

La gobernanza como fórmula para prevenir la corrupción: El caso del Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó

Tesis para optar al título de magister en políticas públicas

Resumen

En este trabajo se analiza la *gobernanza* como fórmula para prevenir la corrupción, tomando como caso de estudio el Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó. Se empleó la metodología del desarrollo conceptual analítico, mediante la identificación de actores, normas, puntos nodales y procesos relativos al funcionamiento del Hospital. Se caracterizó el estado actual del Hospital a partir de técnicas cualitativas como la entrevista semi-estructurada, el grupo focal, la observación y la encuesta, para identificar el funcionamiento de la gobernanza en la entidad y así proponer prácticas que ayuden a evitar actos de corrupción. Mientras el hospital estuvo intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no hubo una buena gobernanza porque un solo actor estratégico, como lo fue el agente liquidador, se encargó de tomar las decisiones frente al Hospital, y se presentaron actos de corrupción al interior de la entidad. Como consecuencia de esto, no hubo posibilidades de sanear la entidad, hasta el punto de llevarla a la liquidación. Para que exista una buena gobernanza debe existir buena comunicación entre los actores estratégicos con los actores de interés, sobre los procesos, las normas y los procedimientos, que facilite la toma de decisiones conjuntas en beneficio de la mayoría; a través de la creación de espacios para el diálogo público en los territorios.

Palabras clave: gobernanza, corrupción, Hospital San Francisco de Asís, salud, Colombia

Introducción

El *Índice de transparencia de las entidades públicas*, emitido por la organización Transparencia por Colombia (2015) en su reporte anual, califica con un riesgo muy alto de corrupción a la Gobernación del Chocó, ocupando el último puesto entre los 32 departamentos de Colombia. En el informe se indica, por ejemplo, que en la categoría de visibilidad, la divulgación de la información pública alcanza solo un 17 %, en institucionalidad, en el ítem de políticas, medidas y estrategias anticorrupción la calificación fue de 11 %. Más grave aún, en el mismo informe se aprecia que el comportamiento ético es de 0.0, al igual que la gestión de la planeación.

Así mismo, según datos del Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –INBI– del Chocó ascendió al 79 % en 2015, en donde su cabecera tiene un porcentaje de 82 % y el resto del 76 %, lo que evidencia la precaria situación que padecen los habitantes de este territorio del país. No es ajeno a esto el sistema de salud, pues de acuerdo a los informes suministrados por la Defensoría del Pueblo en 2014, el departamento sufre una crisis humanitaria en la medida en que se presentan muertes evitables (aquellas que se producen por falta de prevención o tratamiento del sistema de salud).

Por ejemplo, de 95 niños indígenas declarados muertos por enfermedad diarreica aguda, asociada a desnutrición, hay 20 confirmados como menores de 5 años. También se informan hallazgos en la Red de Controladores del Sector Salud, como la baja cobertura de agua potable, las dificultades con el saneamiento básico y los problemas en el sistema de salud, que se traducen en que no se garantiza la atención de los menores de 5 años, y no se cuenta con personal que pueda comunicarse con la población indígena, las EPS no cuentan con red suficiente para atender a la población afiliada, en ninguno de los niveles de atención y tampoco cumplen con su función de aseguramiento, ni de supervisión a las IPS que contratan. Las IPS contratadas no cuentan con los servicios que ofertan a las aseguradoras para la adecuada atención de la población afiliada, existen anomalías de contratación con medicamentos y problemas de subcontratación; y los recursos de la Unidad de Pago por Capitación no son invertidos en atención en salud.

Las causas inmediatas de estos asuntos en lo atinente al sector salud, según la Defensoría del Pueblo, se debe a las fallas en el cumplimiento de aseguramiento, prestación de servicios de salud, salud pública y la inoportuna intervención y coordinación de las autoridades de salud nacional y regional, de la mano con el incumplimiento del Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, y de los compromisos del plan interinstitucional de retorno de víctimas

de 2013. Este panorama poco alentador demuestra que se debe actuar ante un problema estructural de la población chocoana, con propuestas que permitan encontrar soluciones.

Los datos expuestos en los párrafos anteriores son tangibles en el Hospital San Francisco de Asís, que se encuentra en liquidación, entre otras causas, por los hallazgos de corrupción expuestos en los informes de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República en el auto 039 de 2017, en seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Es por esto que esta investigación busca sustentar que una fórmula para prevenir los actos de corrupción en el departamento del Chocó, tomando como caso el Hospital, es llevar a la práctica acciones de buena gobernanza. El trabajo pretende hacer un aporte académico, teniendo como base la metodología de uso analítico para comprender el fenómeno y analizar, dentro de los diferentes escenarios de la buena gobernanza, donde debe haber un compromiso más férreo de cara a soluciones, identificar actores estratégicos del sector, cómo ha sido y cómo debería ser el papel que estos desempeñan, cuáles han sido los puntos nodales de la problemática del sector salud, cómo se han realizado los procesos para la toma de decisiones y si se han respetado las reglas de juego para ellos.

Se sugerirá entonces cómo debería ser un escenario óptimo entre Gobierno nacional y gobierno regional, entes privados y población civil, a la hora de tomar decisiones de buena gobernanza para el departamento del Chocó, de cara al sistema de salud. Entonces, se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar la gobernanza como fórmula para prevenir la corrupción: caso Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el estado del Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó, en materia de corrupción.
2. Identificar el funcionamiento de la gobernanza en el Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó.
3. Proponer prácticas de gobernanza como fórmula para evitar la corrupción en el Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó.

Para el desarrollo de estos objetivos se plantea una metodología cualitativa, porque permite conocer a fondo el objeto de estudio, que es poco explorado, además de identificar y analizar las percepciones de los actores para comprender el fenómeno a estudiar, utilizando como métodos de investigación la revisión documental, entrevistas semi-estructuradas, observación y la aplicación de encuestas.

Marco teórico

Esta tesis de maestría parte de la hipótesis de que la gobernanza en el sector salud del departamento del Chocó es una fórmula para prevenir los actos de corrupción. Para desarrollar esta hipótesis se definirá, en el siguiente marco teórico, el significado del concepto «gobernanza» expresado por académicos y organizaciones internacionales, los parámetros del desarrollo conceptual analítico para el estudio del término, así como el significado de «corrupción» como categoría fundamental para desarrollar la hipótesis.

Gobernanza

Una de las finalidades de esta tesis de maestría no solo es conocer el concepto de gobernanza, sino también entender y desarrollar los elementos que la integran, para ello se tiene como referencia la definición de Pluntre & Graham (1999 p.31): «La gobernanza se refiere a los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales) con las que una sociedad toma e implementa sus decisiones, y determina conductas».

En este sentido, en el presente marco teórico se desarrollarán los elementos claves de la metodología de uso analítico, la cual consiste en la identificación de actores, normas, puntos nodales y procesos para entender la toma de decisiones, los cuales permitirán una mejor comprensión del concepto gobernanza en salud, en el marco del objeto de estudio de esta tesis de maestría. (Hufty Báscolo Bazzani 2006).

Actores. Estos pueden ser considerados de forma individual o grupal, divididos en dos categorías: actores de interés y actores estratégicos.

Actores estratégicos. Se ubican a individuos o grupos con el suficiente poder para dar directriz en una política pública determinada, tienen la capacidad de impedir la realización de la

política o de llevarla a donde sus intereses les convengan, pueden influir en las reglas y los procesos en donde se toman decisiones al interior de una población.

Actores de interés. Son los involucrados en el aparato institucional pero no tienen mayor incidencia en la toma de decisiones, no tienen capacidad para influenciar en las reglas de juego.

Normas. Existe una clasificación de estas en meta-normas, divididas en normas constitutivas y normas regulativas.

Normas constitutivas. Hacen referencia a principios y valores bajo los cuales se realizó un contrato social de los pobladores. A modo de ejemplo: se respetará la propiedad privada; este principio implica que el gobierno central debe desarrollar una serie de acciones en aras de garantizar que no se vulnere lo acordado; las normas constitutivas son las que expresan cuáles serán las organizaciones que harán parte de la política pública y bajo qué parámetros de funcionamiento van a realizar sus tareas.

Normas regulativas. Son el desarrollo de las meta-normas, las normas regulativas van a controlar el comportamiento de la sociedad, son puntuales y establecen lo permitido o no al interior de una comunidad.

Puntos nodales. Son escenarios de representación en donde un grupo de individuos, que son los elegidos por la sociedad, van a exponer lo que esta propone. Son guiados por reglas de juego preferiblemente preestablecidas, en donde lo que se quiere es que prime el interés general sobre el particular, convergen aquí procesos, actores y normas. En estos escenarios es donde se realizan debates sobre la conveniencia de la implementación de una política pública.

