



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Moya Medina, José; López-Moreno, Sergio

Cambios en la percepción de salud en población desplazada por la guerra, Ayacucho, Perú: 1980-2004

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 3, marzo, 2011, pp. 1699-1708

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018467007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cambios en la percepción de salud en población desplazada por la guerra, Ayacucho, Perú: 1980-2004

Changes in perceived health
in war-displaced population, Ayacucho, Peru: 1980-2004

José Moya Medina¹
Sergio López-Moreno²

Abstract The current study aims to show the individual and familiar changes in health patterns suffered by indigenous communities which were displaced from their Andean communities to Ayacucho city, Peru, for war-related political reasons, during the period of 1980 and 2004. Information about health self-perception was collected from displaced farmers living in Ayacucho city, and analyzed by using ethnographic research tools in: origin communities; during the displaced process to town, and during the integration process once the war was over in 1993. It was found out that these poor Andean communities had traditionally lived under severe social exclusion conditions, and were characterized by low access to health services and high childhood and maternal mortality rates. Vulnerability to disease, malnutrition and death reached a higher impact during the early years after the displacement, followed by a reconstructive process in order to set up a new social network. It gets consolidated once the war is over. At that time, life conditions start becoming more favorable, identification documents were regularized, and an improvement in access to health programs and services is detected. These changes also reflected the improvement on health self-perception. Nevertheless, mental health will remain causing distress in every age group of the population.

Key words Displacement, Health, War

Resumo El presente trabajo pretende señalar los cambios operados en la percepción de salud de las poblaciones indígenas desplazadas por razones de guerra de sus comunidades de origen hacia la ciudad de Ayacucho, Perú, en el periodo comprendido de 1980 al año 2004. A través del uso de técnicas etnográficas de investigación se procesó información proporcionada por la población desplazada en la ciudad de Ayacucho sobre la percepción de su salud individual y familiar, considerando tres momentos: la comunidad de origen; durante el desplazamiento y durante el proceso de inserción definitiva a la ciudad una vez terminada la guerra en 1993. Comprobamos que estas poblaciones andinas, indígenas y pobres vivieron históricamente en la exclusión social, sin servicios de salud en sus comunidades de origen y con alta mortalidad infantil y materna. Durante los años iniciales al desplazamiento la vulnerabilidad a la enfermedad, la desnutrición y la muerte fueron mayores. Luego se inicia un proceso de recomposición de una nueva red social que se consolida al finalizar la guerra. En ese momento se modifican favorablemente las condiciones de vida, se regularizan los documentos de identidad y se accede a los servicios y programas de salud. Sin embargo, la salud mental, diferenciada por generaciones, permanecerá ocasionando sufrimiento.

Palabras clave Desplazamiento, Salud, Guerra

¹ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Setor de Embaixadas 9, lote 19. 70800-400 Brasília DF moyajose@bra.ops-oms.org

² Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México DF.

Introducción

Entre 1990 y 2005 se han registrado en el mundo un total de 59 conflictos armados en 48 países. De ellos, sólo cuatro han involucrado a dos o más países, mientras que el resto han sido conflictos internos¹, debido a las rivalidades étnicas, movimientos políticos, controles territoriales, condiciones de desigualdad y exclusión social que prevalecen entre los pobladores de un mismo país o región. En tales circunstancias, los ancianos y particularmente los niños son altamente vulnerables, víctimas de estas violentas manifestaciones sociales humanas².

Entre los conflictos bélicos más recientes han destacado, el conflicto Árabe-Israelí, la guerra de los Balcanes y la ocupación de Irak por los Estados Unidos de América. La importancia sanitaria de este tipo de procesos puede apreciarse con unos pocos datos: se estima, por ejemplo, que la invasión a Irak provocó directamente, entre 2003 y 2006, la muerte de por lo menos 654,965 personas, lo que significa una tasa anual de mortalidad de 13.3 por mil habitantes, que equivale a casi el triple de la tasa estimada para el periodo previo a la guerra (de 5.5 por mil)³. Esto significa que en sólo tres años el 2.5 por ciento de la población iraquí murió como consecuencia de la ocupación militar.

Según el reporte sobre la Población Desplazada en el Mundo, hecha por el Centro de Monitoreo de Desplazados Internos de la Organización de las Naciones Unidas, no hay ninguna duda de que la salud y la nutrición de los desplazados empeora. Cerca de un tercio de los desplazados en el mundo no tiene acceso a agua potable ni a otros servicios sanitarios, y viven en condiciones precarias, hacinados, y con falta de alimentos.

Todos los desplazados – hombres, mujeres, niños y niñas – han sido testigos o víctimas de hechos de guerra, de humillaciones, de tortura. Que llevan el dolor de la desaparición o muerte de familiares que afectará su salud mental. La respuesta en salud a estas poblaciones tiene poca capacidad para identificar y ofrecer intervenciones en la rehabilitación psico-social⁴.

