



Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Ballesteros P., Mónica Patricia; Gaviria L., Marta Beatriz; Martínez B., Sofía Elena
Caracterización del acceso a los servicios de salud en la población infantil desplazada y receptora en
asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 24, núm. 1, enero-junio, 2006, pp. 7-17
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024102>

- 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

Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003

Mónica Patricia Ballesteros P.¹ • Marta Beatriz Gaviria L.² • Sofía Elena Martínez B.³

Resumen

Objetivo: describir el acceso a servicios de salud en menores de 18 años desplazados y receptores de sectores marginales en Colombia. **Materiales y métodos:** estudio de corte transversal con fuentes secundarias suministradas por la OPS, con información de menores residentes en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha). **Resultados:** se encontró distribución similar por sexo y grupos de edad. Se observó mayor proporción de menores desplazados desescolarizados y tamaño de hogar mayor; asimismo, baja proporción de consulta entre los que percibían la necesidad de hacerlo sin diferencias por población, explicada en su mayoría por falta de dinero, sin otras asociaciones. El acceso real estuvo asociado con el hecho de ser desplazado. Con el análisis de correspon-

dencias múltiples se tipificó al individuo, mostrando alta vulnerabilidad para el acceso en desplazados, con carta de la Red de Solidaridad Social (RSS), pertenecientes a un hogar con jefatura femenina con un oficio no remunerado. **Conclusión:** se encontraron dificultades de acceso relacionadas con aspectos diferentes al aseguramiento; entre estos, la falta de dinero, el ser menor desplazado, tener carta de la RSS y pertenecer a un hogar con jefatura de hogar femenina sin oficio remunerado.

Palabras clave

Desplazamiento forzado, accesibilidad a los servicios de salud, población marginada, Colombia, salud infantil

Description of access to health services for displaced recipient children in marginal settlements of six cities in Colombia, 2002-2003

Summary

Objective: to describe access to health services in displaced recipient children living in marginal settlements in Colombia. **Design and method:** cross-sectional study with secondary sources provided by PAHO, which included information about children under 18 years old who lived in settlements of six cities in Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellin, Monteria and Soacha). **Results:** similar distribution by sex and age. It was observed a greater proportion of displaced children not attending to school and with bigger households. Low proportion of health services attendance for those subjects who felt the need to look for attention frequently arguing lack of money, with no differences by population with any other associations. Real access was associated with being displa-

ced. Using multiple correspondence analysis individuals were typified, showing high vulnerability when it comes to health services access for those subjects with a paper authorizing health attention and belonging to a household headed by a woman with no remunerated job. **Conclusion:** observed difficulties to health access were related to aspects different from social security; as lack of money, being a displaced person, a paper authorizing health attention and belong to a household headed by a woman with no remunerated job.

Key words

Forced displacement, health services accessibility, isolated population, Colombia, child health

1 Médica, especialista en salud ocupacional, magíster en epidemiología, investigadora del Grupo de Epidemiología, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: mballesterosp@guajiros.udea.edu.co

2 Médica, magíster en epidemiología, investigadora del Grupo de Epidemiología, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

3 Médica, magíster en epidemiología, investigadora asociada del PECET, Universidad de Antioquia

Recibido: 2 de septiembre de 2005 Aceptado: 21 de febrero de 2006

Introducción

Los desplazados, en la mayoría de las circunstancias, son personas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad que se han visto forzadas, a causa de la violencia, a partir de sus hogares o lugares habituales de residencia hacia otros territorios dentro de las fronteras del país.¹ En Colombia, cerca de dos millones de personas han sido obligadas a movilizarse de su lugar de origen para proteger sus vidas. Esta situación se dificulta aún más por el hecho de que muchos desplazamientos ocurren de manera silenciosa, y por tanto algunas personas no son identificadas como parte de esta población.¹⁻⁶

Como producto del desplazamiento se da una recomposición sociodemográfica, en espacios urbanos determinados, a los cuales se les ha dado el nombre de asentamientos. En ellos se encuentran altos índices de marginalidad que multiplican los problemas urbanos y a su vez pueden convertirse en otro factor de conflicto que prolonga en las ciudades el enfrentamiento armado.^{7, 8}

De todos los grupos que hoy sufren discriminación y violencia, cuatro se destacan por la severidad y universalidad de su marginación: niños, mujeres, pobres de áreas rurales y minorías étnicas (indígenas y afrocolombianos), que se ubican en zonas marginales urbanas de ciudades grandes e intermedias y en zonas de áreas metropolitanas, y que se enfrentan a un dramático deterioro de su calidad de vida, pero que prefieren en su mayoría quedarse donde están, ante la persistencia de los fenómenos de violencia en sus regiones de origen.^{9,10}

La Red Interagencial de la Organización de las Naciones Unidas en los Desplazamientos Internos señala que niños y adolescentes conforman la mitad de todas las personas desplazadas internamente (PID) en el mundo. La Organización Internacional para la Migración (OIM) estima que de los 17 millones de niños colombianos, aproximadamente 700.000 han sido desplazados a causa del conflicto y la violencia. En las ciudades grandes, el 54,0% de la población desplazada son niños; y el grupo de mujeres y niños llegan a representar el 80,0% del total de la población en esta situación.¹¹