Procesos. Son sucesiones de estados por los cuales pasa un sistema, el análisis de esto busca identificar los cambios en los puntos nodales, la interacción entre actores y la relación de todo esto con los cambios en las reglas de conducta.

A continuación, se hablará de la gobernanza desde los organismos internacionales y autores, para evidenciar cómo éstos comprenden el concepto desde diferentes enfoques.

El Banco Mundial define el concepto como esa gestión imparcial y transparente de los asuntos públicos, comprendiéndolo como un sistema de reglas aceptadas para promover valores deseados por grupos o individuos (World Bank, 1992). Por otro lado, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo —PNUD, expone el concepto desde una visión más pragmática, considerando a la gobernanza como un ejercicio de autoridad económica y política que busca administrar los asuntos de un país en todos sus niveles, y articula los mecanismos que tienen los

ciudadanos para expresar sus intereses y asumir obligaciones frente al sistema (Launay-Gama, 2008). Mientras que la Unión Europea plantea una definición desde la participación, la apertura, eficiencia y coherencia del sistema (Comisión Europea, 2001).

La academia toma estos conceptos de las organizaciones internacionales y los dota de elementos para comprender mejor la gobernanza.

El concepto de gobernanza se entiende como la interacción donde el gobierno central, los gobiernos territoriales, entidades privadas y la sociedad civil, logran llegar a acuerdos sobre las decisiones que benefician a la población según sus necesidades. Este término obedece a una nueva forma de concepción del Estado, donde él no es el único actor responsable de los problemas de sus habitantes, sino que debe interactuar con otros sectores para darle soluciones efectivas a través de la creación y aplicación de políticas públicas.

Cristina Zurbriggen (2010), en el artículo *Gobernanza: una mirada desde América Latina*, manifiesta que la gobernanza: «Surge como un nuevo estilo de gobierno del modelo central jerárquico y de mercado, abriendo paso a una mayor relación entre gobiernos y administraciones públicas con actores no gubernamentales en la hechura de las políticas públicas» (p.39); modelo basado en colaboración y consenso de los distintos actores, esperando así una mejora en los resultados y rendimientos de las políticas. De este concepto de gobernanza surge una nueva interpretación que rompe paradigmas, debido a que el Estado no es el actor dominante en los procesos de decisión.

Teniendo como punto de partida la definición de Zurbriggen se entiende que, para hablar de gobernanza, debe existir más de un rol protagónico en la toma de decisiones, lo que implica múltiples jugadores en la definición de las políticas públicas.

Jessop (1998), introduce una definición del concepto con nuevos elementos para el análisis: «La gobernanza se define como heterarquía, es decir, interdependencia y coordinación negociada entre sistemas y organización» (p.40). Para realizar esta afirmación, el autor expone que existen tres modos de regulación de una sociedad: el primero, jerárquico (por la autoridad), una institución da la orden y las otras la desarrollan; el segundo, económico, regulado por el mercado; y el tercero, heterárquico, regulado por redes auto organizadas y asociaciones, en esta definición prima la sociedad civil como actor fundamental. Es así como, el rumbo que se marca para ejecutar una política que impactará a un número determinado de pobladores, pasa por un diálogo y una toma

de decisiones de todas las instituciones involucradas en su desarrollo, su éxito o fracaso no va a depender únicamente de un solo actor.

Se destaca de esta definición la evolución del significado, encontrando que la gobernanza jerárquica tuvo su mayor auge en Europa Central, en la década de los cincuenta y hasta los setenta, en los ochenta la gobernanza de mercado dominó, predominando el precio, la eficiencia y descentralización, y finalmente, en los años noventa tuvo su mayor auge las redes de gobernanza basada en la interdependencia, la confianza y la empatía que agrupa las dos definiciones anteriores. Por eso, a comienzo de los años 90 aparecen diversos autores que presentan la definición del concepto:

Scharpf (1997), «manifiestan una definición de gobernanza en donde se resalta el empoderamiento de las organizaciones del sector privado y la sociedad civil. La toma de decisiones no está en cabeza principal de una autoridad central, ejecutiva o legislativa, construyendo un proceso que involucra pluralidad de organizaciones tanto públicas como privadas, basado en redes» (p.201). Cuando se habla de redes, se hace referencia a que cada una de las instituciones que realizan una labor dentro de la puesta en marcha de la política pública tienen objetivos comunes, y existe un consenso en la forma de lograrlos.

Desarrollando este concepto de redes aparecen académicos como Rhodes (2007), quien manifiesta que:

La gobernanza se caracteriza por una red de instituciones e individuos que colaboran juntos y unidos por un pacto de mutua confianza, son organizaciones de poder que forman redes semi-autónomas y a veces autogobernadas. En esta definición gobernar es un proceso interactivo, porque ningún agente, ya sea público o privado, tiene los suficientes conocimientos ni capacidad para emplear recursos para resolver unilateralmente el problema. (p.652)

Nace aquí una especie de relación simbiótica entre los actores a la hora de tomar y ejecutar las decisiones, el rol de cada uno de ellos es parte esencial en la red, si uno falla no se llevará a cabo una buena política pública.

La evolución del concepto acerca a los académicos Pierre y Peters (2000) y Meuleman (2009), quienes definen la gobernanza como la: «Totalidad de las interacciones entre organismos públicos, sector privado y sociedad civil, destinadas a resolver problemas sociales o la creación de oportunidades de la sociedad» (p.145). Todas estas definiciones llevan a manifestar a Zurbriggen (2010) que la gobernanza: «Es una nueva herramienta para analizar la complejidad del proceso de

toma de decisiones, generado por la multiplicidad de actores involucrados, que interactúan para formular, promover y lograr objetivos comunes, por medio del intercambio mutuo de conocimiento, recursos, ideas y normas» (p.41).

Se encuentran otros autores como Delamaza y Ochsenius (2009) en el artículo *Redes de participación institucional y gobernanza democrática*; en el caso de los presupuestos participativos en Chile, acuden a un término llamado gobernanza democrática, expresando que:

Se basa en la construcción de una relación sociedad civil - Estado que instaure cursos y mecanismos de coparticipación entre quienes no ejercen directamente el poder político institucionalizado, permitiendo esto incidir en la definición de los intereses y prioridades en el control de lo público, en la toma de decisiones, así como llevar discusiones argumentativas sobre las necesidades que tienen como población. (p.218)

Acuña a la palabra gobernanza el término democrático, es reconocer que las decisiones no se pueden tomar de forma dictatorial, que deben intervenir en ellas los individuos que van a ser sujetos de estas, brindándoles información para debatir en la toma de decisiones.

En este mismo artículo, Delamaza y Ochsenius presentan varios autores, los cuales muestran el concepto de gobernanza: (Blanco y Gomá 2002), (Rodríguez y Winchester 1998), donde expresan que la gobernanza:

Es una nueva estructura o modelo en el cual el poder político deja de estar centralizado exclusivamente en el estado para dispersarse parcialmente en una multiplicidad de actores vinculados entre sí a través de estructuras flexibles y cambiantes de relaciones e intereses- las redes de política pública-, y que el estado requiere coordinar y concertar para dar coherencia y sustentabilidad a su acción. (p.217)

Así mismo, Jones y Gaventa, (2002) manifiestan que: «El concepto de gobernanza, alojado progresivamente en el funcionamiento y prácticas al interior del Estado daría una mejor base de sustentación a un régimen ampliado de ciudadanía (activa y deliberante)» (p.32).

A lo largo de estas definiciones se encuentran elementos comunes de gobernanza como la multiplicidad de actores (sociedad civil, gobierno central y descentralizado, instituciones privadas) y la identificación de problemas comunes que afectan a una sociedad. Se evidencia una nueva forma de resolver los problemas que aquejan a una comunidad, se evoluciona a otras maneras de solucionarlos, pasando de una forma vertical a entender que estos se pueden solucionar de manera horizontal con la concurrencia de todos los posibles afectados por la toma de decisiones, donde

sus intervinientes pueden poseer parte de la fórmula para lograr una política que tenga el impacto deseado para la población focalizada.

Corrupción

Esta tesis de maestría tiene la necesidad de unir ambas consideraciones de lo que se entiende por gobernanza, es decir, todos los conceptos normativos y el desarrollo del uso conceptual analítico, los dos fundamentales para estudiar el escenario que se pretende abordar, teniendo en cuenta que el estudio de caso es el Hospital San Francisco de Asís, donde se busca entender los fenómenos sociales ocurridos dentro de esta institución pública, bajo la idea de lo expresado por Walter Flores (2010) en el texto *Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas*, donde explica que: «Es de relevancia clarificar e integrar los enfoques normativos y analíticos puesto que ambos son necesarios para un abordaje que busque indagar y comprender la complejidad de los fenómenos sociales» (p.138).