En algunos países como Colombia, Etiopía, Liberia, Somalia y Sudán, se han realizado encuestas nutricionales en los desplazados, todas ellas mostrando resultados extremadamente preocupantes⁴. Las enfermedades prevenibles frecuentes son la diarrea, las infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, malaria, sarampión, cólera, meningitis meningocócica, e incluso polio y fiebre amarilla.

En África en particular, las guerras entre grupos étnicos producen desplazamientos masivos, como en Ituri, poblado de la República Democrática del Congo, donde la guerra ha causado más de 50 mil muertos y 500 mil desplazados desde 1999. El estudio realizado por Médicos Sin Fronteras (MSF) para medir la mortalidad en los desplazados mostró una mortalidad cruda de 4.1 por 10 mil habitantes por día y en niños menores de 5 años de 6.9. Significa un riesgo de muerte hasta 4 veces mayor que la población general. Aunque las principales causas de muerte en este estudio fueron las relacionadas con la violencia étnica, también se mencionan los riesgos de epidemias como el cólera (con tasa de letalidad de 1.7 por ciento) y la diarrea en los niños como causa frecuente de muerte. Esto se debe a las condiciones de vida en los campamentos de desplazados, donde en 2000, por ejemplo, había una letrina para cada 286 habitantes⁵.

Colombia es el país latinoamericano que, con cerca de cuatro décadas de conflicto armado, ha originado el mayor desplazamiento de personas como resultado de la violencia armada. El caso colombiano es muy complejo, pues incluye no solo la presencia de la guerrilla, sino del narcotráfico, la acción de grupos paramilitares y del mismo estado y sus fuerzas de seguridad como actores centrales del conflicto. Se estima que en Colombia existen más de 3.5 millones de desplazados desde 1985, de los cuales cerca del 30% surgió en el periodo de 2002 a 2005. Según Unicef y CODHES⁶ solo en el año 2005 se desplazaron más de 310 mil personas procedentes de 750 municipios, la mayoría de las cuales (90%) procedía de zonas rurales y pobres, un tercio eran indígenas (34%) y la décima parte afro-descendientes (9.2%). La mitad de la población desplazada es menor de 18 años. Los problemas de salud de esta población son resultado de las nuevas condiciones de vida, la dificultad de ofrecer servicios de salud o realizar acciones eficaces de prevención de enfermedades. Los ataques que sufren las misiones médicas, por ejemplo, hacen que la respuesta en salud sea precaria⁷. Los problemas de desnutrición son frecuentes en niños y adolescentes, así como las infecciones de piel y las enfermedades transmisibles. Entre los menores de 4 años sólo 2 de cada 100 tienen esquema de vacunación completo. El 35% de las mujeres adolescentes desplazadas quedan embarazadas, lo que representa el doble que en la población adolescente del país. La salud mental se ve afectada por la desintegración familiar, los abusos físicos y sexuales y la explotación laboral⁸. Se ha encontrado una prevalencia de tras-

tornos mentales comunes en 27.2% de la población adulta desplazada a barrios urbanos en Sucre-Colombia, asociada al sexo femenino y que aumenta con la edad⁹.

Según MSF¹⁰, se observa en Colombia problemas de salud mental en población desplazada y la falta de atención especializada por parte del Estado. La mitad de las consultas realizadas por los psicólogos de MSF están vinculadas a experiencias violentas, perpetrados por grupos armados involucrados en el conflicto.

Un estudio cualitativo realizado en Bogotá a 31 personas durante la fase inicial de su desplazamiento, para evaluar los efectos del desplazamiento sobre su salud¹¹, señala que el desplazamiento afecta la calidad de vida y en consecuencia las condiciones de salud, ya que se ubican en zonas con condiciones sanitarias deficientes y marcadas por la pobreza. La mayoría de los entrevistados asocia estos problemas a las carencias económicas, la dificultad para cubrir sus necesidades básicas y los obstáculos para acceder a los servicios de salud. Estos últimos incluyen falta de infraestructura de los servicios para absorber la demanda, la presencia de actitudes discriminatorias por su condición de desplazados y la falta de información sobre los servicios de salud disponibles y los beneficios que ofrece el gobierno a la población desplazada.

Antecedentes sobre el desplazamiento en Ayacucho, Perú

En 1980 inicio en el departamento de Ayacucho, la guerra civil entre el Partido Comunista Peruano “Sendero Luminoso” (PCSL) y las fuerzas armadas del Perú. La propuesta política de SL era conquistar el poder por las armas y establecer un gobierno comunista de corte maoísta. Sus primeras acciones se llevaron a cabo en comunidades campesinas ayacuchanas, para luego ir avanzando hacia las capitales de las provincias y departamentos vecinos y finalmente a Lima, capital del Perú. Sendero Luminoso, se originó en la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, ubicada en la ciudad de Ayacucho, siendo su líder y fundador el profesor de filosofía Abimael Guzmán, quién durante la década del 70 se encargó de organizarlo, creando células en la universidad, en la ciudad de Ayacucho y en las comunidades campesinas. Algunos de sus cuadros políticos recibieron entrenamiento político militar en China. La guerra concluiría luego de la captura de Guzmán en 1992, que produce el desmembramiento de su

aparato político, militar y de soporte. Perú había atravesado por el periodo más sangriento de su historia contemporánea que produjo 70,000 muertes y más de 600,000 desplazados.

