

Colección Bios y Oikos, 22

¿CIUDADES COMPETITIVAS O SALUDABLES?

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE
EL CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA
Y ODONTOLOGÍA DE MEDELLÍN

ANDRÉS ARMANDO RAMÍREZ GÓMEZ

¿CIUDADES COMPETITIVAS O SALUDABLES?

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE
EL CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA
Y ODONTOLOGÍA DE MEDELLÍN

¿Ciudades competitivas o saludables?

Consideraciones bioéticas sobre el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín

Colección *Bios y Oikos*, vol. 22

Primera edición, junio de 2020

© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

Rectora: María Clara Rangel Galvis

© Andrés Armando Ramírez Gómez

Departamento de Bioética

Cra. 7D Bis n.º 129-47

+57 (1) 648 9000, exts. 1123, 1132, 1134

publicacionesbioetica@unbosque.edu.co

bioetica@unbosque.edu.co

ISBN: 978-958-739-188-6 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-189-3 (Digital)

Editor: Miller Alejandro Gallego Cataño

Coordinación editorial: Mónica Roesel Maldonado

Apoyo editorial: Juan Carlos Buitrago Sanabria

Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello

Hecho en Bogotá D.C., Colombia

Vicerrectoría de Investigaciones

Editorial Universidad El Bosque

Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A, 6.º piso

+57 (1) 648 9000, ext. 1395

editorial@unbosque.edu.co

www.unbosque.edu.co/investigaciones/editorial

Impresión: Image Print Limitada

Junio de 2020

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento

como universidad: Resolución 327 del 5 de febrero de 1997, MEN.

Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4

de agosto de 1978, MEN. Acreditación institucional de alta calidad:

Resolución 11373 del 10 de junio de 2016, MEN.

174.2 M15t

Ramírez Gómez, Andrés Armando

¿Ciudades competitivas o saludables? Consideraciones bioéticas sobre el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín / Andrés Armando Ramírez Gómez. – Bogotá: Universidad El Bosque, 2020

213 p.; 14,5 x 21,5 cm -- (Colección Bios y Oikos; Vol. 22)

Incluye tabla de contenido, índices y referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-739-188-6 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-189-3 (Digital)

1. Servicios de salud para la comunidad – Aspectos bioéticos – Medellín (Colombia) 2. Derecho a la Salud 3. Mercadeo de servicios de salud – Aspectos éticos y morales – Medellín (Colombia) 4. Salud – Aspectos económicos – Medellín (Colombia) I. Universidad El Bosque. Facultad de Medicina

NLM WB60 R15c

Fuente. SCDD 23ª ed. NLM – Universidad El Bosque.

Biblioteca Juan Roa Vásquez (Junio de 2020) - RR

Colección Bios y Oikos, 22

¿CIUDADES COMPETITIVAS O SALUDABLES?

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE
EL CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA
Y ODONTOLOGÍA DE MEDELLÍN

ANDRÉS ARMANDO RAMÍREZ GÓMEZ

CONTENIDO

Presentación	11
---------------------	-----------

Introducción	15
---------------------	-----------

Perspectiva teórica	21
El modelo neoliberal y la salud.....	21
La justicia social y la salud.....	23
La ciudad.....	24
Lo público y lo privado	25
La estrategia clúster desde una perspectiva ética	26
Aspectos metodológicos.....	33

Capítulo I

Caracterización del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología

41

Introducción.....	41
Los clústeres de salud en Colombia.....	46
El clúster de salud en Medellín.....	51
El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología: hallazgos	53
Fortalezas y debilidades de la ciudad.....	53
Antecedentes y origen	57
Estado actual.....	60
Valores orientadores	65
Actores y financiación	70
Necesidad de un comité de ética	72

Auscultación del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología.....	73
Valores	73
Contexto: la ciudad	79
Desarrollo de la estrategia	85
Pertinencia de un comité de ética.....	90

Capítulo II

Justicia social y Clúster de Servicios de Medicina y Odontología

95

Introducción.....	95
La salud: derecho humano fundamental y social	100
La salud: servicio público esencial	102
La salud: necesidad básica insatisfecha.....	103
El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología y el sector público –	
Compromisos y beneficios: hallazgos.....	107
Significados de la justicia social.....	107
Relación con la justicia social.....	109
Relaciones y compromisos con el sector público	113
Beneficios para la ciudad	119
El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología: juicio ético-político.....	125
Justicia social: referente ético en la percepción, pero desvinculado de la acción	125
Criterio de distribución: el “goteo” del crecimiento económico vs. la salud	132
Innovación tecnológica sin referente social	143

Capítulo III	
Contexto biopolítico de la bioética	
en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología	151
Biopolítica y gubernamentalidad neoliberal	151
La lógica de inclusión/exclusión en términos de capacidad económica	160
Las subjetividades en la estrategia clúster de salud	165
Bioética: por la conservación de unas condiciones de vida digna	169
Conclusiones	177
Lista de figuras	183
Índice onomástico	185
Índice analítico	187
Referencias	189

PRESENTACIÓN

El Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque se honra en presentar un nuevo volumen de su colección *Bios y Oikos*. Esta investigación de Andrés Armando Ramírez Gómez –abogado, magíster en Derecho Penal y doctor en Bioética– se desarrolló en el ámbito académico del Doctorado en Bioética, bajo la dirección del doctor en Filosofía Gustavo Adolfo Chirolla Ospina. Hace parte del área de investigación *Bioética y Salud*, línea “Justicia y salud”, y recibió la mención honorífica *magna cum laude*.