En este sentido, un eje fundamental en el presente trabajo de grado es delimitar el concepto de corrupción, debido a que la hipótesis planteada afirma que la gobernanza es una fórmula para prevenir actos de corrupción.

Para comprender el concepto de corrupción, en el marco de este trabajo, es necesario precisar que, para que este sea tangible, es indispensable que exista un actor con capacidad de decisión, cuyas obligaciones le permitan tomar partido para sí o para un tercero en una situación, realizando una transgresión a su deber legal y a las normas que regulan la materia.

El gobierno colombiano suscribió tres convenios referentes a la corrupción: Convenio de Lucha Contra el Soborno Internacional, Convención de las Naciones Unidas de la Lucha Contra la Corrupción y Convención Interamericana de Lucha Contra la Corrupción. Estos convenios, al ser ratificados por Colombia, hacen parte del bloque de constitucionalidad, por lo tanto ingresan al grueso número de leyes colombianas y son el origen de la estrategia nacional de la Política Pública Integral Anticorrupción (PPIA), la cual se encuentra contenida en el documento CONPES número 167 (2013). La (PPIA) se materializa en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, donde se señala que “la lucha contra la corrupción se hará teniendo como base la prevención de este fenómeno, mejorar la capacidad de investigación y sanción y desarrollar herramientas para la lucha contra la impunidad en los delitos asociados a la corrupción, involucrando al sector

privado y a actores sociales, y fortaleciendo el control social y político” (p. 13). Este mismo documento, presenta la siguiente definición de corrupción: “el uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado” (p.18).

En el documento CONPES también se esboza el escenario ideal para realizar actos de corrupción:

“La corrupción se presenta en un escenario de instituciones débiles, que por su diseño o evolución no tienen la capacidad de hacer cumplir las reglas y normas que contienen, son ineficientes e ineficaces, son percibidas como injustas e inequitativas, y no cuentan con mecanismos para controlar el oportunismo, ni para adaptarse a los cambios del entorno. Por lo tanto, si las instituciones son débiles, es decir, las reglas de juego no están bien diseñadas, esto permite ventanas de oportunidad a la corrupción (Martínez, 2009)” (p.19).

De la lectura de este documento encontramos los principales problemas o casos que pueden facilitar la corrupción: deficiente acceso y calidad de la información pública, deficiencia en herramientas de gestión pública, debilidad del control social en la prevención, altos niveles de impunidad en actos de corrupción (CONPES, 2013, p. 28-52). La PPIA se desarrolla en el marco de dos normas especialices sobre el tema, la primera es el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011), la cual está dirigida a fortalecer mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control en la gestión, además contempla en su Artículo 11 las medidas de control dirigidas a las instituciones que están bajo la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud. La segunda, es la Ley 1712 de 2014, referente a la Transparencia y el derecho de acceso a la información pública.

Según la literatura, se considera que existen elementos necesarios para que se presente el fenómeno de la corrupción, como se puede entender de Laporta (1996):

- Desequilibrio institucional entre el protagonismo de algunos agentes y los recursos necesarios para jugar su papel, que puede conducir a buscar dichos recursos mediante prácticas poco ortodoxas.
- Ausencia, debilidad o escasa probabilidad de sanciones, bien por falta de reproche legal, por falta de sanciones legales, o por ineficiencia.

Es por esto que el enfoque de gobernanza que se quiere mostrar en el trabajo de grado, implica la posibilidad de integrar actores en la toma de decisiones, a partir de lo cual se pueden

generar dinámicas de cooperación y coordinación, se superan las jerarquías y se favorece el diálogo concertado, orientado al intercambio y a la solución compartida de los problemas (Cano, 2008).

A continuación se hará alusión a investigaciones referentes a la gobernanza y al sistema de salud, no solo en Colombia sino en otros países de Latinoamérica, que se traen a colación como referencia para este estudio.

Arredondo y Orozco (2014), escribieron el artículo *Indicadores de Gobernanza y protección social en salud en América Latina: fortalezas, debilidades y lecciones desde México*; en este escrito los autores se plantearon que: «En todos los estados hay bajos niveles de gobernanza y dificultad en la conducción efectiva de programas y estrategias de reforma con falta de precisión en reglas y los roles con que operan los diferentes actores del sistema de salud» (p.335), para llegar a esta conclusión, ellos realizaron un análisis documental de estadísticas, publicaciones, bases de datos y entrevistas a personas indispensables para encontrar respuestas a su objeto de estudio, realizando un análisis cualitativo. Para este análisis, los autores desarrollaron una tabla que les permitió definir indicadores de gobernanza y comparar estados mexicanos como: Colima Jalisco, Bc Sur, Oaxaca, Tabasco, Hidalgo. Dentro de dichos indicadores se detectó el nivel de fortalezas (alto, medio, bajo y nulo) en aspectos como: identificación y uso de marcos legales y normativos de estrategias de reformas, participación en toma de decisiones a nivel local, mayor interacción con actores sociales, nivel de acuerdo y estabilidad política entre actores; transparencia en la gestión de programas y recursos públicos.

En la misma línea del trabajo anterior, Báscolo (2010) escribió el artículo *Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud*, quien en su estudio:

Desarrolla un marco analítico para explicar las condiciones de efectividad de diferentes estrategias que promueven sistemas integrados de servicios de salud basados en atención primaria de la salud (APS) en América Latina. Con una perspectiva de economía política, se caracterizan diferentes modos de gobernanza (clan, incentivos y jerárquicos) para presentar alternativas de regulación que promueven innovaciones en organización de la provisión de los servicios. Se presentan condiciones necesarias para garantizar la efectividad de los modos de gobernanza y sus implicancias en términos de puestas en juego. La construcción institucional de un sistema integrado de salud es interpretado como producto de un proceso social, en donde se combinan diferentes modos de gobernanza, que operan con diferentes formas de resolución de los aspectos normativos de regulación de la provisión de los servicios (con el modo jerárquico), de la distribución de recursos (con el

modo incentivos) y sobre los valores sociales que legitiman este proceso (con el modo clan). (p.35)

El autor define en dicho artículo los modos de gobernanza para realizar su análisis, desde la política de APS:

Modo clan. Cuando los actores comparten los mismos valores y objetivos, no hay brechas ni conflictos entre intereses privados y de la organización.

Modo jerárquico. Es regulatorio, donde siempre hay una cabeza que toma las decisiones, pero se genera un conflicto entre la autonomía y la regulación.

Modo incentivo. Evidencia la distribución económica que genera la política de APS, las decisiones que se toman al respecto y la vulnerabilidad de los actores frente a estos recursos. Estos trabajos encontrados entregan elementos que funcionan como guía para el análisis del objeto de estudio de este trabajo de grado, pues introducen una forma para caracterizar la gobernanza, la metodología que se debe utilizar para abordar el estudio y apoyan la hipótesis de que la gobernanza puede ser una fórmula para prevenir la corrupción.

Dentro de los diferentes estudio realizados en la materia, se relacionan los desarrollador por el Grupo de Economía de la Salud, uno de los grupos de investigación de la Universidad de Antioquia, en el marco del Proyecto de Anticorrupción y Transparencia de la Unión Europea para Colombia (ACTÚE COLOMBIA), quienes en su boletín número seis, realizaron un inventario de riesgos de corrupción en el sistema de salud colombiano.

Según este grupo de investigación, existen diferentes procesos dentro del sistema en los cuales se ven inmersos actos de corrupción: contratación, prestación del servicio, facturación, cobro y pago y plan de intervenciones colectivas. Existe un común denominador en cada uno de estos procesos, el que está situado en dos ocasiones de primero como el riesgo que más sucede: el favoritismo, lo que demuestra la tendencia de un sujeto individual o colectivo que tiene la capacidad de favorecer a un tercer o así mismo en un situación.

Otro riesgo vinculado a los procesos mencionados, es el pago o recepción de sobornos, que se ubica en la tabla de riesgos de corrupción en dos momentos: uno, es la facturación y otro el cobro y pago, lo que demuestra una vez más la corrupción inmersa en el sistema.

El Grupo de Economía de la Salud, también expresa en su boletín de resultados de investigación número nueve, que una vez identificados los riesgos de corrupción se identificaron los factores que facilitan la materialización de esos riesgos de corrupción, para esto diseñaron una

encuesta para actores estratégicos del sistema: direcciones territoriales de salud, empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras del servicio y empresas sociales del Estado. El contenido de esta encuesta fue de información recaudada durante entrevistas y grupos focales realizados a profesionales con ardua experiencia en el sistema de salud. Dentro de los resultados arrojados por la encuesta, se mencionan que grande parte de los riesgos de corrupción se materializan en el proceso de contratación.