Ayacucho es uno de los departamentos más pobres del Perú, que basó economía en la explotación al indio por la élite urbana, propietaria de grandes extensiones de tierras que podían incluir a las comunidades campesinas. José Carlos Mariátegui, – a principios del siglo pasado – explicaba la situación del indio y de la tierra, cuyo trabajo era gratuito, sin acceso a la educación y que la República, contraria sus postulados igualitarios, solo había consolidado el poder de los gamonales sobre la tierra y sobre los indios¹². 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, donde señala que 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 orales¹³. Sin duda esta situación histórica de explotación y exclusión social para millones de peruanos en los Andes centrales, era la justificación para que SL iniciara la lucha armada en mayo de 1980.

Las expresiones más violentas durante el periodo de guerra ocurrieron en comunidades campesinas rurales y dispersas del departamento de Ayacucho, víctimas del terror de SL y de las incursiones del ejército peruano. Luego de un periodo inicial de convivencia y apoyo de las comunidades campesinas con SL, vino otro de ruptura y confrontación¹⁴. La guerra hizo que algunas comunidades campesinas se agruparan para protegerse y resistir y otras que huyeron buscando proteger sus vidas, hacia la capital del departamento de Ayacucho o a las capitales de los departamentos vecinos como de Ica, Junín, y Lima.

En Ayacucho 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 este indicador fue negativo. Las proyecciones de población que daban a Ayacucho más de 610,000 habitantes tuvieron que reducirse a 510,000¹⁵. Al interior del departamento todas las provincias habían reducido su población, con excepción de Huamanga, donde se encuentra la ciudad de Ayacucho. En 1996 se estimó que entre

1980 y 1993 más de un tercio de la población ayacuchana se había desplazado, y que entre desplazados intra-departamentales (160,000) y extra-departamentales (107,500) se acumulaba un total de 267,500 personas¹⁶. Ese año los desplazados ayacuchanos representaron 45% del total de desplazados en el Perú.

Para la población campesina, el desplazamiento significó la pérdida de sus actividades productivas en el campo, como la siembra y cosecha de alimentos y el cuidado de animales. Produjo también la ruptura de las redes familiares y comunales y el abandono de las actividades sociales y culturales en la comunidad. Algunos desplazados llegaron sin documentos de identidad, lo que hizo imposible que ejercieran sus derechos ciudadanos colocándolos en condición de sospechosos frente a las fuerzas públicas¹⁷. Un porcentaje importante de los hogares en las poblaciones desplazadas estaban formados por mujeres jefas de familia. También hubo un importante volumen de niños y niñas huérfanos de padre, madre o ambos.

El costo social de la guerra en el departamento de Ayacucho se puede resumir en más de 550 comunidades campesinas afectadas en su organización social y productiva que, entre otras cosas, perdieron las formas tradicionales de participación comunal. Se abandonaron 50 mil hectáreas de tierras de cultivo, con la consecuente pérdida de 100 mil toneladas métricas de productos agrícolas y 420 mil cabezas de ganado. Esta situación empeoró la disponibilidad de alimentos y favoreció la desnutrición. También fueron destruidas maquinaria agrícola e infraestructura pública, se incendiaron o destruyeron al menos 200 puestos policiales; 936 torres de alta tensión eléctrica, 200 centros educativos rurales y 50 postas sanitarias. Los costos sumados de estos daños representan más de 600 millones de dólares¹⁸.

En 1996, el representante del secretario general de las naciones unidas (ONU) para desplazados internos visitó el Perú y los asentamientos humanos con desplazados en Lima, Ayacucho y otros departamentos¹⁹. En su informe final a la comisión de derechos humanos de la ONU señalaba las condiciones de extrema pobreza de los desplazados y que la malnutrición alcanzaba hasta el 80% de ellos, especialmente entre las comunidades indígenas y nativas amazónicas, las que al abandonar sus tierras perdían el acceso a sus fuentes de alimentos. Advirtió sobre las precarias condiciones de sus viviendas, el hacinamiento y la falta de fluido eléctrico, suministro de agua y sistemas de saneamiento, lo que ponía en ries-

go su salud e incrementaba la incidencia de enfermedades como diarrea, disentería y paludismo, entre otras. Para responder a las necesidades de salud estas poblaciones carecían de puestos de salud, de acceso a la atención básica de salud y a medicamentos esenciales con la consecuente falta de cobertura de los programas preventivos, como los de vacunación.