De acuerdo con el Alto Comisionado de la ONU para Derechos Humanos, los niños colombianos han sufrido más que cualquier otro sector de la población los resultados del conflicto armado interno. Los desplazamientos tienen en ellos un efecto devastador, limitando sus oportunidades para el desarrollo personal. Los traumas se asocian a la violencia que precede generalmente los desplazamientos, el cambio precipitado en la administración de su tiempo y espacio, y el desmembramiento del núcleo familiar genera una nueva situación aún más hostil. A esta lista se le agregan los efectos de la segregación y estigmatización a los niños, que tienen un impacto negativo en el desarrollo psicosocial.¹¹⁻¹⁵

El desplazamiento de una población siempre afecta el estado de salud y el cuidado de salud de las personas invo-

lucradas, impacto que es superior en las mujeres y en los niños. La exposición a nuevos riesgos y la mayor vulnerabilidad resulta en mayores riesgos para el desarrollo de enfermedades e incluso el aumento de la mortalidad en esta población.^{2,11}

En los lugares de asentamientos de comunidades desplazadas por la violencia, es reiterada la presencia de menores con enfermedades de tipo infeccioso y con altos niveles de desnutrición. De igual forma, la cobertura en salud no alcanza a dar respuesta a las diferentes manifestaciones psicológicas que dejan la guerra y su creciente degradación en la mente de niños y jóvenes.^{5, 11}

El Programa de Alimentación Mundial (PAM) ha afirmado en varias ocasiones que hay una falta de atención y servicios ofrecidos a las familias desplazadas después de los primeros meses de haber sido desplazados y que, consecuentemente, su salud se deteriora.^{5, 11}

La reducción del acceso a los servicios de salud es otro obstáculo con el que debe lidiar esta población. Ellos pierden el acceso a los servicios de salud a los que habitualmente acudían y, adicionalmente, tienen desventajas culturales, económicas y funcionales en los servicios de salud en donde se reubican.

En Colombia, en el año 2000, solo el 22,0% de la población desplazada reportó tener acceso a los servicios médicos. Una de las causas que puede limitar el acceso es la pérdida de información sobre la utilización de los servicios de salud, su ubicación o los costos.² Cuando el acceso a los servicios se dificulta, la población receptora, que es aquella que se encontraba ya en los asentamientos, participa del sufrimiento de los desplazados. En resumen, se presenta como resultado la reducción al acceso a los servicios de salud y condiciones precarias de salud, tanto en la población desplazada como en la receptora.^{2, 8}

El Grupo Tema de la Organización de Naciones Unidas sobre los Desplazamientos, concluyó que las PID sufren discriminación para obtener cuidados médicos. Los funcionarios del gobierno han suministrado varias explicaciones sobre la falta de acceso que tienen las PID al sistema de la salud; entre ellas, se resalta que la situación es parte de un “problema estructural” a causa de recursos inadecuados. Es difícil proporcionar servicios a las PID de manera individual y no de forma masiva, puesto que la mayoría de estos se desplaza sobre una base individual. Esto significa que la mayoría tiene dificultad de acceder al sistema; esta situación evidente no se reconoce oficialmente y, por lo tanto, no se ha traducido en la elaboración de programas eficaces. Por último, el requisito de que las PID deben registrarse con la Red de Solidaridad Social (RSS) para recibir servicios médicos a los cuales tienen derecho; este requisito sigue siendo supremo, a pesar de que los mismos funcionarios de salud reconocen que muchas de las PID no se registran porque tienen miedo de ser identificados.¹¹

La equidad en el acceso a los servicios de salud y los cuidados preventivos son esenciales para reducir el número y los tipos de riesgos y factores de vulnerabilidad.²

La utilización de los servicios de salud se refiere al proceso en que se relacionan la población y el personal de salud para satisfacer una condición de salud determinada; esta incluye una cadena de acontecimientos que se presentan desde que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización de los mismos. A lo largo de este proceso, se identifican como determinantes de la demanda de atención aspectos como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor, a la frustración y a la incapacidad.¹⁶

Dentro de los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud, se encuentran las características de la enfermedad y los factores sociodemográficos, económicos y culturales de la población; es así como la percepción de la enfermedad y su gravedad activarán mecanismos de búsqueda de resolución del problema. La edad de las personas —siendo mayor la necesidad de resolución en las edades extremas de la vida— y el género marcan diferencias en la necesidad de atención médica, especialmente por las diferencias en los riesgos reproductivos y laborales. Asimismo, aspectos estructurales del hogar, tales como el tamaño y el nivel educativo de los jefes, son determinantes en la utilización. En condiciones de pobreza, la presencia de hogares numerosos puede afectar el ingreso per cápita, limitando el acceso a los servicios de salud; por su parte, jefes de hogar con bajo nivel educativo limitan la identificación temprana de problemas de salud propios y de las personas a su cargo, y la necesidad de búsqueda de ayuda, especialmente en enfermedades agudas y servicios preventivos.¹⁶

Es importante resaltar que la condición de salud percibida por una población y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos es un fenómeno complejo, que es conveniente analizar en función de las características propias de la población, que influyen sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos.¹⁶

En el presente estudio, el análisis de las condiciones de acceso a los servicios de salud se valoró en dos dimensiones: potencial y real. El acceso potencial es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida). El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud, los cuales, en el caso de la oferta, van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutoria. En el ámbito de las características de la población, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de

utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud.^{17, 18}

El Estado colombiano tiene la obligatoriedad de proteger el derecho a la salud de sus habitantes; fue a partir de la aprobación de la Ley 387 de 1997, cuando se asignó al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población desplazada.¹⁸

Este artículo busca describir las condiciones de acceso a los servicios de salud de los menores de 18 años desplazados y receptores que habitan en asentamientos marginales de seis ciudades de Colombia, con el propósito de brindar información a quienes toman decisiones de políticas, diseñadores y ejecutores de estrategias de intervención orientadas a reducir barreras de acceso y a garantizar una atención integral en salud a esta población en condiciones de especial vulnerabilidad en el país.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal basado en fuentes secundarias.^{18, 20-21} Para el análisis, se seleccionaron variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud de la investigación “Condiciones de salud en menores de 18 años desplazados y receptores que comparten asentamientos marginales en 6 ciudades de Colombia, 2002–2003”.²² Las ciudades incluidas en el estudio fueron Cali, Cartagena, Montería, Soacha, Medellín y Bucaramanga, principales receptoras de desplazados en el país.

