vez que me dieron de alta ya nada era igual, hasta la comida ya era menos, ya me daban poquito; entonces mi último hijo trabaja en gaseosas y estudia, el otro mi hijo en construcción, así juntaron el dinero. Qué vida será esa, no era vida, no era vida, por eso lloro, pedí a Dios que me recoja, sufrí mucho, cuando me recuerdo me duele, me duele. Ya sané pero no volvería al hospital, no quiero volver a pasar, siempre me recuerdo de eso y me pongo mal. En la posta gracias a dios me atendieron bien, me pusieron las inyecciones, me dieron mis pastillas puntualmente. También me dieron víveres, me atendieron con mucha paciencia, me dieron alimentos y eso comía yo, traían de San Juan alimentos, por eso agradezco al señor, y pido por ellas, por haberme atendido bien. Con eso empecé a mejorar porque comía eso, todos me dicen come, come bien y todo, así tendrás fuerzas. La doctora me ha dicho en la posta que lleve mi esputo y he llevado, pero salió negativo, también ya me tome 4 placas y me dicen que estoy bien, así es me ha revisado muy bien la doctora de la posta.*

M61-Ca20

Señalamos que los casos de tuberculosis fueron frecuentes entre los desplazados y con alta mortalidad. La desnutrición, consecuencia y factor causal de esta enfermedad está reflejada en este relato, pues la hinchazón de las manos y el cuerpo es producida por una falta crónica de proteínas, que refleja la vulnerabilidad y carencia de alimentos durante los primeros años de vida en la ciudad. El relato también nos hace reflexionar sobre la necesidad de los cuidados en salud, los que usualmente recaen en la familia, en este caso el esposo. Cuidar y atender tienen significados diferentes en las formas de atención de salud, ya sea desde la medicina occidental o la tradicional. También nos lleva a la reflexión sobre la protección social en salud, pues tener dinero se convierte en un factor decisivo para la búsqueda de la atención de salud, independientemente de la disponibilidad de los servicios de salud, a pesar que los servicios públicos de salud tienen costos bajos o son gratuitos para ciertos programas. Incluso el servicio social del hospital de Ayacucho, evalúa las condiciones económicas y ofrece escalas de costos bajos o la exoneración de los pagos. La falta de dinero y en consecuencia las condiciones de vida en pobreza no se modificaron substancialmente entre el campo y los años de vividos en la ciudad.

*Así pues no voy a la posta de salud, es también plata pues y yo no tengo, como vez soy pobre y ya anciana.*

M60-Vi20

*Aquí tenemos más cosas, hay más postas, hospitales y todo, como farmacias; solo necesitamos plata.*

M28-Ca21

No fue nuestro objetivo en este estudio medir las formas de discriminación a los desplazados por el personal de los servicios de salud, considerando que la cultura y el idioma no son diferentes entre el personal y los desplazados y que todos experimentaron -en diversos grados- el miedo durante la guerra. Sin embargo, la discriminación puede darse por una condición diferenciada de clase: por un lado los profesionales de salud y, por el otro, los desplazados, muchos de ellos analfabetos, campesinos y pobres. De estos tratos y de estas diferencias -sentidas e incorporadas en la psique- surgen los desencuentros que limitan el acceso a los servicios de salud.

*Una fecha, me ha hecho asustar el otro doctor, he llevado a mi primer hijito, y mi hijito lloraba, lloraba y anda llévalo me dice mi patrona, porque me ha hecho asustar: “Carajo que cosa me has traído”. Me ha abierto la boca, resonando.*

M34.Ca20

Encontramos mención a razones de discriminación por la forma en que están vestidos, por las dificultades para expresarse en español y por su condición de analfabetos. Pero en esta percepción notamos cambios generacionales que actúan a favor de los más jóvenes. Resulta interesante el comentario que hace una de las más jóvenes, sobre la atención de salud a la población pobre y desplazada y que las razones por recibir estos malos tratos es por “no reclamar”. De esta manera relacionamos el reclamo con el ejercicio de los derechos, una nueva forma de percibirse como ciudadanos sujetos de derechos y respeto.

*Claro pues, cuando hablas ino? a algunos les tratan mal, cuando no hablan cuando no reclaman, a otros por su ropa y cuando no hablan pues castellano y por eso.*

M37-So20

El tiempo de espera en la atención de salud puede percibirse como una forma sutil de discriminación. Especialmente cuando no se comunican las razones para un tiempo de espera prolongado. Incluso las “risas” de los trabajadores puede ser percibida como burla por su condición de desplazados y pobres.

*Porque entre ellos se reían, no eran capaces de atenderte y decirte espera, tenías que esperar una hora, media hora para que te atiendan. A veces me cansaba y me regresaba.*  
M28-Ca21

No solo la posibilidad de acceder a los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud, sino que en algunos casos como derechohabientes de la Seguridad Social en Perú. Aunque puede tratarse de seguros temporales, es una alternativa más para acceder a servicios de salud y una muestra de formas de acceso a una condición de ciudadanos que cuenta con seguro social de salud.

*Entonces había enfermado de diarrea casi le agarra a mi niño, así creo con eso el otro mi hijo tenía su seguro y con eso he llevado al hospital.*  
M34.Ca20

Todos consideran que la salud ha mejorado. Esta percepción está relacionada con el acceso a los servicios de salud, la participación en actividades preventivas y promocionales de salud como las vacunas por ejemplo, así como un mejor conocimiento sobre las causas de las enfermedades que modifican las necesidades de búsqueda de atención médica. “*La vida en la ciudad mejora la salud, ya no se enferman como antes, ya no se mueren como antes, pero se sufre*”. Esta expresión de una de las entrevistadas es muy sugerente. Hay sufrimiento, por los recuerdos de la guerra, por la familia ausente, desaparecida.

*Claro, sí ha mejorado la salud, allá pues había solamente sanitario nomás pues no eran como en aquí. Acá ya pues hay muchos en el hospital.*  
M37-So20.

## 5.8 SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de vida de cualquier población. En las entrevistas hubo relatos acerca de la frecuencia elevada de la mortalidad infantil en las comunidades de origen. Las condiciones del parto, las infecciones neonatales como el tétanos, las parasitosis, la desnutrición, la diarrea y neumonía, son responsables de la alta mortalidad infantil. Existe también la percepción de los padres que el riesgo de muerte en los primeros años de vida, disminuyó en la ciudad, por el mayor acceso a los servicios de salud.

En el campo había que hacer la “tarea”. Esta expresión se refiere a que las mujeres debían tener una docena de hijos. Es la tarea que Dios manda y que refleja la alta probabilidad de la muerte infantil; por otro lado los hijos son la riqueza de las familias, la fuerza de trabajo en el campo, y en el futuro son también quienes cuidarán a los padres. Theindon señala que según los campesinos de las comu-

nidades, el estatus de “ser humano” se va adquiriendo progresivamente, pues sólo hasta que los niños tienen dos años adquieren el alma. Antes de esa edad, como el alma no está bien “pegada” al cuerpo son más vulnerables al “susto”, a las enfermedades en general<sup>4</sup>. Ésta es una razón por la cual los registros civiles de nacimiento tienen un retraso considerable, influyendo sobre las estimaciones de población infantil sujeta a intervenciones de salud.

*En el campo pues tienen más o menos una docena de hijos, así yo escuchaba pues lo que tenía mi mamá: decía ya tengo ya, pues seis, me faltan otros seis para cumplir la tarea porque Dios así dice.*

M38-Ca15

Los riesgos para la salud, por las nuevas condiciones de vida -como la falta de alimentos, agua, hacinamiento-, pudieron incrementar la mortalidad infantil en los primeros meses y años del desplazamiento.

*Cuando nacen mal ya pes al hospital, no ves como sea lo salvan, ya allá cualquier cosa lo atienden, así creo los bebitos poco fallecen, pero en la chacra rápido se mueren los niños, así docito lo he visto de mi mamá mis hermanitos también por falta de ayuda seguramente ino?*

M38-Ca15

La percepción de los entrevistados sobre la mortalidad materna es que ésta era frecuente, sobre todo cuando los partos ocurrían en la comunidad. Considerando además que el número de embarazos era hasta el doble de lo que ahora ocurre en la ciudad. Hay un cambio generacional. Hay relatos de hermanas fallecidas en la comunidad por hemorragias durante el parto. En la etapa del desplazamiento el relato de los partos no era tan frecuente, pero a medida que se instalaban en la ciudad, empezaron a usar los servicios de salud. De esta forma mejoró el control prenatal y la atención de los partos fue con personal profesional en los servicios de salud del hospital. Así, se redujo la mortalidad materna e infantil.

*Ella ha nacido en hospital. Ella ha nacido en la posta de Belén. Los demás en mi casa con una partera. Mis hermanas no quieren. No, en la casa no puedes enfermar, tienes que ir al hospital.*

M38-Ca15

*El primero también nació en el hospital. Sí acá pes mis patronas me ayudaban, ya tienes que ir allá si no vas a morir, así pe me decían, a mí me trataron bien porque el otro mi patrona trabajaba en el hospital.*

M34.Ca20

<sup>4</sup> Theidon, Kimberly. *Op.cit.*

## 5.9 RESPUESTA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

En la medida que los puestos y centros de salud se establecieron en las proximidades de las viviendas de los desplazados, empezaron los programas de salud con la población desplazada.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Perú, protege contra enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, formas graves de tuberculosis (BCG), tétanos, difteria y tos convulsiva. A finales de los años 90 se incorpora la vacuna contra la hepatitis B, y en las zonas próximas al río Apurímac la vacuna contra la fiebre amarilla. La vacunación es un bien percibido de inmediato por la población. Los niños son vacunados contra estas enfermedades, sea durante las campañas -en los colegios o casa por casa- o de manera rutinaria en los servicios de salud. En cambio en la comunidad campesina, antes de 1980 y durante los años de la guerra, nadie era vacunado.

Debido a las pocas entrevistas realizadas, no encontramos relatos sobre casos de sarampión que haya afectado a la población desplazada, tanto adultos como niños, durante la epidemia de los años 1991-1993.

*Sí, todos mis hijos han completado sus vacunas.*  
M38-Ca15

*Cuando era chiquita no me han llevado y vacunación nada.*  
M34.Ca20

Los programas de control de enfermedades frecuentes de los niños, como las diarreas y neumonías, son sujetas de atención nacional. La distribución de sales de rehidratación, así como el reconocimiento temprano de los signos de infección respiratoria, y la atención oportuna por los servicios de salud han disminuido la mortalidad infantil.

La epidemia de cólera que afectó al Perú desde 1991, fue mucho más severa en las poblaciones marginales, pobres y andinas. La importancia de la rehidratación, así como el “lavado de manos” ha quedado en la memoria de la gente.

El programa de control y prevención de la tuberculosis, es muy importante por el alto número de casos. Durante las entrevistas encontramos que todos conocen la enfermedad, que usualmente la denominan como “mal de bronco”. En el servicio de medicina del hospital de Ayacucho, cerca de un 20 a 30% de los hospitalizados tienen el diagnóstico de tuberculosis pulmonar,

pero también son frecuentes las formas extrapulmonares. Muchos de los casos que llegan al servicio están en fases terminales de la enfermedad por lo cual la letalidad es muy alta. Los desplazados son vulnerables no solo por la pobreza y condiciones de vida, sino porque no están vacunados con la BCG. Sabemos que esta vacuna no previene la tuberculosis pulmonar, pero si las formas graves como la meníngea y la miliar. Y estos dos diagnósticos fueron frecuentes en el hospital regional, cuando estas poblaciones andinas libres de todo contacto con el bacilo, llegaron a la ciudad de Ayacucho, y se instalaron precariamente, hacinados y mal alimentados. El programa de control de la tuberculosis estableció el tratamiento supervisado, la búsqueda de los contactos, y el apoyo con alimentos a las personas afectadas.