Otro fenómeno frecuente entre los desplazados es la presencia de violencia familiar, ya que el estrés vuelve más vulnerables a las familias. Los roles de las parejas se modifican, y mientras los hombres pierden su rol proveedor las mujeres adquieren mayores responsabilidades. En estos casos, la nueva condición de la mujer en la toma de decisiones da lugar a diversas formas de violencia familiar, afectando de manera particular a los niños y las mujeres. 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 intelectual²⁰.

Objetivo

El objetivo de la investigación de campo, fue conocer – desde la perspectiva del desplazado – que cambios han experimentados en la salud, desde que llegaron a la ciudad de Ayacucho hasta el momento de la entrevista (2005). Consideramos a la salud como el proceso salud/enfermedad/atención y muerte.

Método

Se realizó un estudio documental que incluía estudios previos sobre los desplazados en Ayacucho, en Perú, y sobre el desplazamiento y salud en América Latina y el mundo. Luego se realizó un acercamiento cualitativo usando herramientas etnográficas, como la observación directa y la entrevista a profundidad, realizada a informantes seleccionados entre la población campesina desplazada por la guerra entre 1980 y 1993 y que reside actualmente en la ciudad de Ayacucho. La entrevista recogió información considerando tres momentos: (1) las características de los informantes y su percepción sobre la vida cotidiana y su salud en la comunidad de origen, (2) las condiciones de su desplazamiento y las necesidades y respuestas a su salud durante los primeros años en la ciudad de Ayacucho, y (3) la percepción sobre su salud y condiciones de vida en los tiempos de paz.

Todas las entrevistas se realizaron en el mes de mayo del año 2005 en las asociaciones de vivienda “Keiko Sofia” y “Puracuti”, por un equipo conformado por dos personas. En total se realizaron nueve entrevistas a personas desplazadas (ocho mujeres y un hombre) con edades que oscilaban entre 28 y 65 años de edad. Las entrevistas fueron grabadas – previo consentimiento – y se obtuvieron cerca de 20 horas de grabación que fueron transcritas a archivos electrónicos en formato de Winword. Dos de las entrevistas se realizaron en quechua y posteriormente fueron transcritas al español. El procesamiento de la información se llevó a cabo utilizando el programa de análisis etnográfico Atlas-TI, versión 3.0, y los resultados fueron analizados y discutidos por los investigadores con los docentes y alumnos del doctorado en salud colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana de México. El investigador principal es natural de Ayacucho y ha vivido el proceso de la guerra y paz, como funcionario del ministerio de salud del Perú.

Resultados

La vida en la comunidad campesina

Cuando preguntamos sobre la salud en la comunidad durante los tiempos de paz, hubo de inmediato una primera percepción de que era mejor, relacionado esta condición con la fortaleza, la capacidad física para resistir el trabajo y la “buena alimentación”, pues ellos producían maíz, papa, trigo, habas y criaban animales. El recuerdo de la vida en el campo antes de la guerra, es un recuerdo que, de acuerdo con sus propias palabras, los “llena de paz”. Para ese periodo refieren la presencia de enfermedades como tos, gripe, o las de origen tradicional como el “susto” o el “alcanzo”. Sin embargo, la mortalidad materna e infantil era mayor en el campo, donde había que hacer “la tarea”. Esta expresión se refiere a que las mujeres debían tener una docena de hijos, debido a la alta posibilidad de muerte infantil y a que los que sobrevivan serán la fuerza de trabajo en el campo y cuidaran de los padres ancianos en el futuro. Todos los partos se atendían en la casa por la partera y siempre estaba presente la posibilidad de la muerte. No había puestos de salud cercanos a las comunidades. Por lo general el acceso a los servicios de salud tardaba un día de camino, a pie, en bote, o a varias horas por automóvil. Llegar a un puesto de salud tampoco garantizaba la atención, pues dependía de que estu-

viera el agente sanitario y de que hubiera las medicinas adecuadas. Los abuelos usaban plantas, flores, hierbas, semillas, y emplastos para tratar problemas de salud. O se buscaba al curandero para que haga los pagos a la tierra, o el uso de animales para diagnosticar y curar las enfermedades. La otra alternativa era comprar las pastillas en la tienda más cercana – a veces a varias horas de camino. De ese modo, la “pastilla”, ejercía (y aun lo hace) su poder mágico y curador. Una consecuencia de las dificultades de acceso a los servicios de salud fueron las bajas o inexistentes coberturas de vacunación.

Cuando nacen mal, ya pues, al hospital. Como sea lo salvan. Ya allá cualquier cosa lo atienden. Así, los bebitos poco fallecen. Pero en la chacra rápido se mueren los niños. Así he visto de mi mama, por falta de ayuda seguramente, ¿no? (Mujer, 38 años).