Las unidades de análisis seleccionadas fueron los individuos menores de 18 años y los hogares de cada uno de ellos. Para identificar los hogares como desplazados o receptores operativamente, se decidió tomar como base para el estudio la condición individual del jefe o cabeza de este, puesto que se encontraron hogares constituidos por personas de diferente condición (unas que venían desplazadas y otras que ya habitaban en el asentamiento eran migrantes no desplazados).

La morbilidad percibida recientemente hace referencia a la información suministrada por el padre o cuidador del menor acerca de las enfermedades presentadas por los menores en las dos semanas previas a la encuesta. La morbilidad fue clasificada según diagnósticos manifestados y los síntomas más frecuentes por sistemas.

Se trabajaron, con la totalidad de los registros, 5.646 individuos y 2.753 hogares. Se excluyeron del análisis los registros duplicados, incompletos o que no tuvieran coherencia.

Las variables estudiadas en el individuo fueron: tipo de población (desplazada o receptora), sexo, edad, nivel educativo, morbilidad percibida reciente, tipo de documento para acceder a servicios, búsqueda de ayuda asistencial, negación de la atención y razón principal para no asistir a servicios de salud. En el hogar se estudiaron: sexo del jefe del hogar, estado

civil, lectoescritura, nivel educativo, remuneración del oficio del jefe de hogar y hacinamiento.

Para las variables cualitativas se determinó su frecuencia y porcentaje según tipo de población, grupos de edad y sexo. La significación estadística se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia, donde se comparó cada categoría de respuesta de la variable con relación a las demás categorías, con un nivel de significación del 5%. Cuando se cruzaron variables dicotómicas que tenían frecuencias esperadas inferiores a 5, se determinó la significación mediante la prueba exacta de Fisher.^{23, 24}

Para las variables cuantitativas, se determinaron las medidas de resumen descriptivas. Se evaluó su normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov. La distribución de las variables no fue normal, por lo tanto, se usó la prueba U de Mann-Whitney. El nivel de significación usado fue del 5%.^{23, 24}

Se realizó un modelo de correspondencias múltiples, que es un método factorial que permite establecer tipologías de individuos y describir asociaciones entre las variables seleccionadas. Se incluyeron variables del menor y del hogar que mostraron asociación estadísticamente significativa. La selección del número de factores a evaluar se hizo mediante la identificación del mayor aporte que realizó cada uno a la asociación entre las variables (coeficiente c^2). Se realizó la representación gráfica de los perfiles de morbilidad percibida y acceso a los servicios de salud.²⁵⁻²⁷

El análisis estadístico se realizó con el apoyo del programa SPSS, versión 11,5, Epiinfo para Windows versión 3.3.2. y XLSTAT versión 7.5.3.

El presente estudio se desarrolló teniendo en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.²⁸ Se garantizó la confidencialidad de la información, reservando la identidad de las personas e instituciones participantes.

Resultados

Descripción sociodemográfica

El total de la población menor de 18 años estudiada en las 6 ciudades fue de 5.646 personas, de las cuales 2.291 (53,0%) estaban en situación de desplazamiento y 2.655 (47,0%), era población receptora. La edad promedio fue de 7,6 años ($\pm 5,0$) y el 50% de los menores tenía 7 años o menos. La distribución según sexo fue similar, siendo algo mayor la población femenina (50,8%); por cada 100 niñas en situación de desplazamiento había 96 niños; y por cada 100 niñas receptoras, 98 niños, sin encontrarse diferencias significativas entre desplazados y receptores (tabla 1).

Los menores en edad escolar desplazados tienen menor acceso a la educación que los receptores. En el subgrupo de 7 a 11 años, el 14,8% de los desplazados y el 9,6% de los receptores se encontraban desescolarizados al momento de la encuesta, diferencias que fueron estadísticamente signifi-

cativas ($P = 0,001$). En el subgrupo de 12 a 17 la desescolarización fue inferior, sin embargo, se encontró una menor proporción de desplazados con algún nivel de secundaria (28,0%) que los receptores (53,6%); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P = 0,000$) (tabla 1).

Los menores pertenecían a un total de 2.753 hogares, de los cuales el 50,2% correspondía a población desplazada y el 49,8% restante, a población receptora. El tamaño de los hogares de los menores en situación de desplazamiento fue significativamente mayor que el de los hogares receptores. Con un promedio de 5,02 ($\pm 2,03$) y 4,76 ($\pm 1,85$) respectivamente (U de Mann Withney = 903.250,50, $P = 0,016$).

De manera similar entre las dos poblaciones, el 56,5% tenía jefatura femenina y la mayor proporción (94,9%), edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, intervalo que corresponde a la población económicamente activa (tabla 2).