El programa de planificación familiar, y los programas de atención materna e infantil han conseguido informar a la mayoría de mujeres sobre la importancia del control del embarazo y sobre los diferentes métodos de control familiar. La interacción entre pares, así como las recomendaciones recibidas por los residentes de la ciudad -en los espacios laborales- y la proximidad al puesto de salud, hicieron posible que las mujeres y los hombres conozcan los diferentes métodos de planificación familiar. Se debe considerar también a las actividades fuera del establecimiento de salud que realizan los trabajadores de salud durante las visitas domiciliarias, convirtiéndose en espacios donde las mujeres se informaron de los métodos de planificación familiar, la prevención de enfermedades, el esquema de vacunación nacional, entre otros.

*Bueno ahora creo que nos va a dar charla, pero yo no sabia que yo era promotora, y ahora recién me han fichado ahora voy a tener mi primer día de charla. Dice que charla de planificación familiar dan.*

*M38-Ca15*

El contacto con los servicios de salud, les permitió a las mujeres iniciar métodos de control familiar, y cuando estuvieran embarazadas de asistir a sus controles. De esta forma se reconoce tempranamente algún riesgo de complicaciones durante el embarazo, sobre todo en las mujeres jóvenes. La mayoría de los partos en la ciudad fueron realizados en el hospital. Observamos la tendencia en las mujeres jóvenes, las que llegaron siendo niñas, a tener menos hijos.

*Mi esposa está planificando la familia con método operación.*

*H40-Ca18*

Algunas de las entrevistadas refirieron que fueron ligadas de las trompas. Entre 1995 y 2000, el Ministerio de Salud inició agresivamente un pro-

grama nacional de planificación familiar, en especial en zonas pobres y en poblaciones desplazadas, para someter a las mujeres a las ligaduras de trompas. Se usaron estrategias como las caravanas o ferias de salud, donde un equipo de médicos, obstetrices y enfermeras realizaron estas intervenciones en los distritos del departamento. Situación que provocó denuncias en vista que algunas mujeres no estaban lo suficientemente bien informadas, ni dieron la autorización y consentimiento correspondiente.

## 5.10 SOBRE LA SALUD MENTAL

En todos los pobladores desplazados por la guerra, persiste en la memoria los años de la violencia, que se traducen en dolor y sufrimiento. Es el recuerdo a los familiares que murieron, al temor y miedo permanente de la huida, cuando había que dormir en las quebradas, escondidos en cuevas o en los barrancos. Es el recuerdo de hechos dolorosos y humillantes frente a la incursión de las fuerzas militares o de senderistas a la comunidad. Habiendo sido testigos de las diversas formas de enfrentamiento y muerte entre hermanos, de ver cuerpos muertos en los caminos. Veinte años después, ya establecidos y residiendo en la ciudad, los recuerdos de la guerra persisten y el sufrimiento por el duelo irresuelto de sus seres queridos desaparecidos continúan. Así, la salud mental afectada en las poblaciones desplazadas se sigue manifestando en tiempos de paz, con problemas relacionados al sueño, somatizaciones de dolores corporales, llanto, desesperación y tristeza.

*Yo esa vez era niña y casi me he traumatado, pensaba que en cualquier momento podía ver muertos, eso era triste para mí ese año.*

M28-Ca21

*Sí, murieron mi tío, mi prima, mis dos hermanas, no sé donde están los desaparecieron, ¿dónde estarán?, ¿Qué vida será esa?, no era vida, no era vida, por eso lloro, pedí a Dios que me recoja. Sufrí mucho, cuando me recuerdo me duele, me duele, triste es.*

M61-Ca20

*Me explicaba mi mamá, mi papá, ellos me ayudaron. Que eso era solo por un tiempo nada más. Si, nos hemos asustado mucho. Bastante al verle esa vez cuando en 1984 había matanzas en mi pueblo yo miraba, miraba a cada paso heridos, muertos, a veces sin cabezas, así horrible era eso.*

M28-Ca21

*Ahí pues más que nada psicológicamente, pues otra forma todo me daba mucho miedo. Así nomás, no he ido a ninguna persona ni al psicólogo, pero nunca. Ah, o sea uno se pone nervioso y ya pues uno está con miedo, mal pues, o sea muy mal.*

*Porque mataban a la gente inocente, ni siquiera a los culpables mataban, a cualquiera pues. La misma gente pues también, entre hermanos se matan.*

M37-So20

Este sufrimiento se acentúa cuando la persona es mayor de edad, cuando es mujer, viuda. Se perciben con menos fuerza, con muy poca voluntad para hacer las cosas, llegando a desvalorizarse como seres humanos.

*Todos los días estoy triste, todos los días cuando quiero me pongo a llorar. Yo mismo me hago daño entonces ¿no? Siento que soy casi inservible ni siquiera me cocino bien.*

M60-Vi20

Explorar el impacto de la salud mental sobrepasa los alcances de este trabajo pues requiere de técnicas diversas y equipos multidisciplinarios, que puedan explicar el sufrimiento individual y social, que incidirá en la salud, la enfermedad y la muerte en el mediano y largo plazo incluso en generaciones futuras.<sup>5</sup> Por la dificultad de medir la salud mental y sus impactos en la salud individual y colectiva, los efectos del trauma pasan subdimensionados. Podemos estimar de manera indirecta los efectos de la salud mental afectada, a través del consumo de alcohol y las complicaciones médicas derivadas, o los casos de intoxicaciones o envenenamientos, eventos que se registran en la atención médica hospitalaria.

Una mayor incidencia en el consumo de alcohol y en consecuencia de complicaciones crónicas y muerte, se desprenden de los hechos de guerra sobre todo para los hombres.

*Así de muy grande había crecido su estómago, y no permitía que se le tocara por que dice que le dolía. Había crecido del tamaño de la cabeza de una persona. Asimismo, tomaba demasiado licor. Era casi un borracho, es muy malo tomar demasiado. En mi pueblo tomaba demasiado, incluso era alcohol con agua cruda, ése era el problema también.*

M60-Vi20

Aunque se mencionan cambios importantes en las condiciones de vida como la vivienda que tiene servicios de agua y luz, la formación de nuevas redes sociales y su inclusión a la ciudad, se siguen percibiendo como pobres, con la angustia de la falta de dinero o de trabajo para poder afrontar los gastos en la ciudad. Así, el futuro es incierto con la esperanza de vidas

<sup>5</sup> Pedersen, Duncan. *Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e ação para a América Latina e região do Caribe*. *Ciência e saúde coletiva*, 11(sup):1189-1198, 2007.

mejores para sus hijos, con el temor que puedan ser víctimas o involucrarse en las pandillas juveniles que están en todas partes de la ciudad. Forman parte de las pandillas tanto hombres como mujeres, tienen ritos de iniciación, definen territorios y jerarquías de poder. Así, las familias desplazadas deben seguir organizándose en las noches, reproduciendo las rondas comunales durante la “época de peligro” para protegerse contra nuevas formas de violencia urbana, cuyas razones también se explican por los hechos de la guerra.

*Ahora pues bueno, estamos bien. Ya no hay esa preocupación que de repente por allí van entrar, o me van a matar, no hay pues muertos. Realmente me siento más o menos ¿no? No quisiera que vuelva ese momento que ha pasado.*

M38-Ca15

*Los pandilleros mucho se han incrementado y son muy peligrosos Porque no hay trabajo y muchos son huérfanos, sus padres han muerto en la época de la violencia y no hay nadie quien cuide de ellos, les dé orientación, buenos consejos; además falta educación. Se pelean y se golpean y también se hacen golpes, heridas y hasta mueren peleándose entre pandilleros.*

M60-Vi20

## 6. EL DESPLAZAMIENTO Y CAMBIOS EN LA SALUD, DESDE LA SALUD COLECTIVA

### 6.1 SOBRE LA SALUD COLECTIVA

La presente investigación se diseñó y llevó a cabo dentro del marco epistémico de la salud colectiva. Por tal motivo, sus resultados adquieren pleno sentido únicamente a la luz de la propuesta teórica, metodológica y práctica de la salud colectiva o medicina social.

La medicina social se reconstruye en América Latina en los años setenta, en núcleos académicos y de movimientos de trabajadores y estudiantes en respuesta al modelo desarrollista que empezaba a aumentar las desigualdades sociales y las de salud. Juan César García desde la OPS, junto con Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez impulsaron esta corriente de pensamiento que en México se expresó en la creación de la Maestría en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco<sup>1</sup>. En Argentina, Ecuador y Chile se desarrollaron núcleos de investigación y de capacitación a profesionales de salud, en torno a esta perspectiva. Así, la medicina social reiniciaba una construcción de teorías y metodologías para el cambio y transformación (praxis) en grupos de personas que responden a colectivos sociales, explicando a través de diversas categorías de análisis (reproducción social, clase social, producción económica, cultura, etnia, género, participación política, entre otros); las que explican las condiciones de salud y de vida de las poblaciones.

La corriente que sostiene la salud colectiva se ha desarrollado en Brasil en las últimas tres décadas, siendo determinante para su desarrollo y expansión la fundación -el 27 de septiembre de 1979, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Brasilia- de la Asociación Brasileña de Estudios de Postgrado en Salud Colectiva (ABRASCO). Inicialmente ABRASCO estuvo insertada en los núcleos académicos orientados a la creación de un nuevo

---

<sup>1</sup> Iriat, Celia et ál. *Medicina Social latinoamericana: Aportes y desafíos*. Rev. Panam Salud Pública 12(2), 2002.

modelo de formación de recursos humanos en salud; pero en el contexto de las reformas sanitarias que estaban ocurriendo en Latinoamérica, paulatinamente se convirtió en un espacio de discusión y reflexión sobre la salud y sus instituciones, los organismos no gubernamentales y la sociedad civil organizada<sup>2</sup>. El logro más importante del movimiento sanitarista brasileño fue la creación del Sistema Único de Salud (SUS), que aplicaría los postulados de la salud colectiva: universalidad, democracia, equidad y ciudadanía<sup>3</sup>. La salud colectiva surge en Brasil como espacio de crítica al modelo hegemónico impuesto desde los años treinta por la fundación Rockefeller en las actividades de formación de recursos humanos y de investigación<sup>4</sup>.

De acuerdo con Everardo Duarte Nunes, la salud colectiva defiende el derecho del ciudadano a la salud y exige al Estado proveerla universalmente y de forma gratuita. Se trata de un nuevo campo interdisciplinario que se propone describir, explicar e interpretar la realidad sanitaria que se desea transformar. Para la salud colectiva, los espacios interdisciplinarios privilegiados en este proceso son las ciencias sociales y humanas (antropología, sociología, psicología, economía, política, historia, filosofía, ética); la epidemiología, y las políticas de salud<sup>5</sup>.

Por su parte, Silva Paim y Almeida Filho definen la salud colectiva como

*“... un conjunto articulado de prácticas, técnicas, ideologías y políticas desarrolladas en el ámbito académico, las instituciones de salud, las organizaciones de la sociedad civil y los institutos de investigación, formado por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud... la salud colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras”<sup>6</sup>.*

Como señala Edmundo Granda, la salud colectiva es mayor y más avanzada en Brasil como disciplina y práctica porque está ligada al contexto cultural, social, económico y político de ese país. Granda se aproxima a una definición cuando señala:

<sup>2</sup> ABRASCO. *Estatuto da associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva*. Em <http://www.abrasco.org.br/sobre/arquivos/20061011143804.pdf>

<sup>3</sup> *Saúde Coletiva como Compromisso. A trajetória de ABRASCO*. Editora Fiocruz 2006.

<sup>4</sup> Silva Paim, Jairnilson. *La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de la Salud. Pub. Cient. 540. 1992.

<sup>5</sup> Nunes, Everardo Duarte. *Saúde coletiva: Uma história recente de um passado remoto*. Tratado de saúde coletiva. Gastão Wagner et ál. Editora Fiocruz 2006. Páginas del 295-315

<sup>6</sup> Silva Paim, Jairnilson y Almeida Filho, Naomar. *A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Casa da Qualidade Editora, Salvador Bahía 2000.