El área de investigación *Bioética y Salud* se ocupa de la evolución de las sociedades tecnocientíficas y multiculturales, que conlleva transformaciones en las concepciones y prácticas relacionadas con la salud y el bienestar de individuos y comunidades, como la relación médico-paciente, las nociones de *salud* y *enfermedad*, los imaginarios acerca de la vida y de la muerte y la idea de *justicia en salud*; asimismo, indaga en las metodologías e instrumentos de la bioética a fin de generar criterios para la toma de decisiones en el campo de la salud.

El autor reflexiona sobre el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín como estrategia de los sectores público y privado para el desarrollo empresarial de la ciudad, estrategia que asume la salud como un elemento para la productividad, la competitividad y la innovación, a través de la promoción y venta de servicios sanitarios a extranjeros. En esa dinámica internacional del denominado *turismo médico*, hoy Medellín es un modelo para otras ciudades de Colombia y de América Latina.

El objetivo fue comprender los significados de lo público y de la justicia social en la constitución y el desarrollo de esta estrategia clúster. Se trató de una investigación cualitativa, en la que se aplicó el método de la teoría fundamentada, con una población conformada por profesionales de los sectores público y privado vinculados a la formulación, dirección, desarrollo estratégico y evaluación de la estrategia. Esto permitió caracterizar el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín a partir de sus antecedentes y origen, su financiación, su estado actual, sus fortalezas y debilidades, los valores que lo orientan y la percepción respecto a la necesidad de un comité de ética. También permitió identificar la relación de la estrategia con la justicia social a partir de los beneficios que genera a Medellín, especialmente en los aspectos económicos e institucionales, así como las críticas que suscita la ausencia de criterios distributivos. Se evidenciaron, además, los compromisos con el sector público, centrados en el fortalecimiento de las cadenas productivas priorizadas por la ciudad, y la concepción de *justicia social* de los actores como proceso de distribución a partir de las necesidades básicas de la población.

La conclusión es que el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín ha tenido un desarrollo significativo desde el punto de vista económico, en el que se valora la salud como elemento de productividad y competitividad; no obstante, a la luz de la bioética

se impone considerar los problemas de la salud en el contexto local y preguntarse sobre la relación de esta estrategia con la justicia social. Se precisa una perspectiva integral, que estime la salud desde lo político, en tanto derecho humano y necesidad básica, que fomente prácticas de resistencia y que obedezca a criterios distributivos concretos que impacten las condiciones de vida de la población. En este sentido, es pertinente que el clúster esté regulado por un comité de ética como organismo deliberativo y consultivo que garantice lineamientos éticos de actuación y fortalezca los criterios axiológicos y sociales de la estrategia.

Esperamos que esta valiosa contribución, que nutrirá el acervo académico, literario y científico de la Universidad El Bosque, aporte a la discusión bioética sobre las nuevas estrategias que se implementan en el sector salud, a fin de ofrecer a la población servicios con criterios distributivos, en un marco axiológico que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida. De igual manera, que aporte a la formulación de políticas públicas de salud más incluyentes, en función de un mejor y más feliz modo de vida.

Jaime Escobar Triana, M. D., Ph. D.
Director del Departamento de Bioética
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia, 2020

INTRODUCCIÓN

La justicia no solo trata de la manera debida de distribuir las cosas.

Trata también de la manera debida de valorarlas.

SANDEL, *Lo que el dinero no puede comprar*¹

La globalización nos sitúa, inevitable e irreversiblemente, en una situación de interdependencia. Así lo reconoce la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2007) a propósito del Día Mundial de la Justicia Social, al expresar que la globalización y la interdependencia están abriendo nuevas oportunidades mediante el comercio, las corrientes de inversión y capital y los adelantos de la tecnología, incluida la de la información. Sin embargo, también reconoce que no puede mirarse de manera unilateral

¹ p. 97.

el escenario de la globalización y que todas esas oportunidades, a la par de buscar el crecimiento de la economía mundial, deben buscar el desarrollo y el mejoramiento del nivel de vida en todo el mundo. También insiste en que no pueden dejar de observarse los graves problemas que persisten en el seno de las sociedades y entre unas y otras –tales como agudas crisis financieras, inseguridad, pobreza, exclusión y desigualdad–, ni los grandes obstáculos para la integración y la participación plenas en la economía mundial de los países en desarrollo y de algunos países de economía en transición.

Esta reflexión enmarca el desarrollo del presente trabajo, pues parte del reconocimiento de un contexto que genera nuevas oportunidades y al cual es necesario darle una respuesta, pero que no puede ser abordada y fundamentada desde una sola perspectiva, la económica, sino que tiene que complementarse con lo ético y lo político. Así puede evidenciarse cómo se valoran las estrategias y prácticas que dan respuesta a este contexto: si se hace de una forma sesgada, únicamente bajo la luz de la interdependencia global, las oportunidades del comercio, la inversión de capital y el desarrollo tecnológico, o con una visión integral, que no deja de observar los problemas locales, la justicia social y las condiciones de vida de la población. La interdependencia no implica sumarse sin más a las dinámicas del comercio internacional: es necesario que las respuestas surjan de las realidades locales, para que tengan efecto sobre sus problemas y necesidades. Especialmente cuando entran en juego los derechos humanos, que son determinantes en las condiciones de vida de las personas, tanto en el plano individual como en el colectivo.