Al evaluar el nivel educativo de los jefes del hogar de los menores, se encontraron diferencias significativas en la proporción de analfabetismo en cada una de las poblaciones, siendo mayor en las mujeres cabeza de hogar que en los hombres para ambos tipos de población; asimismo, se encontró una proporción significativamente mayor de desescolarización en las mujeres cabezas de hogar, al compararlas con los hombres en la misma condición, sin embargo, esta diferencia solo fue significativa en la población desplazada ($P = 0,028$). Es importante resaltar que cuando la jefatura la asumía la mujer, hubo una mayor proporción de jefe de hogar sin pareja y con oficio no remunerado, siendo estas diferencias estadísticamente significativas para ambos tipos de población (tablas 3 y 4).

Características del acceso potencial

Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se indagó a los padres o cuidadores por el tipo de documento del que dispone el menor para acceder a los servicios de salud, y se encontró un aseguramiento significativamente inferior entre los desplazados. Así, mientras 54,4% de los receptores tenían afiliación al régimen contributivo (carné de una empresa promotora de salud, EPS) o subsidiado (tenían carné de una administradora del régimen subsidiado, ARS), esta fue de solo 24,6% entre los desplazados; siendo esta diferencia significativa ($P = 0,000$). El 53,0% de las personas afectadas por el desplazamiento utilizaban para el acceso la carta de la RSS. Llama la atención que 8,0% de los receptores contaban también con este registro que es exclusivo para la población desplazada (tabla 5).

La proporción de menores cuyos padres o cuidadores reportaron morbilidad percibida reciente (en las dos semanas previas al momento de la encuesta) fue similar entre desplazados y receptores (51,0% en promedio). La búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en los menores fue de alrededor de 15%, similar en los dos tipos de población. Entre quienes

Tabla 1. Características sociodemográficas de los menores de edad según tipo de población

Variable	Tipo de población				Prueba de significación	
	Desplazada		Receptora		χ^2	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Sexo						
Hombre	1.463	48,9	1.317	49,6	0,27	0,604
Mujer	1.528	51,1	1.338	50,4		
Total	2.991	100,0	2.655	100,0		
Edad (años)						
< 1	177	5,9	186	7,0	2,77	0,096
1 a 4	770	25,7	762	28,7	6,22	0,013
5 a 11	1.222	40,9	1.014	38,2	4,17	0,041
12 a 17	822	27,5	693	26,1	1,37	0,243
Total	2.991	100,0	2.655	100,0		
Nivel educativo por grupos de edad						
7 a 11 años						
Ninguno	121	14,8	65	9,6	9,55	0,001
Primaria incompleta	631	77,0	519	75,8	0,29	0,589
Primaria completa	52	6,4	74	10,8	9,68	0,001
Secundaria incompleta	15	1,8	26	3,8	5,44	0,019
Total	819	100,0	685	100,0		
12 a 17 años						
Ninguno	22	2,8	14	2,1	0,83	0,363
Primaria incompleta	368	46,7	175	25,7	69,11	0,000
Primaria completa	177	22,5	126	18,6	3,5	0,061
Secundaria incompleta	214	27,1	351	51,7	91,71	0,000
Secundaria completa	7	0,9	13	1,9	2,83	0,092
Total	788	100,0	679	100,0		

Tabla 2. Sexo y edad de los jefes de hogares con menores de edad según tipo de población

Variable	Tipo de población				Prueba de significación	
	Desplazada		Receptora		χ^2	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Sexo						
Hombres	600	43,4	598	43,6	0,02	0,888
Mujeres	783	56,6	772	56,4		
Total	1.383	100,0	1.370	100,0		
Edad (años)						
< 18	7	0,5	13	0,9	1,87	0,171
18 a 34	727	52,6	724	52,8	0,03	0,853
35 a 59	582	42,1	580	42,3	0,02	0,892
60 y más	67	4,8	53	3,9	1,57	0,209
Total	1.383	100,0	1.370	100,0		

Tabla 3. Algunas características sociodemográficas de los jefes de hogares desplazados con menores de edad según sexo

Variable	Sexo del jefe de hogar				Prueba de significación	
	Hombres		Mujeres		χ^2	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad						
< 18	2	0,3	5	0,6	–	0,705*
18 a 34	282	47,0	445	56,8	13,16	0,000
35 a 59	283	47,2	299	38,2	11,23	0,000
60 y más	33	5,5	34	4,3	0,99	0,329
Total	600	100,0	783	100,0		
Estado civil						
Unión libre	409	68,7	372	48,3	57,17	0,000
Casado	135	22,7	83	10,8	35,45	0,000
Soltero	31	5,2	108	14,0	28,50	0,000
Separado	15	2,5	119	15,5	63,37	0,000
Viudo	5	0,8	88	11,4	59,22	0,000
Total	595	100,0	770	100,0		
Lectoescritura						
No	139	23,2	221	28,2	4,36	0,036
Sí	459	76,8	562	71,8		
Total	598	100,0	783	100,0		
Nivel educativo						
Ninguno	105	17,9	175	22,7	4,77	0,028
Primaria incompleta	247	42,0	282	36,6	4,14	0,041
Primaria completa	134	22,8	163	21,1	0,53	0,466
Secundaria incompleta	82	13,9	118	15,3	0,49	0,483
Secundaria completa	18	3,1	30	3,9	0,67	0,411
Técnica/universitaria	2	0,3	3	0,4		1,000*
Total	588	100,0	771	100,0		

* Según la prueba de Fisher

buscaron ayuda asistencial, se encuentra predominio del sexo femenino y de las edades de 1 a 11 años. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los menores desplazados y receptores. Entre razones expuestas por los padres o cuidadores para no buscar ayuda asistencial (acudir a una institución de salud) en caso de morbilidad percibida reciente en el menor, la principal razón para no hacerlo fue la falta de dinero, proporción que fue significativamente mayor entre los desplazados (57,2%) que entre los receptores (47,6%), ($P = 0,0001$) (tabla 5).

Factores asociados con el acceso potencial

Al explorar los factores asociados con el acceso potencial a los servicios de salud, solo se encontró asociación de la asistencia con la edad del menor y que el ser menor de un año se comportó como factor favorable para la asistencia a los servicios de salud (oportunidad relativa $OR = 0,56$, $IC_{95\%} = 0,41-0,78$), sin encontrarse asociación en los otros grupos de edad, es decir, en el menor de un año hay una adecuada proporción de consulta una vez se percibe la necesidad de hacerlo (tabla 6).

Características del acceso real

En el presente estudio, la única variable que dio cuenta del acceso real a los servicios de salud fue la negación de la atención en la institución de salud. Se evaluó de acuerdo al tipo de población y se encontró que del total que asistieron, 9,0% de la población en condición de desplazamiento y 2,1% de la población receptora no fue atendida, diferencia que fue estadísticamente significativa ($c^2 = 8,87$, $P = 0,003$).

Factores asociados con el acceso real

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la negación de la atención y el encontrarse en situación de desplazamiento ($OR = 5,02$, $P = 0,000$), sin encontrarse asociación con ninguna otra de las variables estudiadas (sexo, edad y tipo de documento para acceder a los servicios de salud).

Mediante el análisis factorial de correspondencias múltiples, se evaluaron agrupaciones que caracterizaran los menores de edad provenientes de asentamientos marginales con morbilidad percibida reciente y acceso a las ins-

Tabla 4. Algunas características sociodemográficas de los jefes de hogares receptores con menores de edad según sexo

Variable	Sexo del jefe de hogar				Prueba de significación	
	Hombres		Mujeres		χ^2	Valor P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad						
< 18	5	0,8	8	1,0	0,14	0,704
18 a 34	281	47,0	443	57,4	14,60	0,000
35 a 59	288	48,2	292	37,8	14,74	0,000
60 y más	24	4,0	29	3,8	0,06	0,806
Total	598	100,0	772	100,0		
Estado civil						
Unión libre	396	66,9	366	48,0	48,13	0,000
Casado	132	22,3	87	11,4	29,07	0,000
Soltero	38	6,4	129	16,9	34,01	0,000
Separado	18	3,0	130	17,1	67,21	0,000
Viudo	8	1,4	50	6,6	22,04	0,000
Total	592	100,0	762	100,0		
Lectoescritura						
No	80	13,4	145	18,8	7,17	0,007
Sí	518	86,6	627	81,2		
Total	598	100,0	772	100,0		
Nivel educativo						
Ninguno	54	9,3	83	10,8	0,85	0,355
Primaria incompleta	181	31,0	231	30,0	0,16	0,690
Primaria completa	165	28,3	179	23,3	4,41	0,035
Secundaria incompleta	119	20,4	200	26,0	5,76	0,016
Secundaria completa	56	9,6	67	8,7	0,32	0,571
Técnica/universitaria	8	1,4	9	1,2	0,11	0,741
Total	583	100,0	769	100,0		

titaciones de salud. La figura 1 muestra la disposición de las modalidades en los dos primeros planos factoriales. Se observa que el primer eje factorial (factor I) está supremamente determinado por la remuneración del oficio del jefe de hogar, y el segundo eje (factor II), por el tipo de población.

Estos ejes establecieron dos tipologías de individuos: por el lado izquierdo se puede afirmar que se encontraban menores que no recibieron atención en una institución de salud, desplazados, cuyo tipo de aseguramiento era la carta de la RSS y cuyo jefe de hogar era de sexo femenino y no tenía un oficio remunerado. Al lado derecho se encontraron aquellos menores que tuvieron acceso a los servicios de salud y que recibieron atención en instituciones de salud; se caracterizaban por ser receptores, tener algún tipo de aseguramiento (EPS, ARS o Sisben) y cuyos jefes de hogar eran de sexo masculino con oficio remunerado.

Todas las variables incluidas en el modelo tuvieron valores significativos, con excepción en el factor I de la variable tipo de aseguramiento subsidiado (ARS) y en el factor II, la variable atención en institución de salud.

Discusión

Con la reforma colombiana en salud (Ley 100 de 1993), se esperaba que mejorara el aseguramiento de la población al SGSSS, generando a su vez una disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente de tipo económico, que eran las que estaban afectando principalmente a la población más pobre. Sin embargo, después de la reforma, diferentes estudios evidencian que las barreras económicas continúan ocupando el primer lugar.²⁹

Específicamente en población desplazada, han sido evidentes las limitaciones existentes en el acceso a los servicios de salud, a pesar de que el Estado colombiano reconoce y afirma a través de la legislación (Ley 387 de 1997) la existencia de derechos especiales.¹ Recientemente, una decisión de la Corte Constitucional señaló que el gobierno no ha cumplido sus responsabilidades y obligaciones legales frente a la población desplazada, lo que obliga al Estado a reorientar sus acciones en torno a esta.³⁰

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), para el año 2000, el servicio y la cobertura de la seguridad social en Colombia ha presentado un progreso

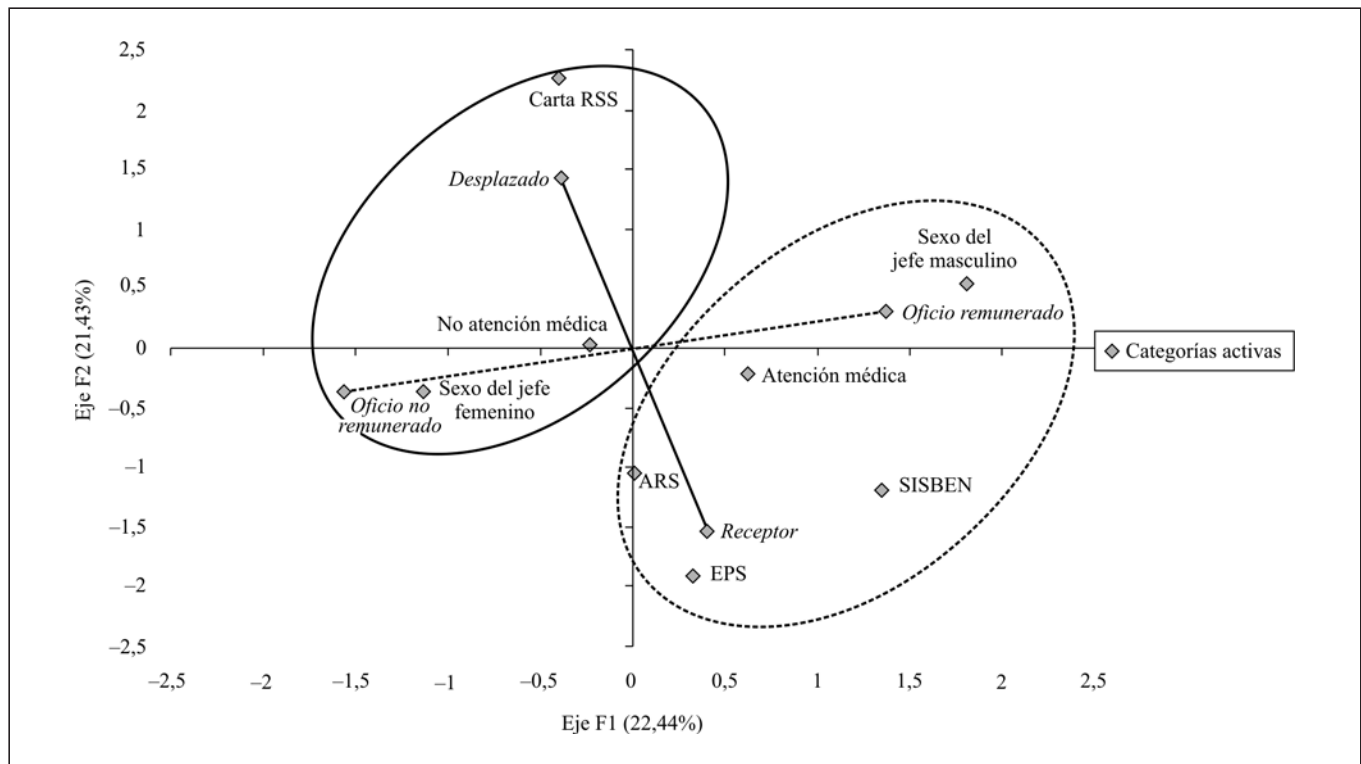


Figura 1. Proyección de las categorías activas sobre los ejes factoriales I y II para acceso real a servicios de salud en los menores de edad

rápido y exitoso en los últimos cinco años. Las cifras de afiliación se duplicaron del 23% en el año 1993 al 58% en el 2000, encontrándose la mayor proporción de afiliación en la población urbana (60%).³¹ En el año 2002, la cobertura poblacional para el régimen contributivo fue del 30% y para el subsidiado, del 26%.^{31, 32}

Según los resultados del presente estudio, la cobertura de aseguramiento en los menores se mantuvo por debajo de lo reportado para el país, tanto para receptores como para desplazados; con presentación en este último grupo de porcentajes más desfavorables. Estos resultados probablemente reflejan el comportamiento esperado para el sistema actual de aseguramiento, que fue diseñado para que, a través del régimen subsidiado, se brindara aseguramiento a personas de bajos recursos económicos, aunque en población infantil en situación de desplazamiento es el registro de la RSS el principal documento que permite acceder a servicios de salud.

Según investigaciones realizadas en Colombia, el tipo de aseguramiento constituye una de las barreras que encuentra la población para acceder a los servicios de salud, teniendo los usuarios del régimen subsidiado mayor dificultad para recibir la atención, especialmente en enfermedades de alto costo, con limitación de acceso a niveles de atención de mayor complejidad y falta de dinero. En otros casos, la utilización de los servicios se limita por exigencia de trámites y ubicación de servicios de salud en zonas distantes. En general, el tener un aseguramiento no garantiza a una persona el acceso

real a los servicios de salud y no elimina las barreras económicas.²⁹

En este estudio se encontró que la falta de dinero fue la principal razón para no asistir a una institución de salud, lo cual está acorde con lo reportado en estudios nacionales representativos en los que las barreras económicas constituyen antes y después de la reforma sanitaria el mayor obstáculo para obtener servicios, principalmente en las poblaciones más pobres.²⁹

Han aparecido nuevas barreras en el acceso a los servicios de salud generadas por usuarios y prestadores. No es suficiente el hecho de lograr la superación de las barreras de acceso geográfico y las barreras económicas para garantizar la atención en salud. De los menores cuyos padres o cuidadores reportaron morbilidad percibida reciente y que consultaron a una institución de salud por esa causa, hay un porcentaje importante a quienes se les niega la atención en salud, siendo esta negación mayor en las personas en condición de desplazamiento que en los receptores. Lo anterior podría explicarse por la tendencia de asimilar a la población desplazada como pertenecientes al SGSSS, lo que tiende a abolir los contenidos especiales de atención y protección de los derechos de esta población que, por sí mismos, ya habían sido vulnerados, desconociendo que fueron desplazados por una falla en el deber estatal de protección.

Al explorar otros atributos relacionados con las dificultades de acceso real a los servicios de salud, el modelo de correspondencias múltiples permitió una aproximación a los

Tabla 5. Características de acceso potencial a los servicios de salud en los menores de edad según tipo de población

Variables		Tipo de población				Prueba de significación	
		Desplazada		Receptora		χ^2	Valor P
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Tipo de documento del que dispone el menor para acceder a los servicios de salud	Carné de EPS	134	5,8	454	24,5	297,29	0,000
	Carné de ARS	435	18,8	553	29,9	69,47	0,000
	Carné de Sisben	501	21,7	678	36,6	113,29	0,000
	Registro en la RSS	1.225	53,0	149	8,0	938,48	0,000
	Ninguno	17	0,7	17	0,9	0,43	0,514
	Total	2.312	100,0	1.851	100,0		
Morbilidad reciente percibida en el menor por el padre o cuidador	Sí	1.508	50,8	1.361	51,7	0,466	0,495
	No	1.463	49,2	1.273	48,3		
	Total	2.971	100,0	2.634	100,0		
Búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en el menor	Si	235	15,6	207	15,2	0,77	0,782
	No	1.273	84,4	1.154	84,8		
	Total	1.508	100,0	1.361	100,0		
Sexo de los menores de edad que buscan ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente	Mujer	125	53,2	116	56,0	0,36	0,549
	Hombre	110	46,8	91	44,0		
	Total	235	100,0	207	100,0		
Grupos de edad de los menores que buscan ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente	< 1 año	32	13,6	32	15,5	0,3	0,583
	1-4 años	83	35,3	74	35,7	0,01	0,925
	5-11 años	87	37,0	64	30,9	1,82	0,177
	12-17 años	33	14,0	37	17,9	1,21	0,271
	Total	235	100,0	207	100,0		
Razones expuestas por los padres o cuidadores para no buscar ayuda asistencial en caso de morbilidad percibida reciente en el menor	Falta de dinero	355	57,2	245	47,6	10,39	0,001
	No lo consideró necesario	206	33,2	226	43,9	13,69	0,000
	Otra	60	9,6	44	8,5	0,42	0,516
	Total	621	100,0	515	100,0		

Tabla 6. Asociación entre la búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en el menor de edad y algunas variables sociodemográficas del menor y del hogar al que pertenece

Variables		Búsqueda de ayuda asistencial por el padre o cuidador en caso de morbilidad percibida reciente en el menor de edad						
		Sí	No	χ^2	Valor P	OR*	IC 95%	
Tipo de población menor de edad	Desplazada	235	1.273	0,077	0,782	0,97	0,793	1,191
	Receptora	207	1.154			1		
Edad del menor (años)	<1	115	390	12,143	0,000	0,56	0,405	0,779
	1 a 4	157	819	0,893	0,345	0,86	0,636	1,171
	5 a 11	151	1.000	0,346	0,556	1,09	0,808	1,487
	12 a 17	70	423			1		
Sexo del menor	Mujer	241	1.303	0,105	0,745	0,97	0,78	1,19
	Hombre	201	1.124			1		
Afiliación del menor al sistema de salud	No asegurado	209	934	0,07	0,792	0,97	0,77	1,22
	Asegurado	149	687			1		
Sexo del jefe de hogar del menor	Mujeres	273	1.446	0,743	0,389	0,91	0,74	1,13
	Hombres	169	981					
Lectoescritura del jefe de hogar del menor	No	85	541	2,025	0,155	1,20	0,93	1,55
	Sí	356	1.883			1		
Presencia de hacinamiento en el hogar del menor	Sí	269	1590	3,55	0,060	1,22	0,99	1,50
	No	173	837			1		

* OR: Oportunidad relativa

grupos de individuos que requerían una atención prioritaria, siendo estos los menores desplazados, con el registro de la RSS como aseguramiento, cuyo jefe de hogar era femenino, sin tener este un oficio remunerado.

Conclusiones

En los menores de 18 años, habitantes de estos asentamientos marginales, se encontraron dificultades de acceso a los servicios de salud. Estas fueron superiores en la población desplazada; sin embargo, en ambas poblaciones el acceso es limitado, de ahí la importancia de la formulación de políticas y el diseño de estrategias orientadas a la población marginada, sin discriminar dentro de ella. La principal razón para no asistir a una institución de salud cuando hubo necesidad de realizarlo fue la falta de dinero.

El estudio revela la conformación de un perfil epidemiológico con dificultad para acceder a una institución de salud caracterizado por: ser menor desplazado, con la carta de la RSS como aseguramiento, con jefatura de hogar femenina y sin que esta tenga un oficio remunerado.

La utilización del método de correspondencias múltiples en este grupo de personas busca asociaciones entre variables y define dos categorías de individuos, con un sentido acorde a lo encontrado en la literatura. Se recomienda continuar realizando investigaciones que exploren categorías de individuos con características especiales, tales como la población infantil localizada en asentamientos marginales, en aspectos fundamentales como el acceso a los servicios de salud, el cual está influenciado por la subjetividad de los cuidadores a cargo de los menores; por tanto, incluir variables de tipo cultural podrían dar cuenta de tipificaciones de individuos que no se alcanzan a identificar en este estudio.

Agradecimientos

A la Organización Panamericana de la Salud por su aval y por la autorización del uso de la información que alimentó este trabajo.

Referencias

1. Colombia. Congreso. Ley 387 de 1997, julio 18, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Bogotá: El Congreso; 1997.
2. Leus X, Wallace J, Loretto A. Internally displaced persons. *Prehospital Disaster Med* 2001;16(3):75-82.
3. Colombia. Presidencia. Red de Solidaridad Social. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. Informe al Congreso de la República, enero del 2001 a febrero del 2002. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 2002.
4. Colombia. Presidencia. Red de Solidaridad Social. Informe sobre desplazamiento forzado en Colombia, primer trimestre del 2001. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 2001.
5. Programa Mundial de Alimentos (PMA), Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Identificación de las necesidades alimentarias y no alimentarias de los desplazados internos. Una encuesta conjunta de las poblaciones desplazadas internamente en Colombia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/pma/InformeCICR-PMA01.pdf> Consultado: noviembre del 2005.
6. Colombia. Presidencia. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.vertice.gov.co/contenido/capitulo.asp?chapter=66> Consultado: noviembre del 2005.
7. Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES). Desplazamiento y violencia. Cap. 5. En: *Un país que huye: desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. Bogotá: Unicef; 1999. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/05.html>. Consultado: noviembre del 2005.
8. Sánchez P. Hacia una vivienda saludable: estrategia integradora que permite cambio a actitudes favorables para el mejoramiento de la salud de las comunidades. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/vivisalud/>. Consultado: noviembre del 2005.
9. Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES). Marginalidad y pobreza: otro drama de los desplazados. Cap. 2. En: *Un país que huye: desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. Bogotá: Unicef; 1999. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/02.html> Consultado: noviembre del 2005.
10. Cortés F. Consideraciones sobre marginalidad, marginación, pobreza y desigualdad en la distribución del ingreso. *Papeles Poblac* 2002;8(31):9-24.
11. Women's Commission for Refugee Women and Children. Millones no vistos: la catástrofe del desplazamiento en Colombia. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.womenscommission.org/pdf/co2_es.pdf. Consultado: noviembre del 2005.
12. Rojas J, Romero M, De Rooy C, Quiroz N, Barona C, Franky S *et al*. Esta guerra no es nuestra: niños y desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá: CODHES, Unicef; 2000. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/conocimiento/guerra.htm>. Consultado: noviembre del 2005.
13. Unicef Colombia. El dolor oculto de la infancia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://unicef.org.co/pdf/dolor.pdf>. Consultado: noviembre del 2005.

14. Unicef Colombia. Cumbre mundial en favor de la infancia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.unicef.org.co>. Consultado: noviembre del 2005.
15. Berman H. Children and war: current understandings and future directions. *Public Health Nurs* 2001;18(4):243-252.
16. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex* 1991;34(1):36-48.
17. Whitehead M. *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Washington, D.C: OPS/OMS. Centro de Documentación e Información CID, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP); 1991. p. 4-6.
18. Gaviria M, Echeverri E, Gómez J, Peñaranda F, Olaya A, Yépez C. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Medellín: OPS/OMS, Universidad de Antioquia; 2003. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/index.htm>. Consultado: noviembre del 2005.
19. Colombia. Presidencia. Decreto 2131 de 2003, julio 30, por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: La Presidencia; 2003.
20. Ruiz M, Angulo M, López M, Vera L, Peña M, Ríos L. Diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones desplazada y no desplazada en Bucaramanga y su área metropolitana, 2003. Bogotá: OPS/OMS, Universidad Industrial de Santander (UIS). [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/estudiosantander2003/index.htm>. Consultado: noviembre del 2005.
21. De La Hoz F, Cáceres H, Duarte F, Schoonewolf J, Sánchez R. Estudio de perfil epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. Bogotá: OPS/OMS, Instituto Nacional de Salud (INS); 2002. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/>. Consultado: noviembre del 2005.
22. Ballesteros MP, Martínez SE. Condiciones de salud en población menor de 18 años desplazada y receptora que comparte asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. Medellín; 2005. Trabajo de grado (Magíster en Epidemiología). Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
23. Norman GR, Streiner DL. *Bioestadística*. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1996.
24. Dawson-Saunders B, Trapp RG. *Basic and clinical biostatistics*. Norwalk, CO: Appleton and Lange; 1990.
25. Díaz L. Análisis de correspondencias. p. 384-419. En: *Estadística multivariada: inferencia y métodos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
26. Panagiotakos D, Christos P. Interpretation of epidemiological data using multiple correspondence analysis and log-linear models. *J Data Sci* 2004;2:75-86.
27. Sánchez R, Herrera N. Caracterización de pacientes hospitalizados mediante análisis de correspondencias múltiples. *Rev Colomb Psiquiatr* 1999;28:25-34.
28. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científico-técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
29. Echeverri E. Panorama de la salud pública en Colombia. p. 360-367. En: Franco S. (Ed.). *La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Memorias cátedra Manuel Ancízar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
30. Colombia. Corte Constitucional. Comunicado de prensa, septiembre 13 de 2005: Ordenes finales para el cumplimiento de la Sentencia T-025 de 2004. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/ordenessentenciat025.pdf> Consultado: noviembre del 2005.
31. Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa L. *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000: resultados. Bogotá: Profamilia; 2000.
32. Colombia. Ministerio de la Protección Social. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co>. Consultado: noviembre de 2005.
33. Colombia. Instituto Nacional de Salud. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co>. Consultado: noviembre de 2005.