Teniendo en cuenta lo ya enunciado, los investigadores de este grupo se preguntaron: ¿qué facilita la corrupción y la opacidad? Como respuesta a ellos se identificaron factores facilitadores de la corrupción y la opacidad en el sistema de salud:

- “Recurso humano: crisis de valores, tercerización y capacitación.
- Organización interna: concentración de poder, desconocimiento de procesos y procedimientos y excesiva discrecionalidad.
- Contexto social y político: vínculos de políticos con EPS e IPS, intercambio de favores entre servidores y políticos.
- Control y vigilancia: pasividad institucional, impunidad, deficiencias en organismos de control y vigilancia.
- Información: falta de herramientas adecuadas que faciliten el flujo de información.
- Normalidad: las reglas no son transparentes, prima la normatividad amañada del sector” (GES, 2017).

Otro de los estudios recientes, consultados a propósito de este trabajo de grado, es el de Manuel Vega Vargas (2018), publicado en el libro *Corrupción en Colombia*, donde se parte de la idea de que “la corrupción es un concepto multidimensional y dinámico” (p.207), porque en cada uno de los engranajes del sistema se evidencian actores de corrupción.

Así mismo, este estudio cita al observatorio de transparencia, “informa que la mayor cantidad de riesgos de corrupción se hallaban en los macro procesos de gestión jurídica y gestión financiera, por estar vinculados a la generación de contratos como facturación y pago” (p. 218). “Los elementos que causas corrupción en salud en mayor medida fueron el favorecimiento a terceros, la poca cultura ética, el aprovechamiento del cargo, el tráfico de influencias y la falta de implementación de controles” (p. 219). “Este estudio manifiesta que la configuración de formas de corrupción en el nivel de funcionarios públicos, determina relaciones de poder hacia arriba con políticos de carácter nacional, hacia abajo con funcionarios de menor rango y hacia los lados con actores privados como las EPS o las IPS y con los médicos, cómplices de algunos hechos de corrupción” (p. 231).

La afirmación realizada muestra como todos los actores de interés del sistema interactúan para idear estrategias para defraudar al mismo. Este estudio realiza un análisis cualitativo basado en información recolectada del Observatorio de Transparencia y Anticorrupción, donde se evidencian procesos de responsabilidad fiscal en salud entre los años 2008 y 2016, que demuestran que existieron detrimentos patrimoniales, los cuales fracturaron el sistema.

La investigación muestra que el modelo de mercado regulado del sistema de la mano de las relaciones de poder de los actores estratégicos y de fenómenos políticos que se articulan a las realidades económicas, configuran el cuadro de la corrupción en el sector salud.

A manera de conclusión, este estudio revela que “desde el fraude en la afiliación de los usuarios, pasando por la apropiación de recursos de parte de los funcionarios, hasta la desviación y apropiación de recursos de parte de las IPS Y EPS, todos los niveles y actores están dotados de técnicas, prácticas, estrategias, pero también nociones, valoraciones y sentidos que fragilizan los límites de lo que conceptualmente se muestra en apariencia claro y separado: legalidad e ilegalidad” (p. 251).

Entender la multiplicidad de actores en el sistema de salud colombiano implica reconocer el grado de responsabilidad de cada uno de ellos, por eso el estudio anterior se da a la tarea de mostrar cómo cada actor del proceso comete actos de corrupción que lo único que permiten es convertir al sistema en inviable. Se realiza una división de fenómenos así: derecho como transacción, bien y oportunidad; la respuesta a la proletización: los médicos; lo público en beneficio privado; de sobrevivir a defraudar: el dilema de las IPS; el deslumbramiento de actores externos al sistema, intermediación, acumulación y desvío, las líneas delgadas que cruzan la EPS.

Metodología

Para el proceso de análisis de la gobernanza como fórmula para prevenir la corrupción: caso ESE Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó, se utilizó una metodología llamada «desarrollo conceptual analítico o de uso analítico», propuesta por los académicos Marc Hufty, Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani (2006), en el documento llamado *Gobernanza en Salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*. Así mismo, para la recolección y análisis de los datos se utilizó métodos cualitativos, pues, su importancia se debe a que «Apunta a la comprensión de la realidad como resultado de un proceso histórico a partir de la lógica de sus

protagonistas, con una óptica interna y resaltando su diversidad y particularidad» (Galeano, 2004, p.18).

La metodología utilizada en esta tesis de maestría consistió, primero, en identificar los actores, tanto del orden nacional, departamental y municipal, en la toma de decisiones en salud en un determinado territorio, el rol que estos juegan en la orientación de la política pública, el manejo de los recursos y la forma como se van a distribuir en lo largo y ancho de sus territorios; se identificó, de igual forma, segundo, los procesos, la situación anterior y actual del Hospital y, tercero, las reglas de juego que deben dar como resultado una eficiente prestación del servicio de salud en la población. Analizando estos tres factores se llegó a entender las razones por las cuales una sociedad toma un rumbo en la ejecución de sus políticas públicas.

Para lograr los objetivos se aplicaron cinco técnicas de investigación, que provienen los métodos cualitativos: entrevistas semi-estructuradas, análisis documental, encuestas, observación y grupo focal. Estos procesos se aplicaron en dos momentos del tiempo: durante los días 14 de julio de 2018 y 24, 25 y 26 de noviembre de 2018, con el siguiente cronograma de trabajo:

Tabla 3. Entrevista a actores estratégicos y actores de interés.

Técnica de investigación	Participante	Tipo de actor	Fecha	Lugar
Entrevistas.	Carlos Tirso Murillo Hurtado, secretario de Salud del Departamento del Chocó.	Estratégico	14 de julio de 2018.	Quibdó, Chocó.
	Jorge Arboleda, líder del paro cívico del 2017.	Interés	14 de julio de 2018.	Quibdó, Chocó.
	Gloria María Ibagüen Garcés, enfermera Jubilada del Hospital San Francisco de Asís	Interés	14 de julio de 2018.	Quibdó, Chocó.
	Fredy Braulio Cuesta, gerente Contraloría Departamental del Chocó	Estratégico	24 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.
	Brinnay Córdoba Rodríguez, secretaria de Salud de Quibdó.	Estratégico	25 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.
	Acxam Duque Gómez Procurador regional del Chocó	Estratégico	26 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.
	Carlos Palacios Perea, gerente Nueva ESE Hospital San Francisco de Asís.	Estratégico	26 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.

Grupo focal.	Dally Isabel Moreno Ordóñez, enfermera jubilada del Hospital San Francisco de Asís. Nubia Pino, enfermera activa del Hospital San Francisco de Asís. Teresa de Jesús Guevara Arias, enfermera jubilada del Hospital San Francisco de Asís.	Interés	25 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.
Encuesta.	Usuarios y no usuarios del Hospital San Francisco de Asís.	Interés	24, 25 y 26 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.
Observación.	En el territorio donde se encuentra situada el Hospital San Francisco de Asís.		14 de julio; 24, 25 y 26 de noviembre de 2018.	Quibdó, Chocó.

Fuente: Construcción propia.

Nota: las anteriores técnicas aplicadas cumplen con el consentimiento de los participantes (ver formato en anexo)

Como categorías principales para el análisis se plantearon la gobernanza y la corrupción, desde los elementos que define el uso analítico: actores de interés, actores estratégicos, las normas y los procesos en el Hospital San Francisco de Asís, siendo estas últimas las categorías secundarias.

En el siguiente cuadro se especifica la metodología, participantes, categorías y algunas preguntas de investigación:

Tabla 4. Planteamiento metodológico.

Tabla 1: planteamiento metodológico

Objetivo	Categoría principal	Categoría secundaria	Técnica de investigación	Actor o actores	Preguntas a resolver
<p>Caracterizar el estado actual del Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó.</p>	<p>Gobernanza. Corrupción.</p>	<p>Actores de interés. Actores estratégicos. Normas. Procesos.</p>	<p>Revisión documental. Sentencia T760 de 2008 de la Corte Constitucional.</p>	<p>Corte Constitucional.</p>	<p>¿Cuál es la situación actual del Hospital según la sentencia? ¿Cuáles de los hallazgos evidencian corrupción? ¿Cuáles son las características de gobernanza que se pueden evidenciar en la sentencia?</p>
			<p>Grupo focal y observación participante.</p>	<p>Empleados actuales del Hospital.</p>	<p>Desde su percepción ¿Cuál es la situación actual del Hospital? ¿Cuáles considera que son las causas de la situación? ¿Usted participa o participaba de la toma de decisiones? ¿Qué espacios existen para la toma de decisiones? Para decidir sobre un tema ¿Cuál es el trámite interno y externo? ¿Sabe cuáles son las instituciones que intervienen en la toma de decisiones? ¿Conoce los canales de comunicación?, ¿los consulta?</p>
			<p>Entrevistas semi-estructuradas.</p>	<p>Funcionarios de la Contraloría, Procuraduría y Fiscalía. Funcionarios del Hospital.</p>	<p>Nombre, cargo, tiempo en la institución, explicación sobre el trabajo. ¿Cuál es su opinión sobre la situación</p>