Es necesario observar y analizar de forma crítica el contexto del comercio global, sin desconocer que la globalización impone una forma de ver el mundo, un modelo universal de sentido en el que los criterios distributivos no son tenidos en cuenta, un discurso según el cual todas las personas accederán, en el mediano término, a un nivel de vida

equivalente gracias a la investigación, al desarrollo tecnocientífico y a la liberación de la economía. Este discurso hegemónico, bajo la aplicación de los principios neoliberales, se constituye en fuente dominante de justificación o legitimación de cualquier política (Hottois, 2013, p. 194). En otros términos: la construcción de la hegemonía neoliberal implica la capacidad de los actores dominantes para generar consenso y legitimación sobre la transformación de un proyecto político y económico de carácter particular en uno de carácter universal (Laclau y Mouffe, citados en Hidalgo y Janoschka, 2014, p. 8). Esta hegemonía no solo implica el control político y económico, sino también la habilidad de proyectar sus formas de interpretar el mundo, lo que produce una aceptación e incorporación de ellas como sentido común en todos los grupos sociales (p. 8). Una de las ideas que se proyecta e impone es que la dinámica económica global, tanto en el ámbito de las naciones como en el de las empresas, está delimitada básicamente por los aumentos de competitividad que se pueden alcanzar (Mattos, 2001), lo cual se convierte en tarea fundamental para Estados, ciudades y empresas.

Desde esta lógica se van cerrando las posibilidades de otras miradas y enfoques más integrales, y tanto territorios como instituciones se ajustan para dar respuesta a las demandas de competitividad mundial, en muchas ocasiones sin una reflexión ética sobre los costos políticos y sociales de ser más competitivos, bajo el sesgo de una valoración exclusivamente económica. En el juego de competitividad y eficiencia entran también las ciudades, como lugares por excelencia donde estos discursos surgen, se expresan y se materializan (Echeverría y Rincón, 2000, p. 6), buscando alternativas en el comercio mundial para el desarrollo, principalmente del sector privado. Como establece Osmont (2003), este sector es considerado el motor del crecimiento, y por tanto el paradigma busca asegurarle desde la política comercial y fiscal unas condiciones estructurales que favorezcan la competencia.

Dentro de esa lógica, la ciudad de Medellín se destaca en Colombia. Fundada en el año de 1675, en un corto tiempo se transformó en la segunda ciudad del país por su población e importancia económica y política; y en la primera mitad del siglo xx, en su principal centro industrial (Botero, 1996, p. 3). Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018, hoja de cálculo 2), en 2018 la ciudad sería la segunda más poblada de Colombia, con 2 427 129 habitantes. Sobresale como uno de los principales centros financieros, industriales, comerciales y de servicios del país, en varios sectores, incluyendo el de la salud (Medellín Cómo Vamos, 2016a). Sin embargo, se caracteriza por ser una ciudad contradictoria en muchos aspectos, que a la par de su desarrollo económico muestra altos índices de desigualdad, inequidad y violencia.

En desarrollo de una política de competitividad, Medellín adoptó la organización en red como una respuesta habitual a las exigencias del comercio internacional (Mattos, 2001) y emprendió la estrategia clúster (modelo de aglomeración de sectores industriales) en áreas que fueron priorizadas por los sectores económicos de la ciudad, tales como el textil y el de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Más adelante se impuso la misma lógica en el sector salud, lo cual llevó a la constitución del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología. En este modelo, la competitividad se hace ver como necesidad incontrovertible, sin mayores exigencias frente a lo público o colectivo.

Este trabajo se centra en el análisis del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, reflexionando —a partir de las representaciones de los actores que forman parte de esa estrategia— sobre sus criterios distributivos y sobre la valoración que se le ha dado; en otras palabras, indagando sobre sus fundamentos axiológicos. Se trata de considerar las circunstancias del macrocontexto económico, con las características ya enunciadas; y a la vez, de reflexionar sobre una perspectiva de justicia social, acorde con la valoración política que se le ha dado a

la salud como derecho humano. De esta forma, los hallazgos no solo dan cuenta de la lógica de la globalización económica y el desarrollo tecnológico, sino que discuten su impacto en el nivel de vida de los ciudadanos, sin perder de vista los problemas locales, a los que también deben dar respuesta las políticas globales y locales de la ciudad.

La pregunta que orientó la investigación apunta a determinar qué se pretende con el crecimiento económico y privado en la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, y a quién beneficia. Esto teniendo en cuenta que en un Estado social de derecho el mercado debe subordinarse a lo público, y los intereses particulares a los colectivos y a las necesidades básicas de la población, y no al contrario.

Desde el punto de vista del crecimiento económico, la estrategia parece no ofrecer lugar a dudas, pero desde el de la bioética, deben examinarse las implicaciones que para la equidad y la justicia social tiene cualquier estrategia que comprometa recursos públicos. En este caso, tales recursos se orientan a una oferta de servicios especializados para la población extranjera, mientras que los servicios de salud para la población local muestran problemas de acceso y calidad.