El desplazamiento y adaptación

Esta etapa cronológicamente dura entre el año del desplazamiento – que ocurrió entre 1983 a 1988 – y el fin de la guerra, en 1993. Es decir, un periodo entre 5 y 10 años que se recuerdan cómo los más difíciles, de supervivencia en la ciudad en la búsqueda constante de trabajo, vivienda y alimentación. Los desplazados proceden de comunidades andinas rurales, son quechuahablantes, pobres y la mayoría de ellos analfabetos, situación que limitó las oportunidades de empleo. A esta vulnerabilidad inicial se suma el trauma de la guerra, no sólo por la pérdida total de su patrimonio y las redes sociales, sino sobre todo por el sufrimiento que la guerra les produce: muerte y desaparición de familiares, humillaciones y maltratos que se expresan en diversas manifestaciones psicosomáticas. Se recuerdan esos años como la “época del peligro”. Fue cuando llegaron a la ciudad de Ayacucho y se establecieron en la periferia invadiendo terrenos, durmiendo hacinados en viviendas precarias y sin agua. Durante esos años las oportunidades de trabajo eran mejores para los más jóvenes y para quienes podían demostrar documentos de identidad. Para las mujeres, la opción rápida de encontrar trabajo era como empleadas domésticas, lavanderas o dedicadas al comercio.

Y a las 3 de la mañana llega mi compadre: Mira ve, esto 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. Ese rato tenía 5 peones (Hombre, 40 años).

Con la llegada a la ciudad la salud empeoró, en particular entre los niños y los ancianos. Esta

es una etapa de permanente miedo y tensión. La primera reacción de los entrevistados a la mención de los años iniciales en la ciudad es de tristeza y sufrimiento. No fue posible precisar la dimensión de la mortalidad, en especial para los viejos y los niños, pero ante la falta de alimentos y las condiciones precarias de vida, comienzan a morirse los más débiles. Tan pronto como llegaron los desplazados, aparecieron los "cementerios clandestinos".

Sí, un varoncito ha muerto, de 6 meses. Allí en barrios altos, en mi casa. Cuando llegue aquí a Ayacucho, a Huamanga, se murió con bronco, creo. Fue el año 86, 87 por allí (Mujer, 44 años).

Durante los años iniciales y en contexto de guerra, que genera miedo y desconfianza, no buscan los establecimientos de salud, por desconocimiento, o falta de dinero, salvo para los casos extremos y graves acuden al hospital. Con el fin de la guerra se inician la construcción de puestos y centros de salud próximos o dentro de los barrios de desplazados con lo que se mejoraba el acceso a los servicios de salud, especialmente a los programas de salud, como el de inmunizaciones que son gratuitos. Estos programas de salud son reconocidos por los desplazados, como la prevención de las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la salud materna e infantil, la planificación familiar, entre otros. Las visitas de los trabajadores de salud al domicilio fueron muy apreciadas y constituyen un punto de partida importante en la relación con los servicios. De esta interacción surgió, por un lado, una excelente relación con el puesto de salud y, por otro – menos frecuente – una autoexclusión, derivada de un desencuentro previo, por malos tratos, por exagerados tiempos de espera, por la ausencia de personal o por sus frecuentes cambios y rotaciones. En este contexto son frecuentes los relatos de maltrato, de abusos de poder y perciben formas de discriminación por los trabajadores de salud. Aunque en general se privilegia la atención médica en los servicios de salud, la compra directa de medicamentos en las farmacias, boticas o tiendas y el uso de la medicina tradicional serán siempre una alternativa y práctica constante.

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 lo ven y vienen (Mujer, 28 años).

La percepción que se tiene sobre el hospital es muy variable. La única constante es que la atención es despersonalizada. Esto marca una diferencia importante con el puesto de salud, que al estar ubicado a solo unas cuadras de la vivienda,

permite el establecimiento de relaciones personales y de confianza. Del hospital hay dos visiones: la primera considera que se trata de un espacio donde la atención es mejor, con mayor tecnología y capacidad de resolución. Esto vale para los servicios de obstetricia, por ejemplo, ya que la mayoría de las mujeres ha recibido atención prenatal y del parto; pero también hay una dimensión de temor: al hospital se va a morir. Entre 1993 y 1995 la tasa de letalidad hospitalaria en el servicio de medicina general fue de 20%. La mayoría de estas defunciones fueron por enfermedades transmisibles y crónicas.

El momento de incorporación a la ciudad

Pareciera que la vida en la ciudad mejora la salud. Ya no se enferman como antes, ya no se mueren como antes, pero aún hay sufrimiento por los recuerdos de la guerra, por la familia ausente, desaparecida. Se señalan principalmente la falta de sueño, las pesadillas, la somatización del dolor. Se observan expresiones del cuerpo, del rostro y de la mirada como una muestra de la acumulación de dolor y sufrimiento, especialmente cuando la persona es mayor de edad, cuando es mujer, viuda. Esta situación llevó a muchos hombres y mujeres al alcoholismo. Los desplazados identifican mejor sus necesidades de atención de salud, sin embargo sigue siendo una barrera para el acceso a los servicios de salud la falta de dinero, pues aunque cambiaron las condiciones de vida en la ciudad, la condición de pobreza no se modificó substancialmente.