					<p>del Hospital, como ente de control? ¿Cuáles cree que han sido las causas que llevaron al Hospital a esta situación? ¿Usted qué propondría? Para el ente de control: ¿Cuáles fueron los hallazgos más significativos?</p>
			Encuestas.	Usuarios (muestra aleatoria, máximo 60).	<p>Identificación y características sociodemográficas. ¿Conoce la situación actual del hospital? ¿Cómo califica esa situación? (Desde «muy buena» hasta «muy mala»).</p>
Identificar el funcionamiento de la gobernanza en el Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó.	Gobernanza.	Procesos. Punto nodal.	Entrevistas semi-estructuradas.	Funcionarios del Hospital.	<p>¿Quiénes intervienen en la toma de decisiones sobre los asuntos del Hospital? ¿Cree que todos los que deberían hacerlo, participan en la toma de decisiones frente al Hospital? ¿Dónde se llevan a cabo las discusiones sobre los temas del Hospital?</p>
	Gobernanza.	Procesos. Punto nodal.	Encuesta.	Usuarios (muestra aleatoria, máximo 60).	<p>¿Ha participado en la toma de decisiones frente al hospital? «Sí-no», ¿En cuál? ¿Conoce el rol del gobierno central dentro del Hospital?, ¿Cómo lo califica?</p>

					<p>¿Conoce el rol del gobierno departamental dentro del Hospital?, ¿Cómo lo califica?</p> <p>¿Conoce el rol del gobierno municipal dentro del Hospital?, ¿Cómo lo califica?</p> <p>¿Conoce los espacios donde se debate sobre el Hospital?</p> <p>¿Ha participado en algún espacio donde se toman decisiones sobre el Hospital?</p>
<p>Proponer prácticas de gobernanza como fórmula para evitar la corrupción del Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó.</p>	<p>Gobernanza. Corrupción.</p>	<p>Actores de interés. Actores estratégicos. Normas. Procesos.</p>	<p>Análisis de hallazgos de la aplicación de los métodos. Marco teórico.</p>		<p>¿Se cumple con la hipótesis planteada en la tesis de maestría?</p> <p>¿Se desarrollaron los objetivos?, (general y específicos).</p>

Análisis y resultados

Gráfico 1: Resumen del planteamiento del trabajo de grado. Base para el análisis.



Estado del Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó, en materia de corrupción

Para conocer el estado del Hospital San Francisco de Asís se realizó el análisis de la documentación publicada por la Contraloría General de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Corte Constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, teniendo en cuenta la relación entre los hechos emitidos y el concepto de corrupción. También se analizaron entrevistas y encuestas realizadas a los actores estratégicos y de interés del departamento. Lo narrado a continuación es lo que dentro de la metodología de uso analítico se comprende como procesos, identificando puntos nodales, interacción entre actores y la relación de esto con los cambios en las reglas de conducta.

En entrevista con dos líderes sociales del departamento, se logran evidenciar elementos de corrupción en la institución de salud seleccionada para este estudio. La líder social GMI, expone que el Hospital San Francisco de Asís venía presentando graves problemas desde el año 2005 porque no se respetaban asuntos mínimos como los contratos de medicamentos, el pago del

personal; por ejemplo, cuando el Hospital compraba una camilla a un proveedor, este inflaba su precio, porque en palabras de la líder: «Debía darle de comer a 3 o 4 administrativos».

Así mismo, en el grupo focal con enfermeras activas y jubiladas se evidenciaron actos de corrupción como los que ellas narran: «Cuando yo inicié en el hospital estábamos bien, pagaban a tiempo. Pero con el tiempo llegaron los pagos atrasados, empezaron a faltar insumos y comenzaron los paros»¹. En este mismo sentido, explican que:

El Hospital se fue disminuyendo por la parte política, porque siempre el cargo del gerente es político; tuvimos gerentes que nos dejaban seis meses sin recibir el sueldo, ellos hacían compromiso con sus amigos que tenían su dinero. Nosotros le vendíamos el sueldo, prácticamente nos obligaban a hacerlo, porque tenemos hijos pequeños estudiando, no teníamos que comer, entonces teníamos obligatoriamente que vender y había veces que uno vendía y al otro día pagaban el mes, y nos compraban el sueldo al 25, 30 o 35 %, fue una época muy dura.

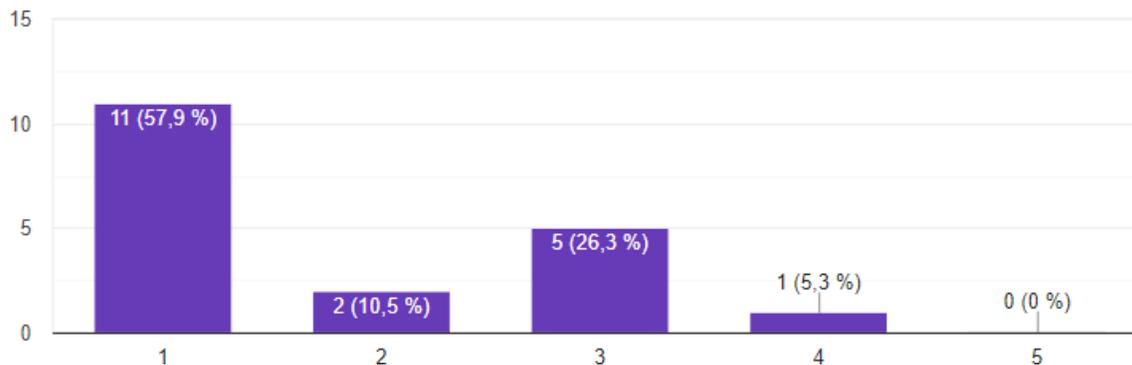
También se comentaba, siempre, que habían entrado recursos pero que la plata no aparecía, y se comentaba que el gerente se quedaba con la plata y así también con los suministros, ellos tenían gente que les suministraba los insumos y se quedaban con una parte.

Otra cosa, como es política, en la planta administrativa incluían mucho personal y como la nómina es tan grande no daba para pagarla, pero en realidad no se necesitaba, como al gerente lo nombra el gobernador, este manda gente y no puede decir que no se los va a contratar. (Pino, grupo focal, 25 de noviembre de 2018)

Los comentarios mencionados anteriormente, resultado de la aplicación del grupo focal y las entrevistas, evidencian una red de corrupción donde los empleados de la entidad resultaban perjudicados al tener que perder un porcentaje de su sueldo para poder subsistir, lo que desencadena en una mala atención al usuario final, en la calidad del servicio y en la mala percepción de los usuarios y no usuarios, los cuales también hicieron parte de la recolección de información para el análisis; como se evidencia en la Figura 1, fueron encuestadas 19 personas de las cuales. En una escala de 1 a 5, siendo 1 muy mala y 5 muy buena. La calificación arroja un dato contundente del hospital pues, el 57,9% define como muy mala la situación del mismo (ver figura 1).

¹ Ibargüen, entrevista semi-estructurada, 14 de julio de 2018.

Figura 1. Percepción sobre el Hospital San Francisco de Asís.



Fuente: Encuesta a usuarios sobre el Hospital San Francisco de Asís

Continuando con los hallazgos en materia de corrupción en el Hospital San Francisco de Asís, la secretaria de Salud del municipio de Quibdó explica situaciones como la siguiente, que evidencian la relación con las EPS: «Le pagan a usted 20 % y el 80 % se queda allá, pero lo debe ir a negociar y usted me entiende, qué se entiende por negociar, se quedan ellos con los recursos».

En la Sentencia T760 de 2008 se evidencian los procesos por los cuales pasó el Hospital durante la intervención, pues el Ministro de Salud y Protección Social precisó que, en gran medida, la problemática del Hospital San Francisco de Asís se concentra en la corrupción en el departamento. Sin embargo, reconoció que el Hospital tuvo problemas, como el hecho de que la planta física no cumple con los requisitos de habilitación, la baja capacidad de gestión administrativa, el elevado valor de los pasivos, la dificultad para retener el talento humano que permita garantizar servicios de salud de mediana complejidad. De igual forma, evidenció las dificultades de categorizar en riesgo alto sin validación, las complicaciones en la gestión de sistemas de información (historia clínica), la insuficiente gestión del proceso de atención al paciente (seguridad) y la baja capacidad resolutiva (urgencias y otros servicios).

En entrevista con el gerente actual de la Nueva ESE, menciona que:

Hubo muchos problemas, unos fueron de orden político y otros fueron por fallas administrativas, eso fue lo que dio origen a que se interviniera. El problema de orden administrativo y económico hizo que el hospital se volviera inviable en ese momento, y al ser inviable el Gobierno asumió la responsabilidad de intervenir para cambiar la situación. (Palacios, entrevista semi-estructurada, 26 de noviembre de 2017)

En concordancia con lo anterior, una de las enfermeras participantes del grupo focal expuso:

La Nueva ESE anteriormente era del departamento, pero por las cosas políticas dejó de ser del departamento y la cogió una fiduciaria, fueron 10 años donde ellos eran quienes la manejaron y lo que hacían era llevarse lo que nosotros trabajábamos; tuvimos ocasiones donde el gerente, con lo que nosotros producíamos, surtía a hospitales de otros lugares del departamento. Viendo esto, un grupo del Hospital y los sindicatos nos pusimos las pilas para que nos devolvieran el Hospital, hicimos un paro. (Pino, grupo focal, 25 de noviembre de 2018)

Así como la enfermera, el líder social JEA, expresa con vehemencia su percepción sobre la intervención del Gobierno nacional en el Hospital:

Yo creo que es la peor experiencia que pudo haberle quedado a el departamento del Chocó, de hecho la prensa nacional lo ha mostrado, los interventores llegaron aquí con una deuda y terminaron con una deuda de, yo creo, que cien veces por encima de la deuda inicial; yo les llamo a estos personajes bandidos y asesinos, porque el que roba plata de salud es un asesino, es peor que alguien coja un cuchillo y me dé una puñalada. (Arboleda, entrevista semi-estructurada, 14 de julio de 2018)

Los hallazgos de los entes de control contemplados en el Auto 039 de 2017, dan seguimiento a la Sentencia T760 de 2008: Caso focalizado Chocó. Auto de valoración de órdenes sobre dificultades estructurales que aquejan al Hospital San Francisco de Asís.

En este documento se explica que el Gobierno nacional comenzó la intervención del Hospital con un pasivo de 4000 millones de pesos en el año 2007, y lo entregó en el 2016 con una deuda de 37 451 003 343 COP, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Tabla 5. Evidencia del pasivo del Hospital San Francisco de Asís a 2016

Concepto	Valor en pesos colombianos
Acreencias laborales	169 395 200
Impuestos, tasas y multas	5 559 709 290
Adquisiciones de bienes y servicios – acreedores	17 125 191 440
Créditos judiciales	8 480 510 532
Pasivo contingente judiciales y labores	5 920 836 775
Otros pasivos	195 360 106
Total pasivos	37 451 003 243

Fuente: Auto 039 de 2017 informe Superintendencia Nacional de Salud

La Corte Constitucional expresa en este documento que:

Esta Sala encuentra que durante el proceso de intervención administrativa adelantado por la Supersalud la gestión administrativa fue deficiente, lo cual llevó a que los pasivos del Hospital siempre tuvieran una tendencia hacia su crecimiento, a tal punto que, como lo manifestó el Gerente del Hospital antes de la liquidación, mes a mes se generaba un déficit aproximadamente de \$700 millones de pesos. Así, entonces, se demuestra que la intervención del Hospital no logró obtener la autosuficiencia del mismo llevando a la inviabilidad financiera que finalmente generó su liquidación. (Sentencia T760 de 2008)

En este mismo sentido, tanto el gerente de la Contraloría como el procurador del departamento del Chocó, expresaron percepciones similares frente a la intervención:

El Hospital San Francisco de Asís tuvo en el año 2006 – 2007 una intervención desde el nivel central donde pasaron un número significativo de administradores temporales y sobre los mismos no había un control directo, porque todas las rendiciones las hacían a nivel central, salió peor la cura que la enfermedad. (Cuesta, entrevista semi-estructurada, 24 de noviembre de 2018)

Se supone que las intervenciones tienen unos objetivos de procurar el saneamiento y procurar el rescate de las entidades, esta intervención como vemos no logró eso y como está documentado se agudizó aún más la situación del hospital, lo que generó su liquidación y la creación de una nueva ESE. (Duque, entrevista semi-estructurada, 26 de noviembre de 2018)

El líder social JEA expresa que:

La relación con el Estado no existe porque todos conocemos lo que pasó con la creación de la Ley 100, sistema que ha servido para enriquecer a algunos pocos, y vemos cómo los recursos están siendo más bien desviados para otros fines, y cómo la comunidad sigue quejándose del tema de salud, lo que conlleva a que haya una ruptura total entre Estado, sociedad civil y los privados —las EPS—. Esto es estructural, la operación es clara, no le pagamos a los hospitales, invertimos los recursos en otras cosas, los directivos de la EPS se asocian con los que legislan porque ellos son los dueños y quiero llamar la atención en este sentido: La superintendencia a veces no actúa, la superintendencia es del estado y uno a veces piensa: cómo es que el mismo estado va a supervisar lo que ellos están robando, la superintendencia actúa cuando le conviene. (Arboleda, entrevista semi-estructurada, 14 de julio de 2018)

Las situaciones de corrupción narradas anteriormente, identificadas antes y durante la intervención, evidencian la no existencia de gobernanza durante este tiempo, todas las decisiones

fueron tomadas por un solo actor, llevándola a un detrimento patrimonial tal. que no hubo salida a la crisis y se debió liquidar, reflejo claro de la antítesis de la buena gobernanza según los parámetros establecidos en el marco teórico diseñado para esta tesis de maestría, donde la gobernanza implica multiplicidad de actores en la toma de decisiones, encaminado al bienestar de un determinado territorio.

Funcionamiento de la gobernanza en el Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó

Los párrafos anteriores permiten evidenciar diferentes escenarios de corrupción desde cada uno de los actores estratégicos que intervienen en el fenómeno estudiado para esta tesis de maestría: normas sociales quebrantadas, puntos nodales en la discusión y la variación de procesos teniendo como hito el paro cívico de 2017, que reflejan diferentes momentos de la gobernanza en el territorio. Aquí la sociedad civil comienza a cumplir un papel importante al participar, así sea reflejando a través de la protesta los síntomas de desgaste e inconformidad.

La corrupción se convierte en la antítesis de la gobernanza, debido a que en esta se ven reflejadas prácticas que van en contravía de las reglas inicialmente pactadas. Donde se presentan escenarios de debilidad institucional y poco suministro de información para la toma de decisiones, los actores estratégicos utilizan la balanza a su favor sin pensar en las necesidades que tiene la población, y el poco control institucional por parte de las entidades encargadas de supervisar los recursos y el actuar de los funcionarios públicos.

Una buena gobernanza garantiza patrones de comportamientos éticos por parte de las personas que integran las instituciones que desarrollan la política pública de salud en el departamento, esto, en atención a que las personas deberían ser cumplidoras de las reglas de juego pactadas, siempre anteponer el interés general sobre el particular, conocer el territorio y las necesidades de la población, creer en las instituciones que desarrollan las políticas públicas, suministrar la información adecuada para que la comunidad sea parte activa en la misma; la población no debería actuar de forma pasiva ante las ineficiencias del sistema, los entes de control deberían actuar de forma oportuna y realizando fallos conforme al derecho, los cuales adviertan a los corruptos cero tolerancia a sus conductas.

Según la metodología de uso analítico implementada para la comprensión del fenómeno estudiado para esta tesis de maestría, se precisa definir cada uno de los elementos que la

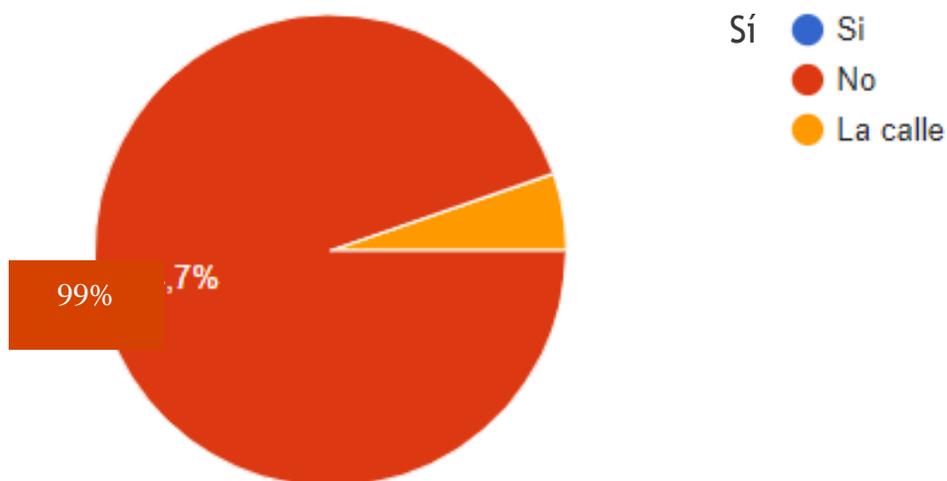
conforman, estos son: los actores que la integran, las normas sociales, los puntos nodales y los procesos:

Actores estratégicos. Para el Hospital San Francisco de Asís son: la Gobernación del Chocó, Gobierno nacional: Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, la gerencia y la junta directiva.

Actores de interés. Son los usuarios individualmente considerados y los funcionarios de la entidad que no toman decisiones, pues estos no cuentan con mayor incidencia en la toma de decisiones ni tienen la capacidad para influenciar en las reglas de juego. Sin embargo, cuando la comunidad logra organizarse para conseguir objetivos comunes, como mejorar el sistema de salud de su territorio, pasa a ser un actor estratégico, pues con acciones como un paro cívico adquieren poder de decisión y abren espacios para la construcción conjunta con quienes normalmente lideran los procesos, porque son los usuarios quienes se ven afectados con la mala implementación de la política pública.

En la encuesta realizada a 19 personas, se preguntó por la participación en la toma de decisiones frente al Hospital (Figura 2), pero el 99 % expresó no hacerlo, y un 1 % asegura hacerlo en espacios informales como «la calle»:

Figura 2. Participación de la comunidad en la toma de decisiones del Hospital San Francisco de Asís.



Fuente: Encuesta a usuarios sobre el Hospital San Francisco de Asís

Normas. Las normas regulativas deberían ser aplicadas de forma eficiente por los órganos de control y de manera ejemplar en las personas que realizan actos de corrupción contra el sistema.

Luego de analizar los documentos publicados por los diferentes entes de control, en el Chocó las meta normas como principios generales no se están aplicando, porque no se está prestando una atención adecuada, oportuna y suficiente, no existe unidad, no hay sinergia entre las instituciones y las prestadoras del servicio, por ello no existe una cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, se evidencia como los recursos no se aplican siempre a los más vulnerables sino que queda en manos de privados, los cuales solo buscan un lucro personal.

Así mismo, los órganos que dan dirección no cumplen de manera eficiente con su función, ya que después de distintas intervenciones, no se han evidenciado mejoras para la población; durante las entrevistas realizadas, se logra hacer lectura de la percepción del secretario de Salud del departamento, de la secretaria de Salud del municipio de Quibdó, del gerente de la Contraloría, del procurador del departamento, el gerente del Hospital, y de los líderes y las enfermeras en el grupo focal, sobre los bajos resultados de las intervenciones realizadas por los entes nacionales, como se mencionó anteriormente en el documento.

Puntos nodales. Los escenarios de discusión deberían ser la Asamblea Departamental y los Concejos Municipales, porque una de sus funciones es la expedición de ordenanzas departamentales y acuerdos municipales mediante las cuales se debería desarrollar una política sectorial pública de salud. Y segundo, tienen la responsabilidad de realizar control político a la ejecución de los recursos de la política pública. Tanto la Asamblea como los concejos deberían ser los puntos nodales naturales, porque son quienes conocen los territorios y las necesidades de la población. Los espacios donde se promueva la participación de la comunidad tendrían que ser otro punto nodal, sin embargo, luego de aplicar los instrumentos de investigación cualitativa, se observó que donde se tomaban las decisiones de forma unilateral, durante la intervención del Hospital San Francisco de Asís, era en la Superintendencia a través de su agente interventor, pero luego del paro cívico departamental en el año 2016, cambia el punto nodal, las decisiones se toman con la participación de la Gobernación, los entes municipales y la comunidad dentro del territorio chocoano, con esta nueva forma de trabajar en conjunto están caminando proyectos como: la creación de un hospital de tercer nivel y un nuevo modelo de atención integral en salud.

Los procesos. Cuando se realiza una intervención que obedece a las necesidades de la población, se pasa de un proceso resistido donde la dinámica en la toma de decisiones solo gira en

torno a un actor, a un proceso que es validado por todos los que tienen incidencia en una política pública, como lo que sucedió después del paro cívico departamental. Así lo ejemplifica, una de las enfermeras durante el grupo focal:

Ahora que el Hospital pertenece al departamento, el gobernador nombró a Carlos Palacio porque el Hospital lo pidió, porque ya se había desempeñado muy bien en otros cargos. Cuando él inició, inició de cero, con un monto para que nos pagara siete meses, ahora nosotros vivimos con lo que producimos, pero las EPS no pagan, siempre vivimos ahogados de insumos, porque no hay una excepción que pague a tiempo; para pagar algo debe ser comisiones sobre comisiones, o sea que el gerente tiene que sacar un personal para que estén cobrando en las EPS e ir hasta donde ellas para hacer el cobro directo. (Pino, grupo focal, 25 de noviembre de 2018)

Gráfico 2: Línea de tiempo de los procesos que vivió el Hospital San Francisco de Asís.



La Corte consideró que las reiteradas prórrogas a la intervención forzosa para administrar el Hospital que se extendieron por más de 8 años, atentaban contra los derechos de los usuarios del servicio y posiblemente habían sido fuente de varios actos de corrupción. Por esta razón, en el

numeral 7 de los antecedentes expresados en el auto 039 de 2017 se dispuso que, para el 4 de enero de 2016 se debía haber decidido definitivamente la situación administrativa del Hospital, lo cual implicaba que no se podría continuar prorrogando indefinidamente la medida impuesta por la Supersalud (solo contempló la posibilidad de efectuar una única y última prórroga en caso de ser estrictamente necesario). Explica el gerente de la Nueva ESE Hospital San Francisco de Asís, que:

Luego del paro cívico, la gobernación del Chocó y Supersalud hicieron unas reuniones para ponerse de acuerdo y regresar el Hospital al departamento bajo unas condiciones especiales, de las cuales el Ministerio asignó un apalancamiento para que el Hospital subsistiera por 5 meses, ese tiempo fue de septiembre de 2017 a enero de 2018.

Ese apalancamiento consistió en que a través del Fonsaet nos dieron 13 131 millones y la gobernación aportaba 2000 millones, con ese dinero se podía trabajar durante los primeros 5 meses sin problemas a razón de, más o menos, 2500 millones mensuales, que es lo que este hospital se gasta en toda la operación y funcionamiento.

A partir del 1 de febrero en adelante, dado que se está sosteniendo con lo que el Hospital está produciendo, la situación es que el Hospital, al ser público, no se escapa de la situación que está viviendo el sistema de salud, el cual tiene un problema de iliquidez, de falta de flujo de recursos porque a los hospitales no se les paga cumplidamente ni la cantidad suficiente, entonces eso ha determinado que tengamos problemas para prestar un mejor servicio y tener a tiempo el sueldo de los empleados. (Palacios, entrevista semi-estructurada, 26 de noviembre de 2018)

A pesar de que liquidar el anterior Hospital y abrir la Nueva ESE es la situación más viable para los actores estratégicos y de interés que tomaron la decisión, el problema estructural que presenta el sistema de salud en el país, no permite que los hospitales públicos cuenten con los recursos para sostenerse mes a mes, pues como se ha planteado anteriormente en el documento, el pago oportuno de las EPS a las IPS es fundamental para el cumplimiento de la política pública contemplada en la Ley 100 de 1993 y sus respectivas reformas, así como el como el comportamiento ético y responsable de quienes administran estas instituciones.

Propuestas y conclusiones

Propuesta de prácticas de gobernanza como fórmula para evitar la corrupción en el Hospital San Francisco de Asís del departamento del Chocó

A continuación, se proponen siete prácticas de buena gobernanza teniendo en cuenta el análisis y resultados desarrollados a lo largo de esta tesis de maestría:

- Para realizar la ejecución de los presupuestos el Gobierno nacional y los entes territoriales, deben priorizar las necesidades de su población para luego definir una estrategia que permita la ejecución asertiva de los presupuestos, por ejemplo: en el departamento del Chocó existen comunidades indígenas alejadas del casco urbano, las cuales cuentan con barreras geográficas y económicas para acceder a los servicios del sistema; lo que se debería hacer es visitar estas comunidades, comprender su entorno, planear y ejecutar la intervención de manera proactiva. Así lo explica la secretaria de Salud del municipio de Quibdó:

Se tienen unas condiciones que son totalmente diferentes a un hospital en Bogotá, que hay hospital de primer, segundo, tercer nivel y con especializaciones en el mismo sitio, simplemente con ir de una localidad a otra. Aquí en el Chocó todos tenemos que venir al San Francisco Asís y las condiciones del Hospital no son las mejores condiciones. (Córdoba, entrevista semi-estructurada, 25 de noviembre de 2018)

- Las aseguradoras deben tener un papel proactivo en la intermediación que realizan entre los consumidores y las IPS, velando efectivamente por el cumplimiento de un servicio de calidad, oportuno y necesario. Además, se recomienda crear un canal donde las sugerencias de los usuarios sean realmente atendidas y monitoreadas.

Las decisiones que se toman al interior de las EPS deben estar en pro de las necesidades de la población chocona, como lo muestra la preocupación del procurador del departamento: «Actualmente tenemos unas EPS que para tomar una decisión debemos llamar a Medellín o a Bogotá, no se puede resolver mayor cosa con ella porque su administración está por fuera del departamento».

- La participación de los ciudadanos debe ser más activa a la hora de reclamar un servicio justo, de calidad, oportuno y necesario, pues deben cumplir con la función de veedores del sistema; para esto se recomienda empoderar a la comunidad, dándole herramientas a través de estrategias pedagógicas en el conocimiento de sus derechos y deberes como consumidores del sistema, de tal forma que puedan argumentar con información clara y veraz.

- Las IPS deben contar con tecnología de punta que les permita desarrollar en el territorio los procedimientos que requiera la comunidad, para evitar incurrir en costos ineficientes que impliquen viajes, hospedajes y viáticos a las grandes ciudades del país.
- La Contraloría departamental debe realizar de forma eficiente su labor de fiscalización de los dineros públicos, de tal manera que si se presentan irregularidades, debe iniciar las acciones que sean de su competencia de principio a fin, que den como resultado la recuperación de los dineros involucrados en actos de corrupción y la sanción a los funcionarios.
- La Procuraduría debe adelantar investigaciones, las cuales terminen en fallos sancionatorios a las personas que realicen actos de corrupción, para evidenciar ante la sociedad que no son actos permitidos y que se castigan para el cumplimiento de la norma.
- Para que exista una buena gobernanza debe existir buena comunicación entre los actores estratégicos con los actores de interés, sobre los procesos, las normas y los procedimientos, que facilite la toma de decisiones conjuntas en beneficio de la mayoría; a través de la creación de espacios para el diálogo público en los territorios. La rendición de cuentas es una exigencia para todas las entidades públicas, esta debe realizarse manera rigurosa y garantizando la participación de las comunidades.

Conclusiones

Durante el periodo de intervención se observó, primero, que no hubo una buena gobernanza porque un solo actor estratégico como lo fue el agente liquidador se encargó de tomar las decisiones frente al Hospital y segundo, se presentaron actos de corrupción al interior de la entidad, según los hallazgos de la Procuraduría y las vivencias relatadas por las enfermeras en el grupo focal. Como consecuencia de esto, no hubo posibilidades de sanear el Hospital, hasta el punto de llevarlo a la liquidación, lo que no permitió una adecuada prestación del servicio de salud a la ciudadanía, en donde su único Hospital de segundo nivel en el departamento, no contaba con capacidad financiera, logística y física para operar.

Durante el desarrollo de este trabajo de grado, se presentaron situaciones como la poca respuesta a la encuesta realizada a los usuarios sobre la percepción del Hospital, por la saturación que existe con el tema de salud en esta población. Así como el sentimiento de exclusión de los

actores estratégicos por parte del Gobierno Nacional, porque este no confió en la capacidad de sus funcionarios para resolver la situación y el resultado luego de la intervención no fue satisfactorio.

Los actores de interés, ante la situación del Hospital, hicieron uso del derecho fundamental a la protesta y así exigir al Gobierno Nacional la garantía del derecho a la salud en el Departamento a través de la ESE Hospital San Francisco de Asís.

La identificación de los actores estratégicos, definidos en las normas del sector salud, logra demostrar que el problema es de diseño de la política pública, pues desde su concepción se creó una fórmula homogénea para desarrollarse en todos los territorios, sin tener en cuenta la diversidad de cada región.

No existió una buena gobernanza desde el punto de vista normativo en el Hospital San Francisco de Asís durante el periodo de intervención, prueba de ello el aumento de sus pasivos, lo que conllevó a la liquidación de la entidad; como el no pago, pago parcial o tardío de las cuentas adeudadas por las EPS al Hospital.

Para el caso seleccionado para esta tesis de maestría, se evidencia que intervenir un hospital no es la solución a los problemas de financiamiento, si su agente interventor no es técnico en el área de la salud y no cuentan con principios éticos inquebrantables que le permita no tomar partido de la situación, no es posible que exista buena gobernanza.

Las prácticas de buena gobernanza propuestas en esta tesis de maestría, permitirán un mejor desempeño administrativo de la institución, posibilitan la participación ciudadana de los actores de interés en la toma de decisiones, el seguimiento a los procesos y el cumplimiento de la norma.

Referencias bibliográficas

- Arredondo López, A. y Orozco Núñez, E. (2014, mayo-junio). Indicadores de gobernanza y protección social en salud en América Latina: fortalezas, debilidades y lecciones desde México. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*, 16(03), pp.335-345.
- Cano Blandón, L. F. (2008, julio-diciembre). La participación ciudadana en las políticas públicas de lucha contra la corrupción: respondiendo a la lógica de gobernanza. *Estudios Políticos (Medellín)*, (33), pp.147-177.
- Contraloría General de la República. (Agosto de 2016). *Informe actualización especial de fiscalización. Cumplimiento auto 413 de 2015 - Corte Constitucional componente salud*. Corte Constitucional. *Sentencia T760 de 2008*.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (Diciembre de 2013). República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 167. Bogotá.
- Datos abiertos Colombia Digital. (19 de enero de 2018) Recuperado de <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/N-mero-de-afiliados-por-departamento-r-gimen-y-adm/7sbd-mgjf/data>
- Delamaza, G. y Ochsenius, C. (2008). *Innovaciones en los vínculos entre sociedad civil y Estado en Chile: Su impacto en la gobernanza democrática, documento de trabajo 19, Programa Ciudadanía y Gestión Pública*. Santiago de Chile: Universidad de Los Lagos.
- Flores, W. (2010, abril). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*, 12, suplemento 1, pp.138-150.
- Grupo de Economía de la Salud –GES- Universidad de Antioquia y Proyecto Actúe Colombia (2017). *Integridad y Transparencia al Tablero (Medellín)*. Boletín 9, pp. 3.
- Hufty, M. (2004). *Gobernanza: hacia un marco conceptual*. Geneva: Instituto Universitario de Estudios para el Desarrollo.
- Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R. (2006). Gobernanza y Salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, 22, Rio de Janeiro, pp.35-45.
- Jessop, B. (1998). The Rise of Governance and the Risks of Failure: The Case of Economic Development. *International Social Science Journal*, 50(155), pp.29-45.
- Jones, E. y Gaventa, J. (2002). *Concepts of Citizenship: a Review*. Brighton: Institute of Development Studies.

- Laporta, F. y Alvarez, S. (Eds). (1997). *La corrupción política*. Madrid: Alianza Editorial.
- Launay-Gama, C. (2008). *Hacia un concepto de gobernanza diferenciada en Colombia*. Recuperado de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-357.html>
- Ministerio de Protección Social. (s.f.). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud*.
- Ministerio de Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud. (s.f.). *Resolución 292 del 29 de marzo de 2007*.
- Ministerio de Salud. (Noviembre de 2016). *Análisis de situación de salud (ASIS COLOMBIA 2016)*. Bogotá
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Indicadores básicos 2015*.
- Pierre, J. y Peters, G. (2000). *Governance, Politics and the State*. Basingstoke: Macmillan.
- Plumptre, T. y Graham, J. (1999). *Governance and good governance: international and aboriginal perspectives*. Ottawa: Institute of Governance.
- Real Academia de la Lengua Española. (2018). *Diccionario de la Lengua Española* (23.ª ed.) [versión electrónica]. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=JHRSmFV>
- Rhodes, R. A. W. (2007). *Understanding Governance: Ten Years on*. Leicester: Montfort University (Public Policy Seminar).
- Scharpf, F. W. (1997). *Games Real Actors Play: Actor-Centred Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.
- Transparencia por Colombia. *Índice de transparencia de las entidades públicas. Resultados gobernaciones y contralorías 2015 - 2016*.
- Vega, Manuel. Ávila Billy (2018). *Corrupción en Colombia, enfoques sectoriales sobre la corrupción. La corrupción en el sector salud en Colombia: un asunto de fondo*. Universidad Externado de Colombia. (Colombia), pp. 193-257.
- World Bank. (1992). *Governance and development*, Washington D. C. Recuperado de http://www.gsid.nagoya-u.ac.jp/sotsubo/Governance_and_Development_1992.pdf
- Zurbriggen, C. (2010). Gobernanza: una mirada desde América Latina. *Perfiles Latinoamericanos (México)*, 19(38), pp.39-64.

Anexo

Anexo 1. Consentimientos informados de los participantes en el proceso de investigación de la tesis de maestría.

Anexo 2. Tabla de caracterización de entrevistas semi estructuras y grupo focal.