Desde el marco político, la salud es un bien público, un derecho fundamental y social, además de un servicio público de carácter esencial y una necesidad básica. Con fundamento en lo anterior, es pertinente investigar si la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín contribuye a la equidad, y si además de la justificación técnica y mercantil tiene justificación política y ética. Hay que cuestionar cuáles han sido los significados a la luz de la justicia social —que considera elementos más allá del desarrollo económico— para evaluar esta estrategia como política de ciudad y no subordinar lo público a los intereses particulares. Pues la justicia social toca, como lo establece Fraser (2008), una dimensión política, en el sentido de que los asuntos de distribución y reconocimiento se debaten en lo político (p. 41).

La pregunta que se abordó en esta investigación fue: ¿Cuáles son los significados de lo público y de la justicia social que emergen de la constitución de un clúster de salud (servicios médicos y odontológicos) como alianza público-privada en la ciudad de Medellín? El trabajo consta de tres capítulos orientados a dar respuesta a la pregunta desarrollando el objetivo general: comprender los significados de lo público y de la justicia social en la constitución y el desarrollo de un clúster de salud como estrategia de alianza público-privada en la ciudad de Medellín.

Los dos primeros capítulos están estructurados esquemáticamente así: una introducción a las temáticas que abordan, la presentación de los hallazgos y la discusión sobre estos. El primer capítulo desarrolla el objetivo específico de caracterizar la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín presentando sus antecedentes, su estado actual desde la perspectiva de los actores, los valores que la orientan, su financiación y la percepción sobre la necesidad de un comité de ética. Estos hallazgos son discutidos a la luz de la conceptualización de salud que subyace la estrategia, haciendo énfasis en el contexto local de la ciudad.

El segundo capítulo toma los elementos fundamentales de los resultados para reflexionar en torno al Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín desde una perspectiva de justicia social, considerando los criterios distributivos como estrategia que obedece a una política pública y que hace énfasis en la innovación tecnológica. Esta reflexión responde a otro de los objetivos específicos: analizar la configuración y el desarrollo del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín desde una perspectiva ético-política de justicia social.

En el tercer capítulo se discuten los resultados a la luz de la categoría *biopolítica*, para caracterizar el contexto neoliberal y sus implicaciones en la salud. Esta reflexión responde a otro de los objetivos específicos: analizar la configuración y el desarrollo del Clúster de Servicios de Medi-

cina y Odontología de Medellín en el escenario del modelo económico neoliberal. La bioética emerge como campo que no puede desconocer ese contexto biopolítico, donde surgen dilemas éticos en torno a la vida y la salud desde lo económico y lo político, y que apela por una política justa que estime la salud como derecho humano para ofrecer mejores condiciones de vida a las personas.

Perspectiva teórica

La investigación consideró varias perspectivas como marco teórico para analizar la política de clúster en la salud, particularmente el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: el modelo neoliberal en salud; el contexto político de la salud en Colombia como derecho humano, servicio público y necesidad básica; la justicia social, en el contexto político de un Estado social de derecho, tomando como referente los enfoques de las libertades (Amartya Sen) y las capacidades (Martha Nussbaum); la ciudad como espacio, y los conceptos de *lo público* y *lo privado*.

El modelo neoliberal y la salud

Como lo establece Ahumada (2002), el modelo neoliberal de mercado en los países latinoamericanos se asienta en los presupuestos ideológicos desarrollados principalmente por las escuelas de Chicago y Austria, que proponen como políticas fundamentales la desregulación de la actividad económica, la privatización de las compañías estatales, el recorte del gasto social y la liberación de precios con el control de salarios (p. 38).

El modelo se soporta en dos principios esenciales: el papel positivo de la desigualdad y la exclusión individual (Ahumada, 1996, pp. 114-

174). Al privilegiar la libertad individual sobre la justicia social, el primer principio afirma la desigualdad como un hecho natural y reconoce el papel positivo que ha desempeñado y sigue desempeñando en lo económico y lo social (p. 117).

Con respecto al segundo principio, el credo neoliberal establece que no existen la expropiación de los medios de producción, la explotación ni la opresión social, y que quienes se encuentran excluidos lo deben a su ineptitud en los procesos productivos. Así, pues, la exclusión es consecuencia del ejercicio de la libertad individual, no de la organización social (p. 121).

En este contexto, las políticas económicas deben encaminarse a eliminar toda obstrucción a la libertad económica para potenciar la eficiencia del mercado. Así lo proponen los esposos Friedman (citados en Ahumada, 1996, p. 121), quienes consideran que el Gobierno solamente debe determinar las reglas de juego y actuar como un árbitro que interprete y aplique esas reglas, cuya única finalidad es garantizar la protección de los individuos y de su propiedad, dejándoles en plena libertad para resolver sus proyectos privados.

Desde finales de la década de los ochenta y en la década de los noventa del siglo pasado, los países en desarrollo llevaron a cabo procesos de reforma del Estado enmarcados en el Consenso de Washington y en el modelo neoliberal, que contemplan la reducción del rol del Estado en la provisión de servicios públicos, la descentralización, la privatización y la introducción de prácticas gerenciales privadas en el sector público, incluyendo el sector salud (Birdsall y De la Torre, 2001). La aplicación de este modelo implica la reducción de la función social del Estado y de sus políticas redistributivas: según los ideólogos neoliberales, las penurias de los sectores más necesitados se mitigarán por medio de la capacidad del mercado para generar riqueza y elevar así el nivel de vida de todos (Von Misses, citado en Ahumada, 1996, p. 121). La consecuencia de esta

posición para la salud es que no hay justificación moral para considerarla como derecho humano y deber del Estado (Hernández-Álvarez, 2008, pp. 75-76).

A la pregunta por la justicia social, el sistema neoliberal responde que la empresa privada y la iniciativa empresarial son las llaves de la innovación y de la creación de riqueza. En consecuencia, los incrementos incesantes de la productividad se traducirán en niveles de vida más elevados para todo el mundo, bajo la premisa de que “una ola fuerte eleva a todos los barcos” o de que la riqueza desciende de las capas superiores a las inferiores de la sociedad mediante una especie de “goteo”. Entonces, el mejor modo de asegurar la eliminación de la pobreza es fortalecer los mercados libres y el libre comercio (Harvey, 2007a, p. 74).

Con fundamento en lo anterior, parece que los neoliberales enmarcan la justicia en las teorías utilitaristas, al hacer referencia al bienestar de las personas consideradas como conjunto. Como afirma Sen (2002, p. 305), no están particularmente preocupados por la desigualdad en la utilidad: se centran en la maximización de la suma total de utilidades, al margen de su distribución.

La política del clúster parece enmarcarse en este contexto económico y su fundamentación, según la cual “la competencia —entre individuos, las empresas y entre entidades territoriales (ciudades, regiones, naciones y agrupamientos regionales)— es considerada una virtud esencial” (Harvey, 2007a, p. 74).

La justicia social y la salud

La justicia sanitaria se refiere a la manera como se distribuyen en una sociedad el acceso y la atención en salud con el propósito de lograr un nivel adecuado de salud (Galvis, 2006, p. 123). Como afirma Sen (2002, p.

305), la equidad en salud requiere considerar la posibilidad de conseguir acuerdos diferentes para la asignación de recursos, las instituciones o las políticas sociales.

En el marco político colombiano, se debe situar la salud en el contexto de un Estado social, donde ella es concebida como derecho fundamental y social, servicio público esencial y necesidad básica insatisfecha de la población. Este marco será desarrollado en la introducción del capítulo II.

La ciudad

Según Borja y Castells (1997, pp. 31-32), la nueva economía global se articula territorialmente en torno de redes de ciudades. En sus niveles y modos de vida, las ciudades dependen cada vez más de las formas de su articulación a la economía global, por lo cual la gestión urbana procura situarlas en condiciones de enfrentar la competencia global. Como lo establece Osmont (2003, p. 11), las ciudades son importantes como sectores de intervención, más aún en el contexto de la globalización, la cual ha determinado la formación de grandes áreas metropolitanas con preeminencia de las leyes del mercado, en una carrera desenfrenada hacia la ganancia obtenida de espectaculares reestructuraciones económicas y territoriales que dan un nuevo empuje a los procesos de aglomeración. Las áreas metropolitanas concentran las infraestructuras para el desarrollo y las ventajas comparativas para satisfacer los deseos de ganancia y captar inversiones.

Igualmente, Osmont concibe las ciudades como instrumento y producto del desarrollo económico y social, que busca responder a una doble exigencia: hacer que las ciudades sean el mejor soporte posible para el desarrollo (entendido esencialmente en términos económicos) y

hacer que quien vive en ellas pueda integrarse en el espacio urbano. Estos dos aspectos —ciudad productiva y función social, respectivamente— son difíciles de conciliar (p. 12). En las ciudades latinoamericanas, esto se evidencia en una sociedad escindida en la que se contraponen dos mundos: la sociedad tradicional y la inmigrante (Romero, 1976, p. 331). Por eso para un desarrollo integrado es necesario, según Osmont (2003, pp. 18-19), considerar las condiciones estructurales, sociales y humanas de la ciudad, además de las económicas.

Lo público y lo privado

En el contexto de ciudad, desde el Coloquio de Orleans de 1985 se evidenció un consenso sobre el hecho de que los gobiernos urbanos tienen que ser más innovadores y emprendedores (Bouinot, citado en Harvey, 2007a, pp. 367-368). En ese momento las ciudades comenzaron a adoptar una actitud empresarial respecto al desarrollo económico, que Harvey (2007b) denomina *empresarialismo*:

El nuevo empresarialismo tiene, como elemento central, la idea de “alianza sector público - sector privado” en la que la promoción local tradicional se integra con el uso de los poderes gubernamentales locales para intentar atraer fuentes de financiación externas, nuevas inversiones directas, o nuevas fuentes de empleo. (p. 373)

La actividad de esa alianza entre los sectores público y privado es empresarial precisamente porque su ejecución y diseño son especulativos. En muchos casos, el sector público asume el riesgo y el sector privado obtiene los beneficios. Harvey concluye:

El nuevo empresarialismo urbano descansa normalmente, por tanto, en una alianza entre el sector público y [el] privado centrada en la inversión y en el desarrollo económico con la construcción especulativa de lugar como objetivo político y económico inmediato (aunque ni mucho menos exclusivo), y no en la mejora de las condiciones dentro de un territorio determinado. (p. 375)

La estrategia clúster desde una perspectiva ética

Uno de los fundamentos para emprender este tipo de indagación es una visión más integral del desarrollo económico de la ciudad, partiendo de la idea de que “el razonamiento mercantil se queda incompleto sin el razonamiento moral” (Sandel, 2013, p. 86). Por lo tanto, si bien el contexto en el que se desarrolla la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín hace énfasis en el desarrollo económico —productividad, competitividad, inversión, innovación y desarrollo tecnológico son tareas fundamentales para la ciudad en aras de incrementar su presupuesto, mejorar su imagen y ajustarse a la dinámica global—, la reflexión gira en torno a una aproximación ética y filosófica, que permite mirar más allá del campo económico y gerencial. Esto con el fin de aclarar, como señala Sen (citado en Galvis, 2006, p. 124), los principios y criterios que permiten establecer prioridades en materia de salud, sin perjuicio de la equidad como la mayor posibilidad del ejercicio de las libertades instrumentales.