Aquí tenemos más cosas, hay más postas, hospitales y todo, como farmacias. Solo necesitamos plata. Ya no se enferman y mueren igual que antes, pero sufren (Mujer, 28 años).

En veinte años de desplazamiento y residencia en la ciudad se aprecian cambios en las aspiraciones generacionales. Los jóvenes pueden completar su educación y aspirar a una carrera técnica o profesional. Esto ofrece un futuro diferente al de los padres y que en los jóvenes y niños refuerza la negación a una vida en el campo, donde estarían condenados a la exclusión y discriminación históricas. Los padres refuerzan en sus hijos la importancia de hablar español – el quechua se habla solo en casa.

Ahora, en tiempos de paz, la población se muestra más tranquila. Terminó la incertidumbre de los años en que todos eran sospechosos, en los que no se podía confiar en nadie. De la angustia de guerra, de la llegada de los senderistas o de los militares, de estar en medio del fuego,

donde la vida peligra. En la ciudad los programas gubernamentales han convencido a la mayoría de mujeres de la importancia del control del embarazo y la planificación familiar. La nueva generación tiene menos hijos y son usuarias de algún método de planificación familiar. Los niños han sido vacunados, ya sea durante las campañas de vacunación casa por casa, en los colegios o en forma rutinaria en los servicios de salud, lo que sumado a los programas de prevención y control de las enfermedades respiratorias y la diarrea aguda han disminuido la mortalidad infantil. De hecho, el contacto con el personal de salud y con otros miembros o usuarios de los servicios de salud produce cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de salud que a la vez pueden modificar las condiciones de salud individual y familiar. Identificar estos cambios parece un requisito para comprender el impacto de los procesos sociales en la salud de las poblaciones en movimiento²¹.

Los programas sociales del gobierno nacional y local han permitido la aparición de nuevos espacios de organización y participación, especialmente de las mujeres, sea en los clubes de madres, el del “vaso de leche”, o en las asociaciones escolares. De esa forma se han configurado nuevas relaciones sociales que contribuyen a dar forma a su nuevo espacio de vida, a su “incorporación” a la ciudad. Para algunos, los más afortunados, de la invasión inicial se pasó a la propiedad de la vivienda, que ahora está inscrita a su nombre y donde cuentan con agua, drenaje y electricidad. Poseer los títulos de propiedad les confiere simbólicamente su pertenencia a la ciudad, su incorporación definitiva ya no como desplazados, sino como ciudadanos ayacuchanos, “como huamanguinos”.

Sí, ya estamos 20 años aquí y ya somos como de aquí. Por eso nomás será que ya somos Huamanguinos (Mujer, 37 años).

Un nuevo problema en la ciudad son las pandillas juveniles. Se trata de los niños que crecieron en la guerra, en la violencia. Algunos son huérfanos y fueron desplazados a una ciudad donde crecieron al margen. Son también miembros de una red globalizada que imita formas de andar, de reunirse, de vestir. Así, las pandillas – fenómeno social que se aprecia en Ayacucho desde la década de los noventa – se han expandido bruscamente y están conformadas tanto por hombres como mujeres. Hay ritos de iniciación con diversas formas de violencia, consumo de alcohol y drogas que están produciendo lesiones y muertos. Por esta razón, las poblaciones deben

organizarse en las noches, como con las rondas campesinas durante la guerra. Este fenómeno afecta a toda la población en la ciudad de Ayacucho, de manera especial en los alrededores, donde se concentran las poblaciones desplazadas y la de los nuevos migrantes.

Y acá en la esquina también, hace dos meses que le han planeado a un chico de abajo. Está vivo pero, dice, ha quedado sordo. Estaba en el hospital de Lima. Por acá nomás la bala le había pasado, pobrecito. ¿Que cosa quieras? le había dicho. ¡Dame plata, quiero plata!, diciendo. Y no tenía plata porque esos muchachos son pobres. Esa es la preocupación ahora, ya no puedo caminar en la tarde, da miedo (Mujer, 38 años).

Discusión

Puede afirmarse que los cambios percibidos en la salud de la población desplazada del campo a la ciudad como consecuencia de la guerra son diferentes y dependen de cada fase del desplazamiento. Los momentos de mayor vulnerabilidad para la salud se presentaron durante los primeros años de vida en la ciudad, cuando todavía había guerra. Consideramos a la vulnerabilidad como un conjunto de condiciones de vida, casi inmodificables por el sujeto, que son de carácter estructural²². La vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y las acciones tendientes a modificarla deben llevarse a cabo en el plano de las políticas sociales, la intervención del estado y de la sociedad civil.