*“La Salud Colectiva como campo de conocimiento en constante desarrollo constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones. Al referirme a la ampliación de la visión hablo de esa necesidad de ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad”<sup>7</sup>.*

La salud colectiva se ha construido en Brasil -como dice Jairnilson Paim- como proyecto de luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte.

La salud colectiva y la medicina social se distancian de la salud pública porque esta última concentra su discurso y práctica en el saber médico, y genera políticas de salud basadas en las explicaciones biologicistas de la salud y la enfermedad. La salud colectiva -en cambio- es una propuesta alternativa ante la crisis de la salud pública, a su incapacidad de mejorar la salud en las poblaciones y transformar sus condiciones de vida. La salud colectiva también implica un nuevo concepto de salud, que incluye la expresión de derechos, el compromiso social, la participación social y política; y es donde confluyen miradas de diversas disciplinas en el análisis, interpretación, acción y cambios de la salud.

La salud pública ha dominado el campo de la investigación en salud desde fines del siglo XIX y a lo largo del siglo XX. En su visión biologicista, dicotómica del proceso salud y enfermedad, centró el objeto de análisis en la causa bacteriológica de la enfermedad. Los postulados de Koch de 1879 definieron el marco de las investigaciones futuras, que con el advenimiento de los antibióticos y las vacunas establecieron las respuestas en salud del Estado y la forma de enseñanza de la salud pública. Provocó momentos de tanto optimismo que se pensó en la erradicación absoluta de las enfermedades infecciosas del mundo.

Este desarrollo de la salud pública estableció redes de profesionales ligados a las instituciones estatales, internacionales y académicas, que generaron métodos, técnicas y prácticas basados en la búsqueda de resultados a corto plazo, de impactos que no implicaban cambios ni transformaciones estructurales. El primer modelo explicativo fue el de la triada epidemiológica: agente, huésped y ambiente; apareciendo luego el modelo de la historia natural de la enfermedad y más tarde el de las causas componentes, necesarias y suficientes. La medición del riesgo fue el elemento central de

---

<sup>7</sup> Granda, Edmundo. *¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy?* VII Congreso Brasileño de salud Colectiva. Agosto 2003.

análisis, aplicando métodos estadísticos que definían a través del riesgo relativo a los factores protectores o de daño. Los estudios del riesgo posicionaron a la epidemiología clásica como la única disciplina capaz de generar insumos basados en evidencias científicas para las intervenciones en salud pública. El paradigma del riesgo y la evidencia cuantitativa definió entonces la práctica y la respuesta en salud pública.

No podemos negar los aportes de la salud pública en el control de múltiples problemas de salud, como la eliminación de la viruela y la polio en las Américas o en instrumentos de investigación y respuesta ante brotes y epidemias, o en los esfuerzos por acercar los servicios de salud a poblaciones dispersas mediante la estrategia de atención primaria de salud –que redujeron la muerte infantil y materna provocando cambios extraordinarios en la esperanza de vida–, por ejemplo. Cambios que no han sido homogéneos para todos los colectivos humanos y que ha provocado el incremento de las brechas y una mayor desigualdad. En el año 2005 la OMS conformó una comisión de alto nivel para producir un informe y recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud<sup>8</sup>, llamando la atención de los gobiernos de centrarse en las intervenciones sobre aquellos factores estructurales que determinan el proceso de salud, enfermedad y muerte.

Al final del siglo pasado la salud pública demostró sus limitaciones para lograr cambios sustantivos en las condiciones de vida y de salud de las poblaciones, reconociendo que las metas de salud para todos eran inalcanzables en contextos de incremento de pobreza y “crisis de la salud pública”, resumida en la incapacidad de atender las demandas sociales y de transformar las condiciones de salud<sup>9</sup>, en la insuficiencia de sus modelos explicativos, concentrados en la enfermedad que se traduce en una práctica dedicada a la atención clínica, lo que obliga a identificar categorías como Estado, democratización, ciudadanía, participación popular<sup>10</sup>.

Para la salud colectiva, la salud de los colectivos humanos es un proceso social que tiene historicidad y cuyo abordaje analítico es múltiple en

---

<sup>8</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. OMS 2008. Accesible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Publicación científica No 540.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública* (OPS, 1993).

métodos, dado que supone el ejercicio de la ciudadanía, la participación política y social, y el derecho a la salud y la vida. Para la salud colectiva son los procesos sociales los determinantes de la producción social de la enfermedad, es decir, el conjunto de alteraciones patológicas, biológicas y psíquicas que resultan de estos procesos (Silva-Almeida 2000)<sup>11</sup>. Cristina Laurel acuña el concepto de *nexo biopsíquico humano* para dar a los procesos sociales historicidad y es en esta complejidad de los procesos donde se determina la salud, el desgaste, la enfermedad y la muerte<sup>12</sup>.

Sin embargo, a la salud colectiva le queda aún por elaborar un marco teórico capaz de producir herramientas metodológicas específicas para analizar la complejidad de los procesos sociales que dan origen a los perfiles de salud y enfermedad diferenciados en los colectivos humanos. Como señala Jaime Breilh<sup>13</sup>, acerca de la importancia de identificar los procesos críticos sociales que generaron alteraciones en la salud individual y colectiva humana, como las que ocurrieron en las poblaciones desplazadas del Perú.

## 6.2 EXCLUSIÓN SOCIAL HISTÓRICA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

El estudio realizado sobre la salud de las poblaciones campesinas desplazadas por la guerra hacia la ciudad de Ayacucho demuestra que se trataban de poblaciones indígenas sometidas históricamente a relaciones de poder y explotación (ejercidas desde las ciudades por los hacendados, dueños de la tierra y del proceso productivo); dichas relaciones resultan centrales para explicar la categoría de clase social. Pero no son sólo poblaciones explotadas sino que -por su condición de clase- se encontraban en condiciones de *exclusión social*, que se define como la falta de acceso a los bienes, oportunidades y relaciones sociales disfrutadas por otros, que en salud se expresan -por ejemplo- como la falta de acceso a los servicios de salud<sup>14</sup>.

La exclusión en salud, por lo tanto, está inserta dentro de la exclusión social, y tiene una dimensión económica y social como la pérdida de las redes

<sup>11</sup> Silva Paim, Jairnilson y Almeida Filho, Naomar. *A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Casa da Qualidade Editora, Salvador Bahía 2000.

<sup>12</sup> Laurel, Asa Cristina. *Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud-Enfermedad. Lo Biológico y lo Social, su articulación en la formación del personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud, 1994. Serie desarrollo de recursos humanos, 101.

<sup>13</sup> Breilh, Jaime. *Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Universidad Nacional de Lanús, Argentina. 2003

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie Nº1 Extensión de la protección social en salud. 2003

en la comunidad y otra política, como la falta o ausencia total del ejercicio de sus derechos ciudadanos. Así, la exclusión en salud, está determinada por la estructura del sistema, la distribución de la red de servicios y la asignación de recursos. El empleo o desempleo, la discriminación, el origen étnico, la marginalidad, la edad, el sexo y la pobreza son categorías que determinan la exclusión social y que generan -según Jaime Breilh- *inequidad*, desigualdad o injusticia en el acceso a los servicios de salud, al derecho del descanso y disfrute, lo que produce disparidades en la calidad de vida. La inequidad se origina en la estructura social, en la apropiación y concentración del poder, en las relaciones de explotación y subordinación<sup>15</sup>.

Las comunidades campesinas, especialmente las ubicadas a grandes alturas, se hallaban en situación de exclusión social antes y durante la guerra. Durante el desplazamiento y su inserción en la ciudad, las pérdidas de las redes sociales comunitarias, el origen étnico y las barreras del idioma -entre otros-, han sido elementos determinantes en el proceso salud, enfermedad, padecimiento y atención. Cuando al fenómeno del desplazamiento se agrega el componente étnico, los riesgos para la salud se ven aumentados, entre otras razones por la vulnerabilidad o susceptibilidad de estas poblaciones para enfermedades frecuentes en los espacios urbanos.

Sobre la salud en relación con la clase social, Jaime Breilh y Edmundo Granda formularon un modelo explicativo que denominaron el *perfil epidemiológico de clase*, para analizar los determinantes de salud desde los estratos sociales. El modelo teórico explica que en cada uno de los modos de producción se establecen clases sociales con procesos típicos de reproducción social. En cada clase social hay una expresión del perfil epidemiológico de clase con dos elementos: el perfil reproductivo y el perfil de salud-enfermedad. Como metodología propone la investigación de *patrones ecológicos* de distribución espacial que se corresponden más o menos con la agregación espacial de las clases sociales. En ese sentido las poblaciones indígenas campesinas de Ayacucho vivían antes de desplazarse en espacios-territorios cuyo perfil de salud-enfermedad, diferenciado de otros conglomerados humanos, estaba determinado por procesos históricos de reproducción social.

Entre 1976 a 1991, Breilh criticó a los factores de riesgo como modelo de causalidad que domina la teoría y práctica de la salud. Proponiendo, a su

---

<sup>15</sup> Breilh Jaime. *Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad*. Lugar editorial. Argentina 2003.

vez, categorías centrales al análisis como la reproducción social; los modos de vida (en las clases); clases sociales y perfil epidemiológico. Luego entre 1991 a 1995, se centró en el estudio de la inequidad como consecuencia de la concentración del poder, incorporando el concepto de la triple inequidad: de género, de clase social y étnica. Proponiendo el uso de la geografía epidemiológica, las concentraciones geoespaciales o corepidemias, diferenciadas por clase social y étnica. Luego en 2002, propone un neohumanismo popular, donde no sólo critica a los factores de riesgo, sino al concepto de exposición. Las categorías centrales de exposición/imposición fueron sustituidas por las nociones dialécticas de proceso y matriz de procesos críticos, que busca la acción-intervención epidemiológica, es decir la capacidad transformadora de las intervenciones en salud.

### 6.3 VULNERABILIDAD SOCIAL COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS

La categoría *vulnerabilidad* viene usándose cada vez con más frecuencia, luego del debate generado en la década del 80, por las limitaciones que tenían los “factores de riesgo” -como método central de la epidemiología- para explicar la nueva pandemia de VIH-SIDA; que generó estigma, aislamiento y formas de discriminación a las personas que se hallaban dentro de estos “grupos de riesgo”. Así, se fue definiendo el concepto de vulnerabilidad, como un conjunto de factores individuales y colectivos que producen una mayor susceptibilidad a la infección y al padecimiento. Por lo tanto, la vulnerabilidad tiene una dimensión individual, social e institucional<sup>16</sup>.

La vulnerabilidad social se refiere a la desprotección social en la que se encuentran grupos de población (migrantes, desplazados, pobres, minorías sexuales, analfabetos, etc.), donde se manifiestan los daños a la salud, la insatisfacción a las necesidades básicas y la falta de ejercicio de sus derechos humanos. Al ser estructurales o institucionales no son neutras, tienen intencionalidad observable a través de las políticas sociales, de la distribución de los recursos, de las intervenciones organizadas desde el Estado y la sociedad civil. Así la vulnerabilidad se convierte en una categoría de análisis que se traduce por indicadores de inequidad y desigualdad social.

Los equipos que trabajan en el campo de la preparación, mitigación y prevención de desastres, usan el concepto de vulnerabilidad para identificar a grupos de población con una mayor susceptibilidad a sufrir daños

<sup>16</sup> Ayres, J. et ál. *Risco Vulnerabilidade e Praticas de Prevenção e Promoção de Saúde. Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Fiocruz, 2008.

o problemas de salud, o que son afectados desproporcionadamente por los desastres naturales. El riesgo o efecto en las poblaciones, es definido como el resultado de la vulnerabilidad y la magnitud del peligro (desastre natural)<sup>17</sup>. La vulnerabilidad está referida a las condiciones de vida, como la ubicación y materiales de la vivienda, y en relación a factores sociales y económicos. Otra dimensión de la vulnerabilidad se refiere a las características estructurales, administrativas y de ubicación de los servicios de salud, agua y saneamiento -entre otros-, fundamentales para dar respuesta a los desastres y emergencias<sup>18</sup>.