La salud siempre será un determinante fundamental para el crecimiento económico de una ciudad. Sin embargo, la relación entre salud y crecimiento económico debe ir encaminada al desarrollo humano, que le otorga un papel instrumental al segundo frente a la primera, esto es, le

otorga un fin concreto: mejorar el nivel de vida de las personas asegurando unas condiciones mínimas en salud. A su vez, una mejor salud media repercutirá en un mayor crecimiento económico.

Sin criterios éticos concretos, los enfoques de desarrollo, competitividad o crecimiento económico reproducen la desigualdad y no garantizan una mejor salud a la población, tal como ha ocurrido en Medellín: la crisis de la salud se ha agudizado a pesar de que la ciudad tiene mejores indicadores económicos y un amplio desarrollo tecnológico de los servicios de salud privados (Zapata, Echavarría y Carvajal, 2015). No puede perderse de vista que las cifras económicas finalmente se traducen y debaten en vidas, vidas humanas que se encuentran en crisis entre las inmensas posibilidades que el desarrollo le ofrece a la humanidad como progreso evidente y el temor de que este no se vea reflejado en una mejor calidad de vida (Mainetti, citado en Vidal, 2013).

La reflexión que se propone implica también una ética del desarrollo, en la que se sirve a las personas y no a la economía, porque “no se llega a una sociedad justa solo con maximizar la utilidad o garantizar la libertad de elección” (Sandel, 2011, p. 295). Si se desea que las ciudades se conviertan en lugares seguros y democráticos donde vivir, hay que alejarse de una visión economicista, del marco de la economía urbana y del rendimiento macroeconómico, y afirmar la consagración del ciudadano y la expansión de sus derechos (Jeantet, 2007).

Como afirma García (2005), “cada época de la historia y cada comunidad en sus arraigos culturales ha construido sus ideales, sistemas y formas de vivir la salud” (p. 14). En ese sentido, la salud como producto cultural en Medellín está sujeta a diferentes estimaciones: desde una lógica competitiva, como la que se impone en el contexto internacional, se consolida como negocio lucrativo y elemento para la productividad y la competitividad regionales; pero desde lo político también es valorada como derecho humano, necesidad básica y servicio público esencial.

En consecuencia, es pertinente la reflexión ética para develar cómo se manifiestan en la estrategia estas estimaciones y qué repercusiones pueden tener sobre las condiciones de vida de los ciudadanos, toda vez que la lógica económico-competitiva ha convertido el dinero en la fuente dominante legal de todas las discriminaciones y desigualdades sociales: es principalmente en función de su fortuna que el individuo tiene o no acceso a un número infinito de bienes y servicios privados y públicos (Hottois, 2007). Esto incluye también los derechos humanos, en concreto la salud. Y en una sociedad en la que todo está en venta, la vida resulta difícil para las personas con recursos modestos, pues cuantas más cosas puede comprar el dinero, más importancia adquieren la abundancia o su ausencia (Sandel, 2013, p. 16). En la estrategia clúster, esto se puede observar en la venta a los extranjeros de servicios de alta complejidad en salud, a los cuales difícilmente acceden los locales que no tienen la misma capacidad de pago, a pesar de que para la conformación del clúster se utilizaron recursos públicos.

Lo anterior es importante en la medida en que comienza a evidenciarse cómo el mercado incorpora prácticas y valores que se van infiltrando en diferentes aspectos de la vida (p. 13). Para el caso, en lo político y lo público: la salud es tratada como fuente de beneficios privados y no como instrumento del bien público (p. 42).

Las ciudades se apropian de valores como la competitividad, la eficiencia, la productividad y la innovación, lo que hace necesario pensar si ellos no desplazan otros valores importantes en el ámbito político, como la justicia social. Esto permite preguntarse qué se pretende con el crecimiento económico privado en la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, y a quién beneficia. Cuestión fundamental si se asume que en un Estado social de derecho, el mercado debe subordinarse a lo público, y los intereses particulares a los colectivos y a las necesidades básicas de la población, no al contrario. Como lo establece Stiglitz (2012):

Para que los mercados funcionen como se supone que tienen que hacerlo, tiene que haber una adecuada normativa gubernamental. Pero para que eso ocurra, hemos de tener una democracia que refleje el interés general, no intereses especiales ni simplemente a los de arriba. (p. 35)

La motivación de este trabajo es una inquietud constante por la salud y por su valoración política en cuanto derecho humano y condición esencial para una vida de calidad, en atención a la cual no es posible mercantilizarla o capitalizarla como otros objetos y servicios que se consiguen en el mercado: la salud no puede convertirse en un objeto sin un sujeto del cual se predique y en el cual influya. En estos términos, se reconoce que desde una perspectiva económica la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín no tiene objeciones: está acorde con la lógica neoliberal, que bajo principios como la competitividad y el desarrollo tecnológico le garantiza cierta legitimación en una ciudad destacada en la industria y en los servicios médicos de alta complejidad. Pero desde una perspectiva de justicia social, se busca comprender cómo la estrategia afecta lo colectivo a partir de los criterios distributivos que se tuvieron en cuenta y la convicción de que el crecimiento económico debe tener un fin específico, no meramente especulativo, y de que por lo menos en salud debe ir dirigido a mejorar las condiciones de vida de las personas. Para hacer frente a la obsesión por la productividad y la rentabilidad urbanas es necesario volver a la fuente, pensar que la planificación y la administración de la ciudad son asunto de todos y exigir un mínimo de adhesión al contrato común de derechos y deberes, por medio del cual los diversos actores urbanos aceptan constituir un espacio público de mediación y transacción; y también al contrato de ciudadanía, sin el cual el ciudadano no tendrá todo su poder de control democrático, y que constituye un elemento de continuidad entre la política local y la política nacional (Osmont, 2003).

Desde la bioética, el proyecto aborda un tema crucial: la pertinencia de la reflexión en lo político. En esta perspectiva, apuesta por una bioética global más allá de las relaciones médico-paciente, que a través de las reflexiones axiológicas busca analizar y determinar las políticas públicas a la luz de principios concretos como la justicia social, con la finalidad de buscar el mejoramiento de lo humano y no solo de lo económico-administrativo. En estos términos, se considera la salud como bien público, derecho humano, servicio esencial y necesidad básica, y se indaga si la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín tiene en cuenta este marco como criterio de justicia social.

Bajo este punto de vista, la bioética en contextos como los latinoamericanos fortalece y legitima políticamente las resistencias a la globalización mercantilista neoliberal y propone otras formas de vida, un buen vivir que permita un mundo más equitativo y justo, democrático y ambientalmente sostenible. Puede encontrarse un fundamento bioético en el debate por la defensa de los derechos humanos, la resistencia a todo tipo de discriminación, la posibilidad de acceder a una muerte digna y la búsqueda de sistemas de salud accesibles para todos, ante una realidad social mediada tecnocientíficamente y globalizada (Novoa, 2014). En este escenario, la bioética aporta una dimensión crítica, como señala Foucault (citado en Lemke, 2010, p. 266), lo cual implica desubjetivar el sujeto y hacer visibles los límites para transgredirlos. Su objetivo es cuestionar el gobierno de la individualización afirmando el derecho a ser diferente y rechazando todas las estrategias diseñadas para aislar a los individuos de la vida en comunidad. En relación con la salud, la bioética sostiene que “más allá del pragmatismo de los tecnócratas y de la deformada óptica mercantil de la medicina lucrativa, la lucha de los pueblos por la salud y la vida cobra las más diversas formas” (Granda, citado en Acurio, 2011, p. 131).

Debates como estos sitúan la bioética en lo político y lo público, entendiendo que la política tiene como su *telos* un fin práctico: la con-

ducción de una vida buena y justa en la *polis* (Arendt, 2005, p. 14). De ahí la necesidad de una reflexión sobre la justicia en estrategias concretas soportadas en las políticas públicas, que presente argumentos para pensar las nuevas relaciones entre lo público y lo privado en contextos como la globalización neoliberal. Frente a la consolidación de estrategias para la exportación de servicios de salud como el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, se apela por un enfoque ético y no meramente económico, pues el poder —entendido como una circulación de efectos complejos y dinámicos, aunque contradictorios— no puede quedar fuera del debate sobre la ética y los valores (Braidotti, 2009, p. 51). Un enfoque integral, que contemple este debate y apunte a las condiciones de vida de las personas, permitirá minimizar el impacto negativo de una salud vinculada al dinero y defender los principios de una salud con equidad, accesible a todos, sin discriminación de edad, género o capacidad económica (Llambías, 2003).

Igualmente, la reflexión bioética es importante porque se parte de un fenómeno concreto ligado al desarrollo económico y a un enfoque de salud biotecnológico centrado en la enfermedad y la atención de alto costo, en aquello que *facture*. Esto requiere una consideración política y afirmativa de la vida, para que las estrategias en salud respondan a un enfoque integral que garantice un mejor nivel de salud a la población. Cabe preguntarse, entonces, si la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín contribuye a la equidad, y analizar si su justificación es solo técnica y mercantil, o también política y ética. Como advierte Llambías:

Así como la ciencia y la técnica piden y exigen de la comunidad, cada vez con menos eco, consideración y respeto, es necesario pedirles a los científicos y técnicos —y ya no a la ciencia ni a la técnica en abstracto— que atenúen la soberbia y la ignorancia

que han venido teniendo en relación con la ética y la filosofía. No es posible que teniendo ante sus ojos las muestras patentes del drama y el sufrimiento causados, sigan insistiendo en una visión mítica del progreso científico técnico indefinido. (p. 242)

Finalmente, la investigación como reflexión ética da cuenta de la pregunta por el otro, representado en la población local atrapada en la crisis del sector salud que viven el país en general y la ciudad de Medellín en particular (Zapata, Echavarría y Carvajal, 2015). Como establece Maturana (citado en Escobar, 2005, p. 42), no puede haber reflexión ética sin una preocupación por el otro; si el otro no es presencia para mí, ¿cómo me puede preocupar lo que le pasa con lo que yo hago? Las preocupaciones éticas, afirma, nunca van más allá del dominio social en el cual surgen, y parte del problema es expandirlas al ámbito social al cual se pertenece, es decir, al ámbito social en el cual el otro es otro legítimo como uno. Para este estudio, en consecuencia, la reflexión ética implica situar el dominio social —la ciudad de Medellín—, considerando que asuntos como la exportación de servicios de salud exigen preguntarse por el otro local, presencia ausente cuando no se indaga por la justicia social en las políticas públicas. La reflexión sobre la justicia social en un ámbito social particular legitima al otro local con el extranjero, en cuanto tiene las mismas o mayores necesidades en salud, y debe ser un actor presente al desarrollarse una política pública de ciudad que involucre los intereses colectivos.

En esa medida, la investigación busca comprender los significados de lo público y de la justicia social en la constitución y el desarrollo de un clúster de salud como estrategia de alianza público-privada en la ciudad de Medellín, en ese dominio social concreto, analizando no solo el contexto económico sino también la pregunta por el otro local a partir de la justicia social.

Aspectos metodológicos

Para el análisis de la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se desarrolló una investigación cualitativa; estas, como lo establecen Rodríguez, Gil y García (1999, p. 32), estudian la realidad en su contexto natural, intentando obtener sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. Como indica Olabuénaga (2012, p. 23), el objeto de la investigación cualitativa es captar y reconstruir el significado de las cosas, más que describir los hechos sociales.

El presente estudio cualitativo (Denzin y Lincoln, 2005, pp. 2-8) está basado en el método de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002, pp. 13-28), cuya perspectiva filosófica es el interaccionismo simbólico, con sus tres premisas esenciales. La primera premisa es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él; la segunda, que el significado de las cosas se deriva de o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo; y la tercera, que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (Blumer, 1982, p. 2).

“El enfoque del que parte la teoría fundamentada es el de descubrir (construir) teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes” (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 48). En esos términos, la investigación estuvo orientada a entender e interpretar (Olabuénaga, 2012, p. 14) la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín a partir de los actores que ella agrupa.

Las técnicas de investigación fueron el análisis de contenido y la entrevista semiestructurada. Para el análisis de contenido se tomaron fuentes directas, tales como planes de desarrollo, acuerdos y decretos

municipales, contratos de cooperación e informes técnicos, que ofrecen información sobre la creación y el desarrollo del clúster. Las tareas principales fueron establecer las unidades de análisis (documentos relacionados observados por frases y párrafos), determinar las categorías de análisis (tales como características de la estrategia, actores, financiación, objetivos, aportes a la ciudad, relaciones con lo público, valores orientadores y criterios distributivos) y seleccionar una muestra del material de análisis (Ander-Egg, citado en Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez, 2014, p. 224). Estas tareas se cumplieron siguiendo el proceso de codificación y categorización de la teoría fundamentada.

Se utilizó la entrevista semiestructurada, aquella “que basándose en una guía no es tan formal y rígida porque permite que el entrevistador pueda introducir algunas preguntas para esclarecer vacíos en la información” (p. 220). Se realizaron catorce entrevistas individuales (Taylor y Bogdan, 1992, pp. 100-132) a profesionales vinculados con la formulación, dirección o desarrollo estratégico y evaluación de esta estrategia, tanto del sector privado como del sector público, entre ellos directores del clúster, concejales, funcionarios de las secretarías de Salud y Desarrollo Económico del municipio y gerentes o encargados de hospitales, clínicas o instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS) que hacen parte del clúster.

Las preguntas de la entrevista semiestructurada abordaron los siguientes ejes temáticos, acordes con los objetivos de la investigación:

- Surgimiento del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín (cuándo y de dónde surge la iniciativa, antecedentes, recursos, contexto, actores participantes, accionistas, líderes, motivaciones, propósitos, etc.).
- Relación entre el sector público y el sector privado en el desarrollo y la operatividad de la estrategia clúster.
- Relación de la estrategia clúster con la justicia social.

Los potenciales entrevistados fueron contactados por teléfono y correo electrónico para informarles sobre los objetivos del estudio, solicitarles su consentimiento y concertar una cita. Antes de iniciar la entrevista se obtuvo el consentimiento informado, explicando en detalle los objetivos, la metodología, los riesgos y beneficios de la investigación y el carácter voluntario y confidencial de la participación en ella. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas por el investigador, y se las identificó con un código teniendo en cuenta el orden cronológico y el número consecutivo asignado, a fin de garantizar la confidencialidad.

Para la entrevista fueron seleccionadas personas con conocimiento y experiencia (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 73) en la formulación, desarrollo y evaluación de la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín. Por lo tanto, quienes no conocían la estrategia o no habían participado en ella no fueron tenidos en cuenta. Se escogieron, como lo plantea Briones (2003, p. 339), individuos con amplio conocimiento de la estrategia y capacidad de influir en su futuro.

Durante la investigación se desarrolló continua y dialógicamente un proceso de recolección de datos, el cual involucró trabajo de campo para acceder a la información fundamental. Y al mismo tiempo un proceso analítico, que consistió básicamente en la codificación y categorización de las entrevistas; estas a su vez llevaron a la reducción y síntesis de información, la disposición y transformación de datos, la obtención de hallazgos y