Durante la revisión documental no encontramos información sanitaria de base sobre estas comunidades y cuando llegaron a la ciudad de Ayacucho. La ausencia de datos de morbilidad y mortalidad, así como de acceso a los servicios de salud indica la dimensión de la exclusión social de estas comunidades, y muestra la falta de oportunidades, derechos y servicios que son disfrutados por otros²³. La comunidad de origen se presenta en la memoria de los desplazados en dos formas opuestas: por un lado es la referencia a la paz, la tranquilidad, 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 huída. Desde que comenzó la guerra, aun viviendo en sus comunidades, las personas experimentaron miedo, y los hechos de guerra los llevará a un permanente sufrimiento que incidirá – con diferencias por edad y sexo – en la salud, la salud mental, la enfermedad y la muerte. Así, el estado

de salud de estas poblaciones es el resultado de un proceso biológico, pero también histórico y social²⁴.

Es un hecho que la desnutrición infantil, la tuberculosis o las epidemias de cólera (1991-1995) y sarampión (1992-1994), afectaron preferentemente a la población desplazada en la ciudad de Ayacucho. Viviendo en carpas, con falta de agua y sin letrinas, las enfermedades diarreicas y en particular el cólera, durante su fase epidémica, fueron frecuentes. El sarampión fue tan frecuente en niños como en adultos, debido a la nula protección inmunológica. La mayoría de las personas afectadas por la tuberculosis fueron los desplazados, que al no estar vacunados fueron susceptibles a las formas más graves, como la tuberculosis meníngea y miliar, con altas tasas de letalidad. Durante los primeros años del desplazamiento las respuestas del estado fueron débiles, en un contexto de crisis económica e inestabilidad por la guerra. Sólo cuando acaba la guerra se incrementan la oferta de servicios de salud, se construyen puestos sanitarios cercanos a los desplazados en el marco de los procesos de reforma a la salud del gobierno peruano.

Consideramos que en la ciudad de Ayacucho no debería existir discriminación étnica, pues el mestizaje ha homogenizado a la población. El idioma y la cultura tampoco deberían ser barreras entre el personal de salud y los desplazados. Incluso, los trabajadores de salud pueden también haber pasado por la experiencia de la guerra o del desplazamiento. Sin embargo la discriminación se presenta debido a las diferentes extracciones de clase; por un lado los profesionales de salud y por otro los desplazados: analfabetos, quechuahablantes, campesinos y pobres. Se concede – sobre todo a los médicos – “el derecho” de ejercer esta dominación por haber asistido a la universidad, por tener un título profesional. Estas relaciones de poder se modifican poco a poco con la nueva generación, donde los jóvenes empiezan a interactuar con los profesionales de la salud en el marco del ejercicio de sus derechos, que incluye el de la atención de salud.

Es claro observar que la percepción de cierta “seguridad” o “protección” de la salud mejora en la ciudad, como se evidencia en el control y la atención profesional del parto, la cobertura de vacunación y la ampliación de la oferta de atención, incluyendo los servicios públicos, los servicios privados y la presencia de farmacias. Sin embargo, el deterioro de la salud mental, ya afectada en la comunidad desde el surgimiento de la guerra, continúa en la ciudad. Se incrementó el

consumo de alcohol y el alcoholismo, en especial en los hombres que llegaron a la ciudad siendo adultos. Las únicas instituciones que proporcionaron un alivio al sufrimiento fueron las iglesias evangélicas, durante el desplazamiento y en tiempos de paz se refuerzan la pertenencia a estas agrupaciones religiosas sin que se produzcan situaciones de conflicto con sus vecinos católicos.

En los momentos iniciales del desplazamiento, la respuesta del estado es débil y se inicia la interacción con algunas organizaciones no gubernamentales. Cuando concluye la guerra se reforza el proceso de adaptación a la ciudad, se definen formas de subsistencia con la incorporación de los desplazados al proceso económico como comerciantes, obreros o ayudantes de cualquier oficio. A partir de entonces quienes no poseían documentos de identidad pueden tenerlos, saliendo de ese anonimato que limitaba el ejercicio de sus derechos. La presencia del estado es cada vez más fuerte, así como de los gobiernos locales y de los organismos no gubernamentales, lo que favorece la participación y agrupación de hombres y mujeres. Los clubes de madres, los del “vaso de leche”, los wawawasi (casas para los niños), la participación en charlas educativas, la pertenencia a las asociaciones de viviendas, permite la conformación de una nueva red social que interactúa con las instituciones públicas, a través de programas como los de vivienda y techo propio. A finales de los años noventa, estos últimos programas habían permitido el otorgamiento de títulos de propiedad a quienes habitaban los terrenos, condición fundamental para acceder a los préstamos necesarios para reconstruir las viviendas con material noble. Luego fueron dotados de servicios eléctricos, agua potable, desagüe y telefonía.

Al momento en el que se realizó el estudio, los niños – muchos de los cuales nacieron en la ciudad – van a la escuela y, a diferencia de sus padres, tienen la opción de terminar sus estudios de secundaria y aspirar a 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 es la única respuesta a todos los esfuerzos y sufrimientos experimentados durante el desplazamiento.

La aparición de las pandillas juveniles convierte sus barrios en lugares inseguros de noche. Este fenómeno global tiene características especiales en la ciudad ya que los jóvenes que las conforman han experimentado en diversos grados la guerra, y su frustración, impotencia y sufrimiento – agravadas por el consumo de alcohol y

drogas – se expresan en formas variadas de violencia extrema, volviendo a sentir los pobladores miedo e inseguridad.

Si consideramos que los hijos de los desplazados ahora pueden ir al colegio o a la universidad, que poseen una vivienda con los servicios básicos, que actualizaron sus documentos de identidad y que cambiaron su domicilio señalando una dirección en la ciudad de Ayacucho, se puede decir que esta población ha quedado simbólicamente incorporada a la ciudad, dejando de ser desplazada. A partir de entonces la salud y el acceso a los servicios de salud serán similares a los de los residentes. Sin embargo, a pesar de estos cambios, la percepción de pobreza no se modificará radicalmente, en vista de la precariedad o falta de trabajo y los gastos que hay que afrontar en la ciudad.

Colaboradores

J Moya Medina trabajó en la concepción, levantamientos de datos y redacción; S López-Moreno participó en la metodología, redacción y revisión.

Referencias

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (Unicef). *Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia*. Unicef; 2005.
2. López-Navarrete GE, Perea-Martínez A, Loredo AA, Trejo-Hernández J, Jordán-González N. Niños en situación de guerra. *Acta Pediatr Mex* 2007; 28(2):74-80.
3. Burnham G, Lafta R, Doocy D, Roberts L. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *The Lancet* 2006; 368:1421-1428.
4. Internal Displacement Monitoring Centre. Global overview of trends and developments in 2005. Available from: www.internal-displacement.org
5. Ahoua L, Tamrat A, Duroch F, Grais RF, Brown V. 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* 2006; 1(3):195-204.
6. Consultaría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. *Un país que huye: desplazamiento y violencia*. 2da edición. Bogota: Publicaciones CODHES; 2003.
7. Franco S, Suarez C, Naranjo C, Báez L, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):349-361.
8. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. *Serie de Salud y Desplazamiento*. Módulo 1. Medellín: OPS; 2003.
9. 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* 2006; 20(5):324-330.
10. Médicos sin Fronteras. *Vivir con miedo. El ciclo de la violencia en Colombia*. MSF; abril 2006. [cited 2008 Mar 15]. Available from: <http://www.msf.es/noticia/2006/colombia-vivir-con-miedo-ciclo-violencia>
11. Mogollón A, Vásquez M, García M. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:257-266.
12. Mariátegui JC. *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Lima: Amauta; 1996.
13. Martínez AD. *Ayacucho, hambre y esperanza*. Ayacucho: Ediciones Waman Puma; 1969.
14. Instituto de Defensa Legal (ICVA). *Consulta sobre desplazamiento y refugio en la región Andina*. Lima: ICVA; 1995.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Resultados del censo poblacional 1981 y 1993*. [acessado 2008 mar 15]. Disponível em: <http://www.inei.gob.pe/>
16. Coronel J. *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. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
17. Hurtado AD. *Los desplazados en el Perú*. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), PAR 2003. [cited 2008 Mar 15]. Available from: [http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/%28httpDocuments%29/59E7F182DE8D651A802570B700599C67/\\$file/ICRC+PAR+Los+desplazados+en+el+Per%C3%BA.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/%28httpDocuments%29/59E7F182DE8D651A802570B700599C67/$file/ICRC+PAR+Los+desplazados+en+el+Per%C3%BA.pdf)
18. Peralta P. *Ayacucho: el nuevo sendero*. Lima: Ediciones Vilper; 2004.
19. Organización de las Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos. *Informe del Sr. Francis Deng sobre el desplazamiento en el Perú*. Lima; abril 1996.
20. Dughi PM, Macher E, Mendoza A, Núñez C. *Salud mental, infancia y familia*. Lima: Unicef/IEP; 1995.
21. López Moreno S, Moreno Altamirano A. Movimientos poblacionales y salud: modelo de clasificación. *Salud Problema (Nueva Época)* 2005; 18:19-25-42.
22. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. (Eds.) *Movilidad poblacional y VIH-Sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
23. 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*. Brasília: OPAS; 2003.
24. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad: lo biológico y lo social, su articulación en la formación del personal de salud. *Serie desarrollo de recursos humanos*, 101. Brasília: OPAS; 1994.

Artigo apresentado em 23/04/2008

Aprovado em 26/11/2008

Versão final apresentada em 02/01/2009