Suelen encontrarse definiciones de vulnerabilidad asociadas a las de riesgo o factores de riesgo, que son casi inmodificables por el sujeto porque son de carácter estructural<sup>19</sup>. La diferencia que pretendemos señalar es que el riesgo como método científico de la epidemiología clásica, se elabora en función de la probabilidad de tener o no tener el factor asociado a la enfermedad. Así, el riesgo estaría distribuido aleatoriamente en toda la población, mientras que con el concepto de vulnerabilidad se pretende darle mayor contexto individual, social, cultural, histórico y estructural a la susceptibilidad de padecer, enfermar y morir. Por lo tanto el análisis del riesgo aporta a los estudios de vulnerabilidad.

Como nos referimos antes, las poblaciones campesinas antes de la guerra vivían en condiciones de exclusión social, en especial las comunidades de altura en los andes ayacuchanos. Como resultado de la poca o nula intervención del Estado -dimensión estructural de la vulnerabilidad- estas poblaciones carecían de servicios educativos y de salud, que se traducían en una mayor susceptibilidad individual a la enfermedad, por ejemplo con las inmunoprevenibles. La poca educación formal recibida y el acceso a la información determinan conductas y prácticas asociadas a la cultura, que pueden favorecer la aparición y complicación de las enfermedades. La pertenencia a una clase social, la pobreza y relaciones de poder entre el campo y la ciudad, actúan como factores sociales que determinan el acceso a los servicios de salud.

---

<sup>17</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Los desastres naturales y la protección de la salud*. 2000. Accesible en: <http://www.paho.org/Spanish/dd/PED/pc575.htm>

<sup>18</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud*. Serie: Mitigación de desastres, 2004. Accesible en: <http://www.paho.org/Spanish/dd/PED/FundamentosNew.pdf>

<sup>19</sup> Brofman, M.; Leyva, R.; Negroni, M. *Movilidad Poblacional y VIH-SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP 2004

#### 6.4 ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE LA DISCRIMINACIÓN Y LA SALUD

La *discriminación* es una categoría de análisis elaborada desde la epidemiología social<sup>20</sup>. Entre los tipos principales de discriminación señalemos a la étnica y racial; la de género, por edad, por discapacidad, por clase social y por sexualidad. Todas estas formas de discriminación pueden darse en la atención desde los servicios de salud. Con relación a la discriminación étnica y racial hay suficiente evidencia de que los peores indicadores de salud ocurren en la población campesina de los andes del Perú. En esta misma población se da la discriminación por clase social: *la clase campesina*, donde la dominación se ejerce a través de la educación y la propiedad. Al desplazarse a la ciudad, la discriminación puede observarse en los servicios de salud: por un lado, desde la definición de las políticas en salud, que se traduce en planes, programas y actividades (usualmente las actividades de salud tienen menos cobertura en regiones dispersas y lejanas donde vive la población pobre y campesina) y, por otro lado, desde la relación entre el trabajador de salud y el sujeto demandante de atención, sobre todo si son mujeres. Así, la discriminación actúa desde el sujeto que discrimina, que hace una diferenciación negativa y en el sujeto que es discriminado, que siente, que percibe la diferencia y que la incorpora a su naturaleza biopsíquica humana (Laurel Asa, 1994).

Durante las entrevistas de campo, por ejemplo, pudimos observar que al demandar atención de salud experimentaron formas sutiles de discriminación por el uso del lenguaje, por ser pobres, por ser mujeres y por ser desplazadas.

Según Nancy Krieger, la investigación epidemiológica enfocada en la discriminación como un determinante en la salud es aún incipiente. Acumular insultos y experiencias violentas por ser tratados como ciudadanos de segunda clase, tiene también un impacto económico y en la salud. Está demostrado que las diferencias económicas y raciales no explican todas las desigualdades en salud: también influyen otras formas de discriminación como las de género, opción sexual, discapacidad y edad. Para operacionalizar la relación entre discriminación, desigualdad y salud se ha creado la noción de *embodiment* o “encarnamiento”. Esta teoría muestra cómo nuestra experiencia social se incorpora biológicamente y se expresa en los patrones de salud, enfermedad y bienestar. La teoría pone atención en *por qué*

---

<sup>20</sup> Krieger, Nancy. *Discrimination and Health. Social Epidemiology*. Oxford University Press 2000

y cómo las condiciones sociales producen diariamente distribuciones de salud diferenciadas en la población. Por un lado las redes sociales, el poder, la propiedad y los patrones de producción y consumo, juegan roles importantes; mientras que por otro lado se encuentran la evolución histórica y las trayectorias individuales biológicas y sociales. Estos factores estructuran las inequidades en exposición y susceptibilidad, así como las opciones para resistir agresiones patogénicas en el curso de la vida. La enfermedad y la muerte reflejan en nuestros cuerpos una interacción permanente con nuestra historia social y biológica.

La discriminación es una categoría útil para el análisis de las interacciones entre salud y desplazamiento. La palabra proviene del latín *discriminare*: dividir, separar, distinguir. La discriminación de los individuos aparece descubierta cuando tiene base legal, cuando se encuentra incorporada a las leyes. Por esta razón, la discriminación puede tener dos formas, una legal y la otra de facto, es decir sin bases legales para sancionar, pero realizada por costumbres y prácticas. La discriminación es ejercida por diversos actores: el Estado y sus instituciones (como la corte de justicia y las escuelas públicas), las instituciones no estatales (sector privado, organizaciones religiosas) y los individuos. La Constitución de Sudáfrica es la más avanzada en cuanto a la prevención de la discriminación (1997):

*“El Estado no podrá discriminar directa o indirectamente contra ninguna de las siguientes condiciones: raza, género, sexo, embarazo, estado marital, etnia, u origen social, color, orientación sexual, edad, discapacidad, religión, conciencia, creencias, cultura, lengua, y nacimiento”<sup>21</sup>.*

Sin embargo, la discriminación no es solo un asunto legal, en realidad se refiere a todos los medios de expresión dentro de las relaciones sociales de dominio y opresión, incluso ideológicos, para justificar estas prácticas de opresión. Ideología basada en las nociones de superioridad para unos (blancos occidentales) e inferioridad para otros (nativos-indígenas).

La *discriminación* puede definirse como el proceso en que un miembro o miembros de un grupo social definido son tratados de manera diferenciada por su pertenencia a este grupo. La discriminación institucional se realiza por políticas y prácticas del Estado o instituciones no estatales. La discriminación estructural se refiere a la totalidad de medios en los que la sociedad realiza la discriminación. La discriminación interpersonal es

---

<sup>21</sup> Constitución de la Republica de Sudáfrica, Ley 108 de 1996. Accesible en: <http://www.southafrica.org.ar/pdf/Constituci%C3%B3n.pdf>

la directamente percibida por las interacciones entre individuos, incluso en sus roles institucionales, como empleador/empleado, por ejemplo. En todos los casos se refuerzan los roles de dominio y subordinación.

Según Nancy Krieger, en los Estados Unidos se manifiestan formas de discriminación: por raza, etnia, sexo, orientación sexual, discapacidad, género y clase social. Otras formas más pronunciadas en el pasado incluían: religión y nacionalidad. En el caso de las mujeres, éstas pueden sufrir discriminación tanto por género como por raza o clase social. Esta múltiple subordinación no puede reducirse a la suma de cada una, presentándose formas simples o combinadas de discriminación en la vida pública o privada. Pueden ocurrir formas de discriminación interpersonal y obvias (pero legales e invisibles), como el salario, el aislamiento en los vecindarios, o en el trato con los empleados. Usualmente la gente no reporta o subreporta actitudes sociales negativas; los grupos dominantes típicamente desmienten la discriminación, la ofrecen como visión paternalista combinada con amistad y caridad frente a los individuos de grupos subordinados.

Siguiendo a Krieger, existen tres formas de medir la discriminación: a) indirecta, por inferencia a nivel individual; b) directa, usando medidas de reportes individuales de discriminación; y c) en relación con la discriminación institucional (nivel poblacional). Reconociendo lo difícil que es medir la discriminación, se recomienda evaluar niveles de salud entre grupos dominantes y subordinados, entre blancos y negros con métodos indirectos, por ejemplo: discriminación de los médicos (no observada), diferencias en el tratamiento (observada) y diferencias en el resultado final (observada). Así la discriminación observada y reportada como tal, es en su mayoría por etnia y raza, género, opción sexual y discapacidad. Siendo las formas indirectas de medir la discriminación los problemas de salud mental por traumas sociales, psicológicos, sexuales, expresados en depresión, estrés, hipertensión y somatizaciones diversas o en la ingesta de sustancias tóxicas, o psicoactivas legales o ilegales como alcohol, cigarro o las drogas.

## **6.5 EXCLUSIÓN SOCIAL, VULNERABILIDAD Y DISCRIMINACIÓN COMO CATEGORÍAS PARA ANALIZAR LA SALUD EN LAS POBLACIONES DESPLAZADAS**

Para poder interpretar los cambios en la salud de la población desplazada y considerando estas variables analíticas y teóricas como la exclusión social, vulnerabilidad y discriminación, era necesario combinar métodos

como las que propone la triangulación metodológica, que toma datos cuantitativos y cualitativos. La salud colectiva promueve el uso de múltiples metodologías y miradas interdisciplinarias para ver el proceso de salud-enfermedad desde sus determinantes sociales. La información cuantitativa la obtuvimos del sistema de información de salud de la Subregión de Salud de Ayacucho, que nos permitió observar -a pesar de las limitaciones en la cobertura y calidad de los sistemas de información sanitarios- los riesgos diferenciados ante enfermedades epidémicas en las poblaciones campesinas rurales -que sufren tasas altas de letalidad por cólera o sarampión-, reflejando una situación de inequidad e injusticia social.

Las dificultades de acceso -por razones geográficas y económicas- a los servicios de salud, no hacían a las poblaciones campesinas sujetas de actividades de vacunación con las cuales prevenir enfermedades frecuentes, representando una manifestación de discriminación desde el Estado; reforzando las desigualdades y la ausencia del derecho a la atención de salud. La salud colectiva centra sus principios en la protección social de la salud, el acceso integral a los servicios de salud y la gratuidad.

Los datos de mortalidad aportan tanto en la identificación de las principales causas de defunción desagregadas por grupos de edad, como en la observación de modificaciones en las tendencias. Las enfermedades respiratorias como la neumonía, las neonatales, la cirrosis, las lesiones, la tuberculosis, homicidios, envenenamiento y la desnutrición aparecen entre las primeras causas globales de mortalidad, diferenciadas según edad y sexo. La tendencia nos muestra que las enfermedades respiratorias y la desnutrición disminuyen con los años, pero no la muerte por tuberculosis que se mantiene o de la cirrosis que se incrementa. Estos resultados revelan que el acceso a los servicios de salud (que reconocen como un evento positivo de residir en la ciudad) repercute positivamente en aquellas causas prevenibles de mortalidad como las infecciones respiratorias, pero que se muestra incapaz de modificar la muertes por tuberculosis relacionadas a condiciones de vulnerabilidad y pobreza. Por otro lado el incremento de muertes por cirrosis refleja la relación del consumo de alcohol para hombres y mujeres, que se incrementa luego de la guerra y que traduce -junto con las intoxicaciones- el impacto en la salud mental.

Así, estos resultados obtenidos por los servicios de salud adquieren sentido cuando a través de las entrevistas cualitativas nos refieren a la falta y necesidad de alimentos, a la ruptura de toda actividad productiva en los

años iniciales del desplazamiento; con mayor desnutrición y mortalidad infantil -neonatal- que no recogen las estadísticas de salud. Situación de vulnerabilidad social y económica que en condiciones de guerra y desplazamiento los fuerza a permanecer reclusos en el espacio periurbano, sumidos en condiciones de mayor pobreza que tenían antes de desplazarse.

El impacto en la salud mental en las poblaciones ocurrió desde el inicio de la guerra cuando aún vivían en sus comunidades. Allí fueron testigos de masacres, humillaciones, muerte y desaparición de sus familiares: situación que los hará sufrir en el curso de la vida en la ciudad, relatando depresión, ansiedad y somatizaciones de dolor corporal. Las redes familiares, sociales y religiosas fueron determinantes para tomar la decisión de partir, así como para la organización de la vida en la ciudad.

Diversas formas de discriminación en los servicios de salud fueron relatadas por los entrevistados, en especial durante los primeros años. Esta observación fue más frecuente en el hospital que en los puestos de salud cercanos a su vivienda. Se reconoce como un efecto positivo del desplazamiento, la percepción de seguridad a su salud, cuando el establecimiento de salud está presente en el barrio o en el asentamiento humano y del cual se convierten en usuarios de los programas y servicios.

En veinte años se han dado cambios positivos en la salud de las poblaciones desplazadas, en especial frente al riesgo de muerte prematura por causas infecciosas o del parto. Pero estos cambios no solo se han dado por una mayor interacción con los servicios de salud, sino también por un mayor ejercicio de sus derechos ciudadanos y de participación social, que son centrales en la propuesta de la salud colectiva. La participación social y las nuevas redes sociales en torno a necesidades comunes de los desplazados, les permitieron poco a poco compartir, aprender y demandar sus derechos; situación que se consolida una vez que acaba la guerra, aunque diferenciada generacionalmente.

Cuando se obtiene un nuevo documento de identidad, que señala la dirección de una vivienda que le pertenece y que está inscrita a su nombre, marca simbólicamente el inicio de su incorporación a la ciudad como ciudadano residente, con derechos y responsabilidades. Influyen para este fin, los programas del gobierno central y de los gobiernos municipales, así como el rol fundamental de ONG locales, cuyos programas tuvieron a las mujeres como protagonistas centrales.



## 7. CONCLUSIONES SOBRE LOS CAMBIOS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA A LA CIUDAD DE AYACUCHO, PERÚ: 1980-2004

### 7.1 LA SALUD EN LA COMUNIDAD DE ORIGEN

Antes de la guerra y del desplazamiento, la vida de las comunidades campesinas se caracterizaba por una ausencia casi total del Estado, por lo cual se encontraban en situación histórica de exclusión social, traducida en la ausencia de servicios y programas de salud, responsables a su vez de la falta de información sanitaria, fundamental para conocer la situación de salud de estas poblaciones, en especial en las comunidades de altura. Considerando los determinantes sociales, económicos y geográficos, las condiciones de vida para estas poblaciones eran de pobreza extrema: anal-fabetos en su mayoría, con viviendas hechas de adobe y piedras, y como únicas fuentes de trabajo la agricultura y cría de animales.

La ausencia del Estado se manifestaba en la falta de carreteras, escuelas para finalizar la educación primaria, servicios de agua y saneamiento, y puestos de salud; condiciones que incrementaban los riesgos para las enfermedades y la atención oportuna de salud. Por estas razones la mortalidad era alta, en especial en los niños menores de cinco años y las mujeres durante el embarazo y la atención del parto. La alta mortalidad infantil en las comunidades obliga a las familias a tener más hijos, pues ellos significan la fuerza productiva en las tareas del campo y los que cuidarán a sus padres cuando sean ancianos. Las causas de las enfermedades y muerte en los niños y en la población en general, son frecuentemente relacionadas a causas mágico-religiosas, como el *alcanzo* o el *susto*; siendo la única alternativa de atención a la salud la que es ofrecida por la medicina tradicional a través de curanderos y parteras, cuya práctica es aceptada y reconocida por la totalidad de la población. En la comunidad se agrupan las familias, establecen las redes sociales y económicas con las comunidades vecinas, y las actividades festivas y religiosas, bajo las normas y costumbres que establece la cultura y la organización tradicional.

## 7.2 LA SALUD DURANTE LA GUERRA Y EL DESPLAZAMIENTO

Puede afirmarse que los principales cambios percibidos en la salud de la población desplazada del campo a la ciudad, como consecuencia de la guerra, dependen de la fase del desplazamiento. Durante los primeros años de vida en la ciudad de Ayacucho -aún en tiempos de guerra- se producen los momentos de mayor vulnerabilidad para la salud.

Las limitaciones en la disponibilidad de información sanitaria no nos permitieron estimar la magnitud de los cambios en la salud y muerte de estas poblaciones desplazadas. La ausencia de datos en salud es consecuencia de la escasa disponibilidad de servicios de salud en las comunidades altoandinas, refleja así mismo, palmariamente, la falta de una política nacional de información sanitaria. Incluso una vez iniciados el sistema de registro de las defunciones y el sistema de vigilancia epidemiológica (1986 y 1993 respectivamente) no se tenían coberturas adecuadas en las comunidades campesinas, desconociéndose la causa de las muertes o la ocurrencia de enfermedades.

Sin embargo, rescatar la poca información disponible de los registros hospitalarios y de los sistemas de información de salud en la Subregión de Salud de Ayacucho, nos permitió mostrar cambios en la tendencia de algunos eventos de salud, como consecuencia de la guerra y del desplazamiento. Por otro lado, constituye una oportunidad para destacar la importancia de los sistemas de información sanitaria: como las estadísticas vitales, la vigilancia epidemiológica o la de los programas de salud; fundamentales para conocer los problemas de salud, el seguimiento de las intervenciones y para hacer el análisis que se vincule luego a las políticas y programas de salud, a favor de estas poblaciones. La sala de situación de salud, es una herramienta que favorece el análisis de situación de salud, para apoyar al proceso de toma de decisiones, de gestión de programas y políticas de salud.<sup>1</sup> La dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, promueve desde hace 10 años el uso de esta herramienta, que permite a equipos multidisciplinarios -tanto a nivel nacional, departamental o municipal- analizar y difundir información en salud.

---

<sup>1</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. *Salas de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil*. Em: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371)

Mejorar los sistemas de información en salud resulta un desafío permanente, y que pocas veces resulta visible en las prioridades políticas de salud. Sin un sistema de información confiable, oportuno, de calidad y de cobertura nacional, poco se puede hacer para conocer la situación de salud de las poblaciones, en especial de las poblaciones en movimiento como los desplazados o los migrantes. En ese sentido es tan importante mejorar los sistemas de información en salud, -usando nuevas tecnologías de información y comunicación-, como continuar en mejorar las capacidades locales para analizar y difundir la información en salud. Actualmente, una actividad central en toda institución pública es la de producir información y compartirla, con la cual se genere conocimiento y opinión en salud, considerando además que la información en salud constituye un bien público global.<sup>2</sup>

Las entrevistas a la población desplazada, coinciden en señalar que durante los primeros años las condiciones de vida y de salud empeoraron inicialmente con relación a las que se tenían en su comunidad de origen.

La guerra desplazó a la población pobre, indígena, quechua-hablante, cuya situación de pobreza y marginación histórica la hizo más vulnerable ante la enfermedad y la muerte durante los primeros años en la ciudad. En esta fase inicial son más pobres aun, ya que pierden la base productiva que tenían en el campo; viven hacinados, sin alimentos, afectados por la desnutrición. Todos estos factores se sumaron para provocar una mayor susceptibilidad a la enfermedad y la muerte, en especial entre ancianos y niños. Tan pronto se instalaron en la ciudad aparecieron los “cementeros clandestinos” aleñaños a las poblaciones desplazadas, lo que no permitió determinar las causas de estas muertes: si se trataban de muertes esperadas o estábamos frente a un exceso de mortalidad, relacionada a la guerra.

La ausencia de inmunidad previa para algunas de las enfermedades infecciosas fue determinante para que ocurrieran brotes de enfermedades como el sarampión, o una mayor susceptibilidad para formas graves de tuberculosis, como la miliar y meningoencefálica, causas frecuentes de muerte en los desplazados.

---

<sup>2</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil. Avanços e Perspectivas*. Em: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371)

El desplazamiento de población de diversas zonas rurales hacia una zona urbana obliga a pensar sobre los riesgos en la salud en dos sentidos. El primero de ellos se refiere a “los agentes o enfermedades” que pudieran transportar las poblaciones campesinas hacia la ciudad -entre sus pertenencias, con sus animales o directamente como portadores-. De esta forma el riesgo de padecer “nuevas enfermedades” estaría en la población residente. Pero también se debe considerar los riesgos a la salud de la población desplazada cuando llegan a un nuevo espacio, en este caso urbano, donde pueden contraer enfermedades frecuentes o endémicas, como la tuberculosis, el sarampión o el cólera, por ejemplo. Y esto fue lo que ocurrió con las poblaciones desplazadas en vista de: a) una mayor susceptibilidad biológica por falta de inmunidad previa por la ausencia de los programas preventivos de salud en su comunidad de origen; b) la falta de alimentos que condiciona desnutrición aguda y crónica; y c) por su vulnerabilidad social y económica, hacinados en viviendas precarias, sin agua y en situación de mayor pobreza.

Considerando los años previos a 1980, no existían de manera sostenida actividades de prevención y promoción de la salud en las zonas rurales del Perú. Por lo tanto, en las poblaciones campesinas de las comunidades de Ayacucho no se realizaban campañas de vacunación, por lo que toda la población era susceptible a enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión, la tos ferina, el tétanos y las formas graves de tuberculosis. El Perú es el país con más prevalencia de tuberculosis en las Américas; esta enfermedad endémica está acentuada entre los pobres urbanos y, entre ellos, especialmente en los desplazados. La hospitalización por formas graves de tuberculosis era frecuente en el servicio de medicina del hospital de referencia de Ayacucho, con una letalidad anual mayor del 20%. Una causa adicional a la guerra que provocó el desplazamiento en las comunidades de altura, fue la epidemia de sarampión de los años 82 y 83, que causó alta mortalidad infantil. Una nueva epidemia de sarampión del año 93 afectó a hombres y mujeres adultos desplazados en Ayacucho.

En 1991 se presentó en Perú una epidemia de cólera, que después de cien años volvía a aparecer en el continente americano, afectando de manera preferente a los pobres y desplazados. El efecto devastador de enfermedades infecciosas en poblaciones susceptibles está documentado históricamente en todos los pueblos del mundo, como la introducción de la viruela

en el continente indoamericano<sup>3</sup>. La vacuna contra la tuberculosis (BCG) protege las formas graves de la enfermedad<sup>4</sup>, protección que no gozaron las mujeres y hombres de las comunidades campesinas que nunca estuvieron en contacto con el bacilo de la tuberculosis, por lo que no habían generado respuesta inmune alguna y que al ser infectados en la ciudad; hacinados y desnutridos, no tuvieron resistencia, manifestándose formas rápidas y graves de la enfermedad. Recurriendo a la historia, recordemos que uno de los tres comuneros de Uchuraccay sentenciados por la justicia peruana por los asesinatos de ocho periodistas en enero de 1983, murió de tuberculosis a los pocos años de ser recluso en una cárcel de Lima<sup>5</sup>.

La comunidad tiene dos formas opuestas en la memoria de los desplazados. Por un lado es la referencia a la paz, la tranquilidad, la “buena alimentación”, el trabajo, la familia y las redes sociales. Pero, esa misma comunidad también tiene las imágenes de la barbarie, la humillación, la muerte, el terror y luego la huida. Estas formas en la memoria de los desplazados con la comunidad, están bien diferenciadas por generaciones, en especial para los que llegaron adultos, quienes cuestionarán o resistirán su incorporación a la ciudad. Ellos vivieron hechos de guerra, de extrema violencia y de desprecio por la vida; testigos de la muerte o desaparición de sus familiares, esposos, hijos e hijas. Los que llegaron desplazados a la ciudad siendo jóvenes, viven con estos recuerdos, pero prevalecen los esfuerzos y luchas de los últimos veinte años que han permitido su incorporación a la ciudad. Finalmente, en los niños y jóvenes de hoy, la comunidad es “simbólicamente rechazada” por los relatos de la guerra y por la referencia hacia un pasado familiar, pobre, rural y campesino, que prefieren ignorar.

Desde que comenzó la guerra, aún viviendo en sus comunidades de origen, las personas experimentaron miedo y terror; y los hechos de guerra los llevarán a un permanente sufrimiento que incidirá -de manera diferenciada por edad y sexo- en la salud, la enfermedad y la muerte. Así, la salud mental -ya afectada en la comunidad por la guerra-, continúa en la ciudad con manifestaciones de angustia, miedo, tristeza, desesperación, llanto y diversas

---

<sup>3</sup> López-Moreno, S; Moreno Altamirano, A. *Movimientos poblacionales y salud. Modelo de clasificación*. Nueva época/salud problema/ Año 10 num. 18 y 19/ enero-diciembre 2005. UAM, México. [http://bidi.xoc.uam.mx/tabla\\_contenido\\_fasciculo.php?id\\_fasciculo=141](http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_fasciculo.php?id_fasciculo=141)

<sup>4</sup> Ministerio de Salud del Perú. *Tuberculosis en el Perú*. Informe del año 2000.

<sup>5</sup> Del Pino, Ponciano. *Ucharaccay: Memoria y representación de la violencia política en los Andes*. Seminario Internacional, “Memoria y violencia política en los Andes del Perú”. <http://www.cholonautas.edu.pe/memoria/ponciano.pdf>

somatizaciones de dolor (que incluso pueden permanecer durante toda la vida). La guerra y el desplazamiento significaron la quiebra de su base de producción -por lo que se agravó su precaria situación económica-; la pérdida de las redes familiares y sociales de su comunidad; los daños psicológicos por el trauma de la experiencia vivida; el recuerdo constante de la guerra, el terror, la muerte y desaparición de familiares y el duelo no resuelto a sus muertos. Durante los años de la guerra y siendo desplazados en la ciudad, no sienten confianza entre unos y otros, se vive en silencio y con miedo.

El “*miedo a la muerte*” es un recurso usado en los conflictos armados para hacer llegar la amenaza al grupo. Así la muerte es exhibida en público, mostrada en los caminos, cuyo recuerdo les generará terror permanente. El miedo de la muerte se acompaña del “*miedo al otro*”, pues en conflictos internos y complejos como el de Colombia -y en Perú también- el límite entre amigos y enemigos se vuelve tenue e imperceptible.<sup>6</sup>

En situaciones de desastres naturales la salud mental se afecta, pero usualmente estas poblaciones son sujetas de intervenciones desde el Estado para dar atención básica en salud, albergues temporales, alimentos y agua -entre otras respuestas-, que les generan cierta sensación de protección a sus vidas. Pero cuando se trata de conflictos armados, las poblaciones afectadas pueden pasar años sin que puedan organizarse o recibir respuesta del Estado, afectándose su salud mental. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en situaciones de conflictos armados, las poblaciones afectadas no podrán tener capacidad emocional para afrontar la crisis, produciéndose un desequilibrio e inadaptación psicológica. Como consecuencia se producen diversos trastornos psíquicos en toda la población, que requieren de profesionales entrenados para identificar estos problemas y para establecer servicios integrales de atención mental individual, familiar y social, de base comunitaria. Se señala incluso, que los efectos de la salud mental pueden manifestarse en generaciones futuras.<sup>7</sup>

La OPS ha documentado experiencias en la región sobre diversas emergencias y conflictos que produjeron desplazamiento de poblaciones, donde se recogen y analizan diversas manifestaciones que traducen los efectos

---

<sup>6</sup> Jaramillo, A; Villa, M; Sánchez, L. *Miedo y Desplazamiento: Experiencia y percepciones*. Corporación Región 2004. Medellín, Colombia.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre desastres, N 1. Agosto 2002. <http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMental01.pdf>

en la salud mental de los individuos, especialmente cuando el tiempo del conflicto es prolongado; cuando hay sufrimiento intenso; cuando hay conductas o ideas suicidas; y cuando es evidente que se ha afectado el funcionamiento familiar, social y cotidiano de la persona. En estas circunstancias aparecen diversas manifestaciones como: ansiedad, tristeza, culpabilidad, fatiga, alteraciones del sueño, problemas de concentración y memoria, recuerdos permanentes, desorientación en tiempo y lugar, uso excesivo de sustancias adictivas como el alcohol, crisis de miedo y pánico, dolores de pecho o de cabeza, palpitaciones, dificultad para respirar, aumento de la presión sanguínea, irritabilidad y problemas laborales y familiares, entre otros. La presencia de algunos de estos síntomas puede configurar cuadros de ansiedad, depresión, estrés agudo y estrés post traumático -aunque este último diagnóstico esté cuestionado-. La respuesta desde los servicios de salud requiere personal capacitado actuando en equipo y que incluya a psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos generales, trabajadores y trabajadoras sociales.<sup>8</sup>

Una consecuencia de los problemas de salud mental es el consumo de alcohol que se incrementó entre los desplazados, especialmente entre los hombres adultos y ancianos. Este consumo trae como consecuencia mayor violencia familiar y cuando se vuelve crónico provoca efectos en la salud como cirrosis hepática, causa de hospitalización y muerte. Los registros de hospitalización del hospital de referencia de Huamanga muestran estos cambios, así como el incremento consistente de hospitalizaciones por crisis de ansiedad, depresión crónica, intoxicaciones con diversas sustancias, en especial órgano-fosforados, muchas de ellas con intenciones de suicidio.

La pertenencia a agrupaciones religiosas, en especial a las iglesias evangélicas -que se reforzaron y ampliaron con la guerra-, permitió a las poblaciones desplazadas el alivio de su sufrimiento. Esta pertenencia se reforzará con el tiempo, cuando acaba la guerra, consolidándose sin que se produzcan situaciones de conflicto con sus vecinos católicos. La pertenencia a las iglesias evangélicas -localizadas en la misma comunidad o barrio-, la participación en actividades religiosas y la solidaridad entre pares, tuvieron un efecto positivo en la salud mental. Aunque este enfoque no se ha profundizado en este trabajo, creemos que las prácticas religiosas de alguna manera han protegido la salud de sus miembros. Consideremos

---

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre desastres, N 1. Agosto 2002. <http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMental01.pdf>

también que los establecimientos de salud no contaban con profesionales capaces de identificar problemas de salud mental. Solo al final de los años 90, el hospital de referencia contó con un médico psiquiatra itinerante.

Durante los primeros años de residencia en la ciudad, y aún en guerra, se inicia la etapa de adaptación, comenzando progresivamente la interacción con los servicios de salud, que dependerá de la oferta de servicios, del acceso físico-geográfico, acceso cultural y económico. El acceso físico a los servicios de salud, se resuelve en la medida que en la ciudad existen puestos y centros de salud, y en última instancia, el hospital de referencia regional -incluso una oferta variada de servicios privados de salud-. Pero la búsqueda de atención de salud entonces se vio limitada por la baja auto-percepción de la necesidad de demandar atención médica; por el desconocimiento de las ofertas de los programas de salud, y por la falta de dinero. Se viven entonces momentos de “exclusión urbana”: por su condición de desplazado, su origen campesino, su idioma, incluso por la falta de documentos de identidad; todos ellos, factores que limitan el ejercicio de sus derechos ciudadanos, con la consecuente marginalidad y discriminación, que puede incidir en mayores riesgos para enfermar y morir<sup>9</sup>.

La experiencia de la atención en los servicios de salud puede pasar por momentos de tensión, en la interacción con los trabajadores de salud donde se experimentan formas sutiles de discriminación por su procedencia, por su condición de campesinos pobres, por su vestimenta, por las limitaciones de comprensión del castellano. La alta rotación del personal profesional de salud influye en los encuentros y desencuentros con los servicios de salud. Esta última ocurre por formas explícitas de discriminación, que se traducen en las largas horas de espera, risas, burlas, violaciones a la intimidad y maltrato verbal, situación por la que no se vuelve a demandar (temporalmente) la atención de salud. Pero lo usual fue que se establezcan relaciones afectivas y de reconocimiento con el personal de salud, especialmente los que se encuentran en los puestos de salud cercanos a la vivienda, al barrio. Esto se hace más visible en la medida de su adaptación a la ciudad, y cuando el fin de la guerra permitió el incremento de la oferta de servicios de salud, con la construcción de nuevos puestos y centros de salud. Son años de una mayor respuesta del Estado en general, lejos de los años de crisis económica e inestabilidad previos a 1992.

---

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie N°1 Extensión de la protección social en salud, 2003. [http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Extension\\_Publicaciones.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Extension_Publicaciones.htm)

### 7.3 LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS DESPLAZADOS AL FINAL DE LA GUERRA

Un factor determinante para el inicio de una mayor demanda de atención de salud es el fin de la guerra, y sucede cuando los trabajadores de salud inician sus actividades preventivas y promocionales -que incluyen vacunaciones, charlas y visitas domiciliarias de atención prenatal, por ejemplo-, entonces mejora la percepción que se tiene de los servicios de salud. Favorece este encuentro con los profesionales de la salud el hecho que la mayoría de ellos son formados en la universidad de la ciudad; son también personas afectadas por la guerra y que comprenden o hablan el quechua. No obstante, los médicos que se forman fuera de la ciudad pueden ser más ajenos al contexto cultural de la región.

Así, los problemas de salud que antes causaban alta mortalidad comienzan a ser resueltos en la ciudad, disminuyendo la mortalidad materna e infantil. La protección de las enfermedades inmunoprevenibles alcanza a todos los niños y niñas; las mujeres gestantes cumplen sus controles de embarazo y la atención del parto es realizada por los profesionales de salud en el hospital regional. Los programas preventivos del Ministerio de Salud comienzan a ser demandados y aceptados por los desplazados; las emergencias de salud son atendidas las 24 horas del día, con lo cual se percibe cierta protección a la salud y a la vida, que no se tenía en el campo. Este cambio resulta importante y se convierte en un nuevo motivo para no retornar a la comunidad de origen.

La atención de salud alópata mejora en la ciudad pero no se abandonan las prácticas de la medicina tradicional, que se usa alternativamente o en forma conjunta. Se acepta más el uso de las medicinas, que se pueden obtener gratuitamente en los servicios de salud -cuando se trata de medicamentos incluidos en los programas de salud-, o se pueden comprar en las tiendas, boticas o farmacias.

Con el fin de la guerra, se produce un momento de incorporación definitiva a la ciudad, en la que los desplazados sienten la ciudad como suya. Así, se han incorporado a actividades productivas como obreros y comerciantes; en el área de servicios, como conductores o ayudantes de cualquier oficio. Quienes perdieron sus documentos de identidad o los registros de nacimiento en sus comunidades, pueden obtenerlos ahora y salir de ese anonimato que les limitaba el ejercicio de sus derechos, o que los colocaba como sospechosos ante las fuerzas públicas.

La presencia del Estado se hace cada vez más fuerte -por ejemplo en la ejecución de programas nacionales-, así como de los gobiernos locales y de los organismos no gubernamentales, lo que favorece la participación y agrupación de hombres y mujeres en actividades de capacitación o para el ejercicio de sus demandas sociales<sup>10</sup>. Los clubes de madre, los del vaso de leche, los wawawasi (casas para los niños), la participación en charlas educativas y la pertenencia a las asociaciones de viviendas, establecen la conformación de una nueva red social. Los programas estatales de vivienda y Techo Propio, que se inician a finales de los años 90, producen la lotización de los terrenos para el otorgamiento de títulos de propiedad a quienes los habitan, condición fundamental para acceder a préstamos que posibiliten la reconstrucción de sus viviendas con material noble. Más adelante, cerca del año 2000, las viviendas empezarán a contar con servicios eléctricos, agua potable, desagüe y telefonía. La televisión y la Internet los comunica ahora con Lima, el Perú y el mundo entero.

Los niños -casi la totalidad de ellos nacieron en la ciudad-, van a la escuela, y a diferencia de sus padres, tienen la opción de terminar sus estudios básicos con lo que se les abre la posibilidad de alcanzar una formación superior. La perspectiva de desarrollo para los hijos produce en los padres la esperanza de un futuro diferente y quizás sea la única respuesta a todos los esfuerzos y sufrimientos experimentados durante el desplazamiento. Los padres y abuelos sienten la satisfacción de ver a sus hijos y nietos culminando sus estudios de secundaria e ingresando a la universidad, con la perspectiva de un futuro diferente.

De esta manera la condición de los desplazados ha cambiado, si tenemos en cuenta que sus hijos van al colegio, a un instituto de educación superior o a la universidad; que han actualizado sus documentos de identidad y su nuevo domicilio señala una dirección en la ciudad de Ayacucho, cuya vivienda está inscrita a su nombre -momento simbólico que marca su incorporación a la ciudad como residentes, y ejerciendo sus derechos ciudadanos-: es el momento en que dejan de ser desplazados.

Con el fin de la guerra mejoran las condiciones de seguridad, se incrementa masivamente el transporte terrestre, mejoran las carreteras, y se inicia una movilización de personas en todas las direcciones para retornar a las comunidades -aunque esto será una opción temporal-. Han pasado varios

---

<sup>10</sup> Diez, Alejandro. *Los Desplazados en el Perú*. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), y Programa de apoyo al repoblamiento y desarrollo en zonas de emergencia (PAR) Lima, 2003.

años desde la llegada como desplazados a la ciudad de Ayacucho. El paso del tiempo ha permitido la articulación de una nueva red social, familiar y religiosa entre pares venidos de muchas comunidades, con los cuales se comparten los mismos intereses. Están organizados, son bilingües, participan en las juntas vecinales o las juntas de padres de familia en los colegios.

Los vínculos con la comunidad de origen se modifican, entre otras razones por un cambio generacional y de nuevas expectativas de vida, por lo que sólo se la visita ocasionalmente o durante los ciclos agrícolas y fiestas patronales. El retorno temporal servirá para recuperar la presencia en la comunidad (respecto de sus tierras), y recomponer una red social que ocasionará nuevas formas de ver la vida, nuevos patrones de conducta que incidirán en nuevos riesgos para la salud, que llegan a las comunidades desde los espacios urbanos.

El proceso de adaptación o de incorporación puede no darse para la generación que llegó siendo adulta. Sin embargo los adultos de hoy ya no se perciben como desplazados, sino como *huamanguinos*, como *ayacuchanos*, como los demás. Esta nueva forma de percibirse mejora su salud, porque se construye el acceso a los servicios de salud desde el ejercicio de sus derechos ciudadanos. Además, se ha modificado en el curso de los años la percepción de la salud y enfermedad, y en consecuencia se han modificado las demandas de atención individual y familiar.

Es importante señalar que una vez concluida la guerra, el proceso de desplazamiento, o más apropiadamente, de migración interna, ha continuado. Este fenómeno puede advertirse alrededor de las comunidades de desplazados, donde los recién llegados invaden terrenos con el objetivo de buscar una vida diferente, con alternativas y oportunidades que siguen siendo adversas en el campo. Son los nuevos migrantes -o los migrantes de siempre-, para quienes se inicia un proceso que ya lograron otros en los “tiempos del peligro”.

Las pandillas juveniles en la ciudad de Ayacucho son -desde finales de los años 90- motivo de preocupación por su responsabilidad en hechos de violencia, daños y muerte. Son nuevas formas de temor y miedo para toda la población y en especial para aquellas que fueron desplazadas. La aparición de las pandillas juveniles convierte a los barrios en lugares inseguros de noche. Este fenómeno global tiene características especiales en la ciudad, ya que los jóvenes que conforman las pandillas han experimentado en diversos grados los efectos de la guerra; cuya frustración, impotencia y

sufrimiento -y con el consumo de alcohol y drogas- se expresan en formas variadas de violencia extrema, volviendo a sentir los pobladores miedo e inseguridad. Expresión de la violencia juvenil son las lesiones u homicidios que observamos entre las causas de defunción en tiempos de paz.

Muchos de los desplazados, ahora residentes en la ciudad, han observado cambios importantes en sus condiciones de vida, y ahora cuentan con viviendas de material noble, luz, agua, desagüe, educación para sus hijos y perspectivas diferentes de futuro. Sin embargo, a pesar de estos cambios, la percepción de pobreza no se ha modificado significativamente, ante la precariedad del salario, la falta de empleo y los nuevos gastos que hay que afrontar en la ciudad.

Una consecuencia de la guerra en los andes ayacuchanos y que podemos considerar como positiva, es que ha reducido la exclusión social y vulnerabilidad en la que vivían los campesinos de las comunidades alto andinas. Como consecuencia del desplazamiento se vinculó la comunidad, con la ciudad de Ayacucho y con Lima capital del Perú, a través de redes familiares, sociales y económicas. Como respuesta del Estado, de los gobiernos regionales y locales, se mejoraron e hicieron nuevas carreteras, se ampliaron los servicios de energía eléctrica y telefonía, integrando a las poblaciones a la dinámica de la vida nacional y global. Sin duda estos cambios inciden en los determinantes sociales y económicos que repercuten positivamente en la salud de las poblaciones.

#### 7.4 INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA SITUACION DE SALUD DE AYACUCHO

Con información oficial del Ministerio de Salud y en particular de la Subregión de Salud de Ayacucho, observamos que los datos e indicadores de salud más significativos muestran tendencias favorables, que nos permiten concluir que la salud en general -como expresión de promedios- ha mejorado en el departamento de Ayacucho. Por ejemplo en 1995, la tasa de mortalidad general se estimaba en 12,6 por cada mil habitantes, pasando el año 2000 a 11,1 y en el 2005 a 9,7. En 1986 la esperanza de vida en el departamento era calculada en 51 años, en 1995 en 57 años, en el 2000 en 61,3 años y para el 2005 se estimó en 63,8<sup>11</sup>. Es decir que en cerca de 20 años se ha ganado 13 años de expectativa de vida para la población del departamento.

---

<sup>11</sup> Dirección Regional de Salud, Ayacucho. Dirección Técnica de Estadística e Informática, 2005.

Considerando el departamento de Ayacucho, la tasa de mortalidad infantil en 1986 se estimaba en 128 por cada mil nacidos vivos (nv); en 1991 disminuyó a 115 por mil nv; siendo de 84,8 por mil nv en 1994. Para el quinquenio 1995-2000 se estimaba en 69 por mil nv, y en 41 por mil nv para el período 2000-2005. Datos que nos permite concluir que Ayacucho alcanzará los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), al reducir en más de dos terceras partes la mortalidad infantil, incluso antes de llegar al 2015.

La mortalidad materna en el departamento de Ayacucho, pasó de 35 por cada 10 mil nv en 1986, a 30 por 10 mil nv en 1991, reduciéndose a 27 por 10 mil nv en 1994. Para el año 2000 se estimó en 21 defunciones maternas por cada 10 mil nacidos vivos, siendo en el año 2002 de 15 por cada 10 mil nv. Este otro indicador de los ODM presenta también una tendencia sostenida de disminución, reflejo de un mayor acceso a redes de servicios de salud; aunque sigue siendo alto comparada con otras departamentos de la costa peruana.

Se estimó en 1993, para el departamento de Ayacucho, una tasa global de fecundidad de 5,2 hijos por mujer, siendo en el 2000 de 4,2. El programa de planificación familiar ha incrementado el porcentaje de parejas protegidas; así en 1993 protegió a 57% (1 770) de las parejas programadas y en 1995 se elevó a 75% (16 649), participando en este programa el 70% de los establecimientos de salud. Según la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, la evolución a nivel departamental del número de usuarias de métodos anticonceptivos fue de 2 259 en el año 1990 a 114 555 el año 2000<sup>12</sup>.

Otro dato que muestra el incremento de la oferta de servicios de salud es el de vacunaciones. En el año 1995 la cobertura para los menores de 5 años de edad para el sarampión fue de 63%, de la DPT de 83% y la antipolio de 67%. Para el año 1998 estas coberturas pasaban del 90%. En el 2002 la cobertura antisarampión era de 97%.

Entre los años 1996 y 2002, el número de médicos en el departamento de Ayacucho pasó de 222 a 288; el de enfermeras de 293 a 507 y el de obstetras de 200 a 547. Así el número de médicos por 10 mil habitantes fue en 1996 de 4,3 y en 2002 de 5,2. El de enfermeras de 5,7 pasó a 9,2 y de obstetras de 3,9 a 9,9. Considerando este mismo período de tiempo, el número de hospitales a nivel departamental se mantuvo en 12, mientras que los

---

<sup>12</sup> Dirección Regional de Salud, Ayacucho. Dirección Técnica de Estadística e Informática. *Usuaris de métodos de anticonceptivos 1990-2002*.

centros de salud pasaron de 47 a 54 y los puestos de salud (unidades básicas de atención de salud) se incrementaron de 175 a 197.

Con relación a los casos notificados de tuberculosis, hay una disminución significativa en el departamento de Ayacucho entre 1994 y 2003, pasando de 628 casos anuales a 333.

Todos estos datos nos muestran de manera general, que la salud medida a través de estos indicadores ha mejorado; sea por un mayor acceso a los servicios de salud o por una mejora en las condiciones de vida de la población. Reconociendo el compromiso y esfuerzo de cientos de trabajadores de salud, que desde los puestos de salud de los distritos alejados llevan a cada comunidad campesina la oferta de los servicios y programas de salud. Todo ese esfuerzo se refleja en indicadores de salud pública que muestran tendencias positivas en el departamento de Ayacucho en los últimos veinte años.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. ABRASCO. *Estatuto da associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva*. Em <http://www.abrasco.org.br/sobre/arquivos/20061011143804.pdf>
2. Ahoua, L; Tamrat, A. y col. *High mortality in an internally displaced population in Ituri, Democratic Republic of Congo, 2005: Results of a rapid assessment under difficult conditions*. *Global Public Health*, October 2006; 1(3): 195-204.
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). *Preguntas y respuestas sobre los desplazados internos*. [http://www.acnur.org/paginas/index.php?id\\_pag=273#quines](http://www.acnur.org/paginas/index.php?id_pag=273#quines)
4. Amartya Sen, "How to Judge Globalism". En: *The American Prospect*, Invierno 2002, pp A2-A6. Traducción del inglés: Ilán Sem. <http://www.fractal.com.mx/F22sen.html>
5. Arias, María. "La triangulación metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones". En: *Paradigmas y Diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Universidad de Guadalajara, México 2002.
6. Ayres y col. *Risco, Vulnerabilidade e Praticas de Prevenção e Promoção de Saúde. Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Fiocruz, 2008.
7. Banco Interamericano de Desarrollo. *Dinero a casa. Cómo apalancar el impacto de desarrollo de las remesas*, 2006. [http://www.iadb.org/news/docs/remittances\\_SP.pdf](http://www.iadb.org/news/docs/remittances_SP.pdf)
8. Banco Mundial. *Cerca de casa: El impacto de las remesas en el desarrollo de América Latina*. 2005 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/EXTLACOFFICEOFCEINSPA/0,,contentMDK:21104986-pagePK:64168445-piPK:64168309-theSitePK:871070,00.html>
9. Becker, Roberto. *Análisis de mortalidad. Lineamientos básicos*. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
10. Breilh, Jaime. *Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Universidad Nacional de Lanus, Argentina. Lugar editorial, 2003.
11. Bronfman, M. Leyva, R. Negroni, M. *Movilidad Poblacional y VIH-SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública, 2004. <http://www.insp.mx/produccion-cientifica/647-movilidad-poblacional-y-vih sida.html>
12. Castles, Stephen; Miller, Mark. *La era de la Migración*. MacMillan Publisher 2003. Traducción Universidad Autónoma de Zacatecas. México 2004.

13. Comisión de la Verdad y Reconciliación. *Discurso de entrega del Informe Final*. Lima, 2003 <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/discurso01.php>
14. Consejo Nacional de Población, CONAPO-México. *Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración de 1995 a 2005: Proyecciones de Población 2000-2050*. México, 2002.
15. Consultaría para los Derechos Humanos y el desplazamiento. *Un país que huye. Desplazamiento y violencia*. 2da edición. Bogotá Publicaciones CODHES; 2003.
16. Constitución de la República de Sudáfrica, Ley 108 de 1996. Accesible en: <http://www.southafrica.org.ar/pdf/Constituci%C3%B3n.pdf>
17. Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. *Informe de la situación de los derechos humanos en el Perú 1997*. <http://www.derechos.org/cnddhh>
18. Coronel, José. *Informe final: Situación de las poblaciones desplazadas en el departamento de Ayacucho*. Documento de trabajo. Organización Panamericana de la Salud, Perú. 1997.
19. Culqui, Dante y col. *Delimitación del cuadro clínico del alcanzo y su prevalencia en pobladores de los distritos de Santiago de Pischa, San José de Tierras, Socos, Morochucos y Vinchos del departamento de Ayacucho*. Julio 2003. Publicación inédita.
20. Díaz Martínez. *Ayacucho, hambre y esperanza*. Ediciones Waman Puma, Perú 1969.
21. Degregori, Coronel, Del Pino y Starn. *Las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso*. Instituto de Estudios Peruanos (IEP) Lima Perú 1996
22. Del Pino, Ponciano. "Uchuraccay: Memoria y representación de la violencia política en los Andes". Seminario Internacional: *Memoria y violencia política en los Andes del Perú*. <http://www.cholonautas.edu.pe/memoria/ponciano.pdf>
23. Díez, Alejandro. *Los Desplazados en el Perú*. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), y Programa de apoyo al repoblamiento y desarrollo en zonas de emergencia (PAR) Lima, 2003.
24. Dirección Regional de Salud, Ayacucho. Dirección Técnica de Estadística e Informática. *Usuaris de métodos anticonceptivos 1990-2002*.
25. Dughi M., Pilar y otros. *Salud Mental, Infancia y Familia*. UNICEF/IEP. Lima, Perú 1995.
26. Escalante, Y. *La exclusión indígena de la membresía urbana*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS/ México, DF, 2004.
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Estado de la población mundial 2006: Hacia la esperanza, las mujeres y la migración internacional*. [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/652\\_filename\\_sowp06-sp.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/652_filename_sowp06-sp.pdf)
28. Franco, Saúl y col. *The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia*. Ciencia y Salud Colectiva, 11(2):349-361, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30423.pdf>
29. Granda, Edmundo. *¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy?* VII Congreso Brasileño de salud Colectiva. Agosto 2003. <http://www.mdm-scd.org/media/02/01/1344093296.pdf>
30. Instituto de Defensa Legal, ICVA. *Consulta sobre desplazamiento y refugio en la región Andina, Lima-Perú, 1995*.

31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI-Perú). *Resultados del censo poblacional 1981 y 1993*.
32. Internal Displacement Monitoring Centre. *Global overview of trends and developments in 2005*. [www.internal-displacement.org](http://www.internal-displacement.org)
33. Iriat, Celia y col. *Medicina Social Latinoamericana: Aportes y desafíos*. Rev. Panam. Salud Pública 12(2), 2002 <http://journal.paho.org/uploads/1161458268.pdf>
34. Jaramillo, A.; Villa, M.; Sánchez, L. *Miedo y Desplazamiento: Experiencia y percepciones*. Corporación Región 2004. Medellín, Colombia.
35. Krieger, Nancy. *Discrimination and Health. Social Epidemiology*. Berkamn, L y Kawachi, I. Oxford University Press 2000
36. Laurel, Asa C. *Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud-Enfermedad. Lo Biológico y lo Social, su articulación en la formación del personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud, 1994. Serie desarrollo de recursos humanos, 101.
37. López-Moreno S.; Moreno Altamirano, A. *Movimientos poblacionales y salud. Modelo de clasificación*. Nueva época/salud problema/ Año 10 num. 18 y 19/ enero-diciembre 2005. UAM, México. [http://bidi.xoc.uam.mx/tabla\\_contenido\\_fasciculo.php?id\\_fasciculo=141](http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_fasciculo.php?id_fasciculo=141)
38. Mariátegui, J.C. *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Empresa Editora Amauta S.A., Lima-Perú, 1996, <http://www.yachay.com.pe/especiales/7ensayos/>
39. McDonnell, Sharon *et ál. The role of the applied epidemiologist in armed conflict*. Emerging Themes in Epidemiology. BioMed Central. <http://www.ete-online.com/content/1/1/4>
40. Médicos Sin Fronteras. *Vivir con miedo. El ciclo de la violencia en Colombia*. Abril, 2006. [http://www.msf.org/source/countries/americas/colombia/2006/report/Vivir\\_Con\\_Miedo.pdf](http://www.msf.org/source/countries/americas/colombia/2006/report/Vivir_Con_Miedo.pdf)
41. Migrant Right International. Boletín Electrónico. Accesible en: [http://www.migrantwatch.org/Spanish/BoletinElectronico/MRI\\_EB2008\\_02.html#milesfamilias](http://www.migrantwatch.org/Spanish/BoletinElectronico/MRI_EB2008_02.html#milesfamilias)
42. Minayo, María Cecilia *et ál. Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
43. Minayo, María Cecilia. *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
44. Ministerio de Salud del Perú. *Programa de complementación alimentaria para grupos en mayor riesgo PACFO. 1996*
45. Ministerio de Salud del Perú. *Tuberculosis en el Perú. Informe del año 2000*.
46. Mogollón, Amparo S. y otros. "Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá". Rev. Esp. Salud Pública. 2003, Vol 77 Nro. 2 Pag. 258. <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v77n2/original7.pdf>
47. Moya J.; Motta R.; Villasante, F. *Sistematización de la información sobre conocimientos y prácticas de riesgo relativas a las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA en población desplazada del departamento de Ayacucho*. OPS - MINSA, Perú 1999.

48. Moya, José; Avalos, Miriam; Castillon, Jorge; Jayo, Breche; Verde, Pompeyo; Paucarima, Primitivo. *Brote de tos ferina en Taca-Canaria. Informe de trabajo*. Dirección de Epidemiología, Subregión de Salud Ayacucho. Diciembre 1994.
49. Moya, José; Pérez, Manuel. *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la tuberculosis en las poblaciones desplazadas en la ciudad de Ayacucho*. Boletín Epidemiológico, Subregión de Salud Ayacucho. CONCYTEC 1996.
50. Moya, José. *Evaluación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Subregión de Salud de Ayacucho. Informe de trabajo*. Subregión de Salud Ayacucho, 1995.
51. Moya, José; Finkelman, Jacobo. *La migración México-Estados Unidos en el contexto de la salud global*. Salud pública de México / vol. 49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública. 2007 <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10649003.pdf>
52. Moya, José. *Informe final sobre la situación de salud de poblaciones desplazadas retornantes en la provincia de Huanta, Ayacucho*. Proyecto ARADO. OXFAM 1996.
53. Moya, José. *Misión Manica-Mozambique.1991-1992*. Médicos Sin Frontera-Francia.
54. Moya, José. *Unidades Locales de Análisis Epidemiológico (ULAES)*. Boletín Epidemiológico N°11 Subregión de Salud de Ayacucho. Ministerio de Salud del Perú. 1997.
55. Nunes, Everardo Duarte. *Saúde coletiva: Uma historia recente de um passado remoto. Tratado de saúde coletiva*. Gastão Wagner et ál. Editora Fiocruz 2006. Páginas del 295-315.
56. Organización de las Naciones Unidas. *Derechos humanos, éxodos en masa y personas desplazadas. Informe del Representante del Secretario General, Sr. Francis M. Deng*. E/CN.4/1996/52 Comisión de Derechos Humanos. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0022.pdf>
57. Organización de las Naciones Unidas. *Principios rectores de los desplazamientos internos*. Documento E/CN.4/1998/53/Add.2. Febrero de 1998, del 54o período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos.
58. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Tipologías de la migración*. 2005 <http://www.iom.int/>
59. Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. OMS 2008. Accesible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
60. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud del mundo 2006: Colaboremos por la salud*. [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf)
61. Organización Mundial de la Salud. *Nuevo Reglamento Sanitario Internacional. OPS/OMS 2005*. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/ee-ihrs.htm>
62. Organização Pan-Americana da Saúde. *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil. Avanços e Perspectivas*. Em: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371)
63. Organização Pan-Americana da Saúde. *Salas de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil*. Em: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371)

64. Organización Panamericana de la Salud. *Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud*. Serie: Mitigación de desastres, 2004. Accesible en: <http://www.paho.org/Spanish/dd/PED/FundamentosNew.pdf>
65. Organización Panamericana de la Salud. *Los desastres naturales y la protección de la salud*. 2000. Accesible en: <http://www.paho.org/Spanish/dd/PED/pc575.htm>
66. Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie: Manuales y Guías sobre desastres, N 1. Agosto 2002. <http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMental01.pdf>
67. Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Publicación científica No 540.
68. Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie Nº1 Extensión de la protección social en salud, 2003. [http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Extension\\_Publicaciones.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Extension_Publicaciones.htm)
69. Organización Panamericana de la Salud. *La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud*. CD48/15 (Esp.) 2008. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-15-s.pdf>
70. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006*. [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866&lang=es)
71. Organización Panamericana de la Salud. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública*. 1993. Serie: Desarrollo de Recursos Humanos, 98.
72. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. Series de Salud y Desplazamiento. Módulo 1. Medellín: OPS 2003. <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/seriesaldes/>
73. Organización Panamericana de la Salud. *Usos y Perspectivas de la Epidemiología*, 1983. Publicación No. PNSP 84-47.
74. Oxfam Internacional. *La violencia sexual en Colombia. Un arma de Guerra*. Setiembre 2009. <http://www.colombiassh.org/site/IMG/pdf/InformeViolenciaSexualOXFAM.pdf>
75. Oxfam. *Mapeo de las organizaciones de afectados por la violencia política en el Perú, abril 2004*.
76. Peralta, Pelayo. *Ayacucho: El nuevo sendero*. Lima 2004. Ediciones Vilper.
77. Pedersen, Duncan. *Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e ação para a América Latina e região do Caribe*. Ciência e saúde coletiva, 11(sup):1189-1198,2007 <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a09v11s0.pdf>
78. Puertas, G; Ríos, C; Del Valle, H. *Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia*. Rev Panam Salud Publica 2005, 2006. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n5/05.pdf>
79. *Saúde Coletiva como Compromisso. A trajetória de ABRASCO*. Editora Fiocruz 2006.
80. Silva, Jairnilson. *La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Organización panamericana de la salud. Pub. Cient. 540. 1992.

81. Silva, Jairnilson y Almeida, Naomar. *A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Casa da Qualidade Editora, Salvador Bahia 2000.
82. Suárez Ognio, Luis. *Investigación brote cólera Perú*. Premio John Snow CDC Atlanta 1997.
83. Theidon, Kimberly. *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. Lima: IEP, 2004. (Estudios de la Sociedad Rural, 24).
84. Theidon Kimberly. *Domesticando la violencia: el alcohol y las secuelas de la guerra*. Idéele Nº 120. Lima Julio de 1999. <http://www.idl.org.pe/idlrev/revistas/120/pag56.htm>
85. Torres, C., Mújica, O. *Salud, Equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Rev Panam Salud Pública 15 (6),2004. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n6/22178.pdf>
86. United Nations Human Settlements Program (UN HABITAT). "Cities, Slums and the Millennium Development Goals". En: *State of the World's Cities Report 2006/2007*. Kenya. <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2101>



**Desplazamiento y Cambios en Salud  
Ayacucho, Perú: 1980-2004**

Se terminó de imprimir en setiembre de 2010  
en los talleres gráficos de SINCO editores  
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974  
• [sincoeditores@yahoo.com](mailto:sincoeditores@yahoo.com)



PERÚ

Ministerio  
de Salud



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud