

Análisis de la política pública en salud y la importancia de la medicina tradicional en el departamento del Chocó

Limitaciones a partir del régimen subsidiado

INTRODUCCIÓN

Es preciso establecer que este documento no contiene un estudio sobre los alcances del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde su implantación en Colombia, ni una descripción socioeconómica del departamento del Chocó, sólo pretende demostrar cómo las limitaciones del régimen subsidiado hacen que el uso de costumbres, en cuanto a medicina tradicional se refiere, tenga mayor acogida y se arraigue cada vez más en la población chocoana.

En la primera parte se habla de todo el proceso vivido en el sistema de salud colombiano, de las características del territorio chocoano que conciernen a esta investigación y de los componentes de la medicina tradicional. En la segunda parte se realiza una descripción sintética de lo que es el régimen subsidiado. En la tercera parte se expone la normatividad correspondiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En la cuarta parte, tras la escogencia de los actores (*stakeholders*) del tema, se realiza un análisis

de cada uno de ellos según el modelo de Mitchell, Agle y Wood. Finalmente se presentan las conclusiones de la investigación.

Marco de análisis

En Colombia se dio una gran reforma al sistema de salud, la cual parte con el Estudio Sectorial de Salud¹, realizado entre 1988 y 1989. En este documento se analiza el montaje del antiguo y precario sistema de salud existente por aquella época. Se hace énfasis en la correlación entre condiciones ambientales y problemas de salud, en tanto se afirma que «es indudable que se reducirían o eliminarían muchos problemas de salud, desarrollando acciones sobre los factores ambientales que los condicionan u originan» (Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, 1990, 38).

Anterior a este estudio, la salud no tenía el estatus de servicio público, pues no se observaba o quizás se tenía una perspectiva limitada de la realidad en el tema de la calidad de vida de la población colombiana; por ende, no era posible que se diera una mejora en ella dada la brecha de conocimiento acerca del tema.

¹ Este estudio fue realizado por el entonces Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, con el respaldo del Banco Mundial.

Luego de su publicación y paralelamente con la aparición de la Ley 10 de 1990, se propone un cambio en el paradigma predominante, esencialmente «centrado en la salud (bienestar) más que en el control de la enfermedad» [OPS, OMS, 1980. Citado en Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación (1990)]. Lo anterior da pie, con la aparición de la nueva Carta de 1991, en la cual se consagró el derecho a la salud y a la seguridad social², a las transformaciones en este sector.

El punto de partida es determinado por el análisis que se le ha hecho a la teoría en lo que respecta a los problemas de política. Es así como se puede observar que hasta la Ley 100 de 1993 no se había tomado en cuenta a la población con incapacidad de pago para cotizar al seguro social del territorio nacional. Ya con la aparición de ésta, se empieza a dar un cambio en la perspectiva de la sociedad al reconocer que hay parte de la población que tiene necesidades básicas insatisfechas, en un escenario de recursos escasos para dar un mínimo nivel de vida y, por el contrario, su estado es precario y debe acudir al Gobierno central para asegurarse algo, por mínimo e inestable que sea.

En el Chocó, las grandes distancias que existen entre los centros de salud y las viviendas se ven reflejadas en el altísimo costo que debe asumir directamente la persona afectada, es decir, que si ésta no tiene dinero suficiente para pagar el medio de transporte³, simplemente no podrá acceder a los beneficios del sistema. «La pobreza sostiene los tratamientos caseros... ¿No será mejor llamar al curandero y utilizar las yerbas del patio que detienen el mal?» (Velásquez, 2006, 33-34).

Incluso cuando la persona supera el inconveniente en que se convierte la falta de dinero, se enfrenta en seguida a la insuficiencia de los pocos centros de salud. En palabras de Pereachalá Alumá (2008), en Quibdó, el hospital en teoría es de nivel III, pero en realidad las instalaciones de éste no presentan las características que se le atribuyen, como la capacidad para realizar determinadas cirugías. Adicionalmente, los puestos de salud en la región son atendidos por una auxiliar de enfermería cuando, como mínimo, debe estar presente un médico general y, eventualmente, se deben realizar campañas odontológicas y preventivas⁴.

El hecho de que exista, como tal, una supuesta red de protección para las personas con pocos recursos económicos, no garantiza que la prestación del servicio sea efectiva y mucho menos que la cobertura sea satisfactoria. Esto hace aún más evidente el alarmante problema del sector, pues éste es evidentemente de origen estructural; por tanto, en el transcurso de los años, la brecha entre eficiencia y universalidad⁵ se ha hecho casi imposible de disminuir.

La ausencia de infraestructura es un gran factor que determina la preferencia por la medicina tradicional de los habitantes del Chocó. Los nativos no son los únicos que buscan la cura a sus enfermedades en este arte ancestral, también acceden a ella los médicos de otras regiones, quienes buscan mejorar su praxis con nuevas técnicas y elementos curativos, según la observación de Velásquez:

La carencia de vías ayuda a mantener la tradición. «Para ir de Nuquí a Quibdó es obligatorio cruzar la cordillera del Baudó, vadear arroyos y someterse a los istmos. De Punta Ardita a Nuquí se debe armar un bote

² Artículo 48 de la Constitución política de 1991.

³ Lanchas, chalupas, canoas.

⁴ Conversación personal con el antropólogo Rafael Pereachalá Alumá el día 8 de octubre de 2008.

⁵ Dos de los principios básicos del sistema de seguridad social integral consagrados en la Ley 100 de 1993.

y entregarse a las olas. De Cabo Corrientes al mismo lugar se gastan diez o doce horas en pangas inseguras. De cualquier punto del Patía, de Casasviejas, en Mataje, del Tablón o Guandipa a los puestos de salud de Tumaco, hay que volver sobre islas y bajíos. ¿Cómo buscar entonces la seguridad de la medicina moderna, si el facultativo está lejos y cerca el curandero?» (Velásquez, 2006, 33).

La fuerza de la cultura y la eficacia de sus aciertos hacen que los médicos tradicionales tengan un reconocido prestigio, al punto que solamente se recurre a la medicina occidental cuando la primera demuestra su impotencia. Debe recordarse que por medio de ella, que posee una larga trayectoria gracias a su herencia africana, los pobladores han socializado siempre.

El origen del saber contenido en la medicina tradicional afrochocoana tiene diversas fuentes: indígenas, hindúes, europeas y árabes, mezcladas en una matriz africana, de la siguiente manera:

En lo referente a los aportes africanos e hindúes... «A guisa de ilustración, referenciamos la existencia de los ‘polvos de Solimán’, que bien pueden ser drávidas (India), o del índigo (Mozambique, Madagascar). Estos pudieron ingresar al Chocó por contrabando o por la nao de la China, vía Acapulco» (Pereachalá Alumá, 2006, 73).

El concepto de salud dentro de la medicina tradicional en el Chocó «integra un equilibrio psicológico –mágico–, religioso, fisiológico y económico» (Pereachalá, 2006, 74). Por lo que el sabio o chinango, en el momento de diagnosticar una enfermedad, debe tener en cuenta su origen; es decir, si es de Dios (natural) o del diablo (accidental).

Pereachalá escribe al respecto:

«Cuando la enfermedad es de Dios, se acude a un vademécum especializado de oraciones, invocaciones, secretos, etc. Si no hay pronta mejoría, se sabe que es Satán quien actúa. El maleficio se contrarresta con diversas alternativas mágicas, como las oraciones, talismanes, contras y, cuando es menester, se lucha debidamente contra el propio Satán» (Pereachalá, 2006, 74).

Otro aspecto importantísimo de la medicina tradicional es la práctica conjunta con la magia. «El chinango basa su estrategia en su habilidad para manipular la naturaleza y el mundo espiritual, a fin de lograr el resultado deseado» (Pereachalá, 2006, 74). El uso de santos católicos y fuerzas sobrenaturales, entre otros, es muy común en las oraciones, por ejemplo: Santa Helena es utilizada para la defensa personal y la buena suerte, el *Ánima Sola* para caminar sobre el agua y flotar en la tierra y la *piedra de Ara* para la fuerza extraordinaria.

El caso de la tos ferina servirá para hacer un paralelo en los tratamientos curativos de ambas medicinas (tradicional y occidental):

En la medicina tradicional, los pasos son los siguientes:

- 1) Abstenerse de comer alimentos agrios, picante, queso y arroz.
- 2) Poner al paciente una llave de cobre sobre el pecho.
- 3) Tomar agua tibia con goma arábica.
- 4) Tomar agua estancada de los pozos y bañarse en estos.
- 5) Cambiar de habitación al enfermo.

Mientras que el Ministerio de la Protección Social contempla la antibioticoterapia⁶, dentro de la cual están las siguientes opcio-

⁶ Estipulada en el Protocolo de tos ferina, realizado por el Instituto Nacional de Salud.

nes, según edad y condiciones del paciente: eritromicina, claritromicina, ampicilina, amoxicilina y vacunas contra la tos ferina.

La importancia que tiene la medicina tradicional en este departamento es innegable, pues su conocimiento, entendido como «saberes que se transmiten mediante la tradición oral y el uso cotidiano» (Pereachalá, 2006, 107), al ir de generación en generación, ha logrado conseguir a lo largo de su existencia la aceptación de comunidades enteras. Éstas acuden a ella por «confianza, respeto y servicios más económicos» (Fedesalud, 2004, 160).

El Estado «no ha mostrado al campesino las ventajas que obtendría al recurrir a donde el médico. Hasta ahora se ha limitado a reprimir el curanderismo...» (Velásquez, 2006, 33). Esta situación afecta a la población, pues su único referente son los procedimientos médicos ancestrales y no la medicina formal. El sistema de salud no les informa sobre las estrategias o políticas que implementan a partir del contexto de la región chocoana, en consecuencia más relacionada con las prácticas tradicionales, que no sólo sustituyen, también se convierten en la única posibilidad de ‘curar la enfermedad’.

Descripción del sector

La falta de protección, por parte del Estado, a los ciudadanos que no tenían capacidad de pago para cotizar al Seguro Social y la derogación de la Ley 50 de 1990 revelaron a los dirigentes y a la población en general la importancia de extender el cubrimiento de salud a todo el territorio nacional. A partir de este nivel de afectación es cuando se piensa que éste es un problema de política

pública, en la que se «obliga necesariamente a dar elementos sobre sus causas, por lo tanto, a dar soluciones posibles» (Roth, 2003, 59).

Estas soluciones sólo son posibles con la mediación social que logre hacerse desde la política pública, porque es comúnmente conocido que quien vive el problema no tiene la capacidad de identificar qué es lo que pasa. Si se analiza la población pobre y vulnerable del departamento del Chocó, es muy posible encontrarse con un alto porcentaje que no conoce los beneficios a los que accedería si se afiliase al sistema.

Con lo anterior es posible, desde un punto de vista teórico, evidenciar la puesta en marcha de la política pública. La presencia de ésta es fácilmente identificable «cuando una autoridad política local o nacional intenta, mediante un programa de acción coordinado, modificar el ámbito cultural, social o económico de actores sociales, considerados en general dentro de una lógica sectorial» (Muller, 2002, 50), en este caso, la mejora sustancial en las condiciones de salud para la población colombiana. En el sector salud, el compilado de acciones está determinado por la Ley 100 de 1993, en la cual, en su libro segundo⁷, están todos los parámetros del funcionamiento del régimen subsidiado.

Entrando en materia, el régimen subsidiado forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y es definido como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema, cuando tal vinculación se hace con el pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad (Orozco, 2006).

⁷ Titulado así: El Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El régimen subsidiado tiene como propósito financiar la atención en salud de las personas pobres y vulnerables, así como de sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de éste son determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios es complementario del sistema de salud, definido por la Ley 10 de 1990⁸.

Para la identificación de esta población es utilizada la encuesta Sisbén, que contiene los parámetros para determinar la categoría según la precariedad del individuo y, por tanto, el acceso a los subsidios.

Tienen derecho al régimen subsidiado las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del Sisbén, quienes podrán acceder mediante un subsidio total y las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del Sisbén, quienes podrán lograr un subsidio parcial (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Se encuentran dos tipos de subsidios:

Subsidios totales: contienen el conjunto básico de servicios de atención en salud establecidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S).

Subsidios parciales: en este caso, los beneficios son mayores y correspondientes al POS-S, tales como atención integral de enfermedades de alto costo, atención integral en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones, atención integral al menor de un año y los medicamentos que sean formulados como parte de las atenciones señaladas anteriormente (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Análisis de las bases de ley

En abril de 1989 se terminó el Estudio Sectorial de Salud y parte de las recomendaciones hechas en él se sustrajeron para la elaboración de la Ley 10 de 1990. Se destaca el nuevo carácter del concepto de salud: «La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley» (Alcaldía de Bogotá, s.f.).

El sistema de salud se suscribió con la puesta en marcha de todo un procedimiento integral y organizacional⁹, sin embargo, presentaba fallas en los procesos de inclusión, ya que por su diseño sólo atendía a la población suscrita al Seguro Social y algunas cajas de previsión, dejando por fuera a la población flotante desempleada o con empleos informales (Garay, 2002, 118).

El panorama internacional hacia la década de los noventa evidenciaba la reestructuración de la que estaba siendo objeto el Estado, por los problemas dados como resultado del esquema paternalista del mismo. Se buscó principalmente delimitar su cobertura institucional junto con la reducción de su tamaño, también «la demarcación de su papel regulador y los procesos de desregulación, el aumento de su capacidad de ‘gobernanza’¹⁰ y el incremento de su gobernabilidad»¹¹ (Bresser, 1998, 518).

Estos cambios pueden ser entendidos como la delegación de actividades por parte del Estado a otras entidades no estatales para lograr una mayor eficiencia; teniendo en cuenta

⁸ Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud.

⁹ Nunca antes visto, ya que en la Constitución de 1886 no existía ningún artículo que hiciera referencia al sistema de salud.

¹⁰ Entendida como la «capacidad financiera y administrativa en sentido amplio de una organización de implementar sus políticas» (Bresser, 1998, 526).

¹¹ Entendida como la capacidad de gobierno que puede ejercerse sobre un territorio (Márquez, 2006).

ta algunas premisas dentro de la teoría económica que hacen referencia a que la delegación permite que diversas instituciones se encarguen de una tarea específica, para que en conjunto la sociedad se vea beneficiada. Este caso no se presentaría si el Estado tuviese que encarar todas estas responsabilidades por sí solo.

En el lenguaje teórico, la delegación es denominada publicitación, esto es, «transformar una organización estatal en una de derecho privado, pero pública no estatal» (Bresser, 1998, 526). Con esta transformación y con otras como la terciarización, entendida como el «proceso de transferir al sector privado servicios auxiliares o de apoyo» (Bresser, 1998, 526), se dan los escenarios posibles para aumentar tanto la gobernancia como la gobernabilidad al crear o transformar instituciones¹².

Hasta este momento la salud era prestada por un único agente, el Seguro Social. Sólo se atendían a los trabajadores y a las personas con los ingresos necesarios para ser asistidos en caso de una emergencia. Todo lo anterior según los términos de la Ley 50 de 1990. Sin embargo, y con todo el desarrollo y avance jurídico, social e institucional, no se tenía en cuenta a la parte rezagada de la población que no podía fácilmente acceder a un servicio tan necesario como el de salud.

Ya con los cambios del Estado, en Colombia, en 1991, se promulgó la nueva Constitución y, contenidos en ella, se encuentran los artículos 48 y 49, donde se le confiere legitimidad a toda la denominada seguridad social.

Con los casos seguidos de muertes en el país por la falta de asistencia médica y los vacíos en la Ley 50 de 1990, se dio origen

al Sistema General de Seguridad Social en salud, SGSSS, creado mediante Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país.

El SGSSS está compuesto por dos partes la primera de ellas es el régimen contributivo y la segunda, el régimen subsidiado. Este último es el objeto del análisis de la presente investigación.

Las modificaciones que se le han hecho a la Ley 100 en lo que respecta al régimen subsidiado se encuentran en el Decreto 806 de 1998, en el que se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud. También se encuentra el Decreto 2309 de 2002, en el que se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente, el Decreto 050 de 2003 adopta medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Acuerdo 244 de 2003 define la forma y las condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente, con la Ley 1122 de 2007 se efectuaron algunos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación,

¹² Siguiendo la conceptualización de la reforma del Estado desarrollada por Bresser.

equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, así como fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Este panorama muestra, de manera general, el estado normativo del sector, en procura de observar las direcciones y los alcances de la política pública de salud.

Caracterización y definición de actores

Dentro del desarrollo e implantación de las decisiones de las políticas de salud¹³ se desenvuelven diversos actores con mínimos y considerados niveles de injerencia; por tanto, es pertinente utilizar el modelo desarrollado por Mitchell, Agle y Wood, donde, adicional a la definición de actores, se miden en términos cuantificables el nivel de persuasión¹⁴ de cada uno de ellos.

Para esto es fundamental determinar quiénes son los *stakeholders*, definidos como los «actores (internos o externos) que afectan o son afectados por los objetivos o resultados de una organización dada, en diferentes grados, en la medida en que poseen entre uno y tres atributos básicos: poder, legitimidad y urgencia» (Mitchell, Agle y Wood, 1999, 9).

Estos atributos son medidos en 4 matrices de igual nombre, salvo la última que es denominada matriz de consolidación, donde se introducen las mediciones totales de las tres primeras matrices para determinar cuál o cuáles son los actores que tienen mayor importancia en el desarrollo e implantación de políticas públicas en el área de la salud.

Cada una de éstas permite realizar un análisis de mayor profundidad, asignándole a cada actor un valor según sea su «sensibilidad y disponibilidad de los recursos de poder (matriz de poder), el grado de legitimidad en función de qué tan deseables y apropiadas son las acciones de cada actor identificado, en dos perspectivas: para la organización y para la sociedad (matriz de legitimidad) y la evaluación del clamor por la atención inmediata en relación con sus expectativas y demandas (matriz de urgencia)» (Falcao y Fontes, 1999, 12-13).

Con base en este modelo y analizando el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presentan, a continuación, los *stakeholders* del Régimen Subsidiado para el caso chocoano:

- Población pobre y vulnerable: son aquellas personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago (Ministerio de la Protección Social, 2006), como las personas beneficiarias de los subsidios.

¹³ En lo referente al Régimen Subsidiado.

¹⁴ Tal como lo afirma G. Majone: «La persuasión ayuda siempre a incrementar la aceptabilidad del consejo» (Majone, Giandomenico, 1996, 78).



- Superintendencia Nacional de Salud: es un organismo de control y vigilancia que por medio del departamento de inspección y vigilancia se encarga que las ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado) cumplan la norma que les compete.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: se encarga de dictar las formas y condiciones de operación del régimen subsidiado (expedir los acuerdos por los cuales se incluyen los nuevos medicamentos y procedimientos al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S).
- Entes territoriales: por medio de las secretarías de salud municipales se encargan de realizar la encuesta Sisbén y garantizan la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable. También vigilan que las ARS cumplan con sus funciones.
- Administradoras del Régimen subsidiado (ARS): son las encargadas de administrar los recursos del subsidio.
- Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga): es el encargado de captar los aportes de los sectores productivos (de origen fiscal y parafiscal) para el sostenimiento del régimen subsidiado.
- Ministerio de la Protección Social: es el que expide la normatividad que regula el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): éstas pueden ser de origen privado o del Estado; lo importante es que tengan contrato con las ARS, con el fin de garantizar la prestación del servicio de salud. Las IPS comprenden: hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios clínicos, etc.
- Medicina tradicional: se fundamenta en la creencia en espíritus y visiones, generada por el arraigo cultural característico de las comunidades afrocolombianas, las cuales son transmitidas de generación en generación y son practicadas por yerbateros, curanderos, brujos, botánicos y chamanes, al igual que las parteras, que a base de hierbas, rezos y oraciones brindan soluciones a ciertos problemas de salud que la medicina científica no cura. Se definen así¹⁵:
 - Curanderos o yerbateros: son personas dedicadas a curar picaduras de insectos y animales venenosos, al igual que los problemas relacionados con espantos.
 - Botánicos o chamanes: manejan y utilizan plantas medicinales para tratar todo tipo de dolencias.
 - Sobanderos: son personas que corrigen torceduras y zafaduras causadas por golpes en los huesos.
 - Las parteras: se dividen en dos grupos: las complementadas, que son aquellas que están capacitadas por el Instituto Departamental de Salud y reconocidas por el Ministerio de Salud para prestar sus servicios, y las no complementadas, que han aprendido con la práctica, pero no son reconocidas ante los estamentos de salud. Este personal presta sus servicios de control del embarazo, atención al parto y al recién nacido con tomas y baños de plantas medicinales.

¹⁵ Conceptos y definiciones tomados de *El Sistema de Seguridad Social en Salud en la región Pacífica colombiana, La problemática de la población dispersa*, 2004, 160.

Análisis de actores (*stakeholders*)

Matriz de poder

	Recursos de poder							Grados de poder
	Medios coercitivos		Medios utilitarios (recursos)				Medios simbólicos	
	Fuerza física	Armas	Materiales y físicos	Financieros	Logísticos	Tecnológicos e intelectuales	Reconocimiento y estima	
Grado de sensibilidad de los recursos	0	0	3	3	3	3	2	
Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)	0	0	3	3	3	3	2	26.244
Grado de disponibilidad	0	0	9	9	9	9	4	
Grado de poder								
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	0	0	3	3	3	3	3	39.366
Grado de disponibilidad	0	0	9	9	9	9	6	
Grado de poder								
Entes territoriales	0	0	3	3	2	2	2	11.664
Grado de disponibilidad	0	0	9	9	6	6	4	
Grado de poder								
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	0	0	3	3	3	2	2	17.496
Grado de disponibilidad	0	0	9	9	9	6	24	
Grado de poder								
Instituciones prestadoras de Salud (IPS)	0	0	2	2	2	2	2	5.184
Grado de disponibilidad	0	0	6	6	6	6	4	
Grado de poder								
Ministerio de la Protección Social	0	0	2	2	2	3	2	7.776
Grado de disponibilidad	0	0	6	6	6	9	4	
Grado de poder								
Población pobre y vulnerable	1	2	0	1	0	0	2	12
Grado de disponibilidad	0	0	0	3	0	0	4	
Grado de poder								
Superintendencia de Salud	0	0	3	3	3	3	2	26.244
Grado de disponibilidad	0	0	9	9	9	9	4	
Grado de poder								
Medicina tradicional	0	0	3	1	3	3	2	8.748
Grado de disponibilidad	0	0	9	3	9	9	4	
Grado de poder								

Fuente: elaboración de la autora, a partir del modelo de Mitchell, Agle y Wood.

La matriz anterior permite observar que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el actor que mayor grado de poder posee respecto a los demás, dado que sus recursos son mayores. Sin embargo, las Administradoras de Riesgo Profesionales,

junto con la Superintendencia de Salud, comparten el mismo grado de poder; no sería posible que uno tuviese un grado de poder mayor que el otro pues las ARS son vigiladas por la Superintendencia.

Matriz de legitimidad

Grado de deseabilidad de los actores	Niveles de deseabilidad		Grado de legitimidad total
	Para la organización	Para la sociedad	
Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)	3	3	9
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	3	3	9
Entes territoriales	3	3	9
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	3	3	9
Instituciones prestadoras de Salud (IPS)	3	3	9
Ministerio de la Protección Social	3	3	9
Población pobre y vulnerable	3	3	9
Superintendencia de Salud	3	3	9
Medicina Tradicional	1	3	3

Fuente: elaboración de la autora, a partir del modelo de Mitchell, Agle y Wood.

En general, las acciones, o la continuidad de las mismas, de los diversos actores son deseables tanto para la misma organización, como para la sociedad. La única excepción

es la presentada en la medicina tradicional, pues al no pertenecer legítimamente a la política pública en salud, la deseabilidad por parte de la organización tiende a ser mínima.

Matriz de urgencia

Grado de urgencia de los actores	Criterios de urgencia		Grado de urgencia total
	Sensibilidad temporal	Criticidad	
Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)	3	3	9
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	3	2	6
Entes territoriales	3	3	9
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	3	3	9
Instituciones prestadoras de Salud (IPS)	3	3	9
Ministerio de la Protección Social	3	2	6
Población pobre y vulnerable	3	3	9
Superintendencia de Salud	3	2	6
Medicina Tradicional	3	1	3

Fuente: elaboración de la autora, a partir del modelo de Mitchell, Agle y Wood.

Al analizar esta matriz es posible determinar que las ARS, los entes territoriales (departamento del Chocó), el Fosyga, las IPS y la

población pobre y vulnerable, son los actores que mayor demanda presentan por acciones en pro de su funcionamiento y beneficio.

Matriz de consolidación Índice de preponderancia

Actores	Grado de poder		Grado de legitimidad		Grado de urgencia		Total A*B*C	Índice de preponderancia
	Total	Normalizado A	Total	Normalizado B	Total	Normalizado C		
Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)	26.244	1,47	9	0,96	9	1,09	1,54	1,92
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	39.366	2,21	9	0,96	6	0,73	1,54	1,92
Entes territoriales	11.664	0,65	9	0,96	9	1,09	0,68	0,85
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	17.496	0,98	9	0,96	9	1,09	1,03	1,28
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	5.184	0,29	9	0,96	9	1,09	0,30	0,38
Ministerio de la Protección Social	7.776	0,44	9	0,96	6	0,73	0,30	0,38
Población pobre y vulnerable	12	0,00	9	0,96	9	1,09	0,0007	0,0009
Superintendencia de Salud	26.244	1,47	9	0,96		0,73	1,03	
Medicina tradicional	8.748	0,49	3	0,32	3	0,36	0,06	0,07
Total	142.734		75		66		6,43	

Fuente: elaboración de la autora, a partir del modelo de Mitchell, Agle y Wood

La matriz de consolidación presenta el índice de preponderancia medido en las matrices anteriores. Así se muestra los niveles de importancia de los *stakeholders* identificados. Este nivel estará determinado por aquellos valores que estén por encima de la media en cada una de las matrices de poder, legitimidad y urgencia. Esta matriz nos muestra que los actores con mayor grado de injerencia dentro de la política pública en salud –régimen subsidiado– son: las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los entes territoriales (departamento del Chocó), el Fondo de Solidaridad y

Garantía (Fosyga) y, por último, la Superintendencia de Salud. Esto no quiere decir que los actores restantes no tengan importancia dentro del conjunto del régimen subsidiado; simplemente, tal y como lo demuestran los datos, su poder de injerencia no es de tal magnitud como lo es el de los anteriormente mencionados.

Conclusiones

Al hacer una revisión del documento, se identifica la falla en la construcción de la política pública en salud dentro del contexto de esta investigación; es decir, en el departa-

mento del Chocó, al contrario de lo que la teoría supone, se están dejando de lado los imaginarios de la población de una forma casi destructiva para la cultura chocoana, todo según el discurso de llevarles desarrollo y bienestar.

Al tener presentes los dos factores¹⁶ que privilegian el uso de la medicina tradicional en el departamento, como son la ausencia de infraestructura y la herencia africana, está dentro de la posibilidad de cambio que el conjunto de medicina occidental (praxis, reglamentación) y tradicional se complementen para que la cobertura en salud sea no sólo mayor, sino también eficiente, pues llegará a partes más alejadas de las cabeceras municipales a través de los chamanes, curanderos y parteras.

Es penoso¹⁷ admitir que la cooperación internacional ha sido más sensible a la unificación, pues la iniciativa gubernamental no se ha hecho presente. Una muestra de esto es la aparición en Buenaventura de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (Asoparupa), «agrupación de mujeres afrocolombianas que buscan conservar y seguir regalando de generación a generación los saberes ancestrales y culturales transmitidos por sus mayores como herencia en el transcurrir de los años, y procurar que se siga manteniendo la práctica y la supervivencia

de la medicina tradicional. Resultado del forcejeo con una modernidad excluyente, exclusiva y egoísta» (Bermúdez, 2006, párrafo 4). Adicionalmente, a estas comadronas se les ha venido entrenando en técnicas de asepsia¹⁸ para evitar enfermedades posparto.

Es evidente que los agentes de salud tradicional han sido funcionales, al resolver exitosamente los problemas de salud de la comunidad, que de una u otra forma son difícilmente tratables mediante las instituciones de salud estatales y su medicina occidental.

Lo interesante de la medicina tradicional es su carácter no excluyente, como sí lo es la occidental, ya sea por carencia de infraestructura, factores geográficos, económicos, etc. Toda la población chocoana la utiliza, al igual que lo hacen los demás nacionales y hasta los extranjeros.

Según la opinión de la autora, se debe configurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con la inclusión de la medicina tradicional, es decir, utilizarla como una herramienta para llevar bienestar a las poblaciones que, dadas sus raíces y conocimientos ancestrales, no creen en las técnicas curativas modernas. Que su dispersión y caracterización no se conviertan en razones para su exclusión. 

¹⁶ Tenidos en cuenta en esta investigación.

¹⁷ En la medida en que los esfuerzos para conservar nuestra cultura están dentro de iniciativas extranjeras y no de parte de nosotros, como «orgullosamente» colombianos nos proclamamos.

¹⁸ Evitar las infecciones mediante instrumentos estériles.

Bibliografía

MANUEL TIBERIO BERMÚDEZ, *En las manos de una partera*, edición N° 20, diciembre, 2006 (recuperado el 12 de octubre de 2008 del sitio web de La Esquina Regional: <http://www.laesquinaregional.com>).

LUIZ CARLOS BRESSER-PEREIRA, 'La reforma de los años noventa: lógica y mecanismos de control. Desarrollo económico', en *Revista de Ciencias Sociales*, 38, julio - septiembre de 1998, 517-550. Constitución política colombiana de 1991.

Consulta de la norma, s. f. Ley 10 de 1990 (recuperado el 4 de octubre de 2007 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co>).

Consulta de la norma, s. f. Constitución política colombiana de 1886 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co>).

Consulta de la norma, s. f. Ley 1122 de 2007 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co>).

DAFP, Decreto 806 de 1998 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.dafp.gov.co>).

DAFP, Decreto 2309 de 2002 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.dafp.gov.co>).

DAFP, Decreto 050 de 2003 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.dafp.gov.co>).

DAFP, Decreto 806 de 1998 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.dafp.gov.co>).

Derecho y desplazamiento. Acuerdo 244 de 2003 (recuperado el 25 de octubre de 2007 de <http://www.derechoydesplazamiento.net>).

Estadísticas Boletín 2005 (recuperado el 29 de octubre de 2007 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>).

HUMBERTO FALCAO MARTINS Y JOAQUIM RUBENS FONTES FILHO, '¿En quién se pone el foco? Identificando stakeholders para la formulación de la misión organizacional', en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 15, 9, octubre de 1999.

FEDESALUD, *El Sistema de Seguridad Social en Salud. La problemática de la población dispersa* (primera edición), Bogotá, D. C., Scripto Ltda., 2004.

LUIS JORGE GARAY, 'Salud para todos', en *Alfaomega Colombiana. Colombia entre la exclusión y el desarrollo* (primera reimpresión), Bogotá, D. C. Contraloría General de la República, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, *Protocolo de tos ferina, 2007* (recuperado el 12 de octubre de 2008 de <http://www.ins.gov.co>).

GIANDOMENICO MAJONE, 'El análisis como argumento', en *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas* (segunda reimpresión), México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, Fondo de Cultura Económica, 2005.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, *Régimen subsidiado*, junio de 2006 (recuperado el 8 de septiembre de 2007 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>).

-----, Decreto 1054 de 2007 (recuperado el 29 de octubre de 2007 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>).



-----, Decreto 1717 de 2007 (recuperado el 29 de octubre de 2007 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co>).

PIERRE MULLER, 'La génesis de las políticas públicas' en *Las políticas públicas*, Bogotá, D. C., Universidad Externado (Ed.), 2002.

JULIO M. OROZCO AFRICANO, *Por qué reformar la reforma* (edición electrónica gratuita, texto completo en www.eumed.net/libros/2006a/).

RAFAEL PEREACHALÁ ALUMÁ, 'Del conocimiento tradicional', en *En torno al conocimiento tradicional*, Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico (Ed.), 2006.

ANDRÉ-NOEL ROTH, 'Identificación, construcción de problemas y agenda política', en *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*, Aurora (Eds.), 2003.

SENADO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 100 de 1993 (recuperado el 28 de septiembre de 2007 de <http://www.secretariasenado.gov.co>).

ROGERIO VELÁSQUEZ MURILLO, 'Medicina tradicional en el Chocó biogeográfico', en *En torno al conocimiento tradicional*, Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico (Eds.), 2006.

FRANCISCO JOSÉ YEPES Y LUZ HELENA SÁNCHEZ, 'La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿Un modelo de competencia regulada?', en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18 N° 1-2, 2000 (recuperado el 3 de octubre de 2007 de <http://www.scielosp.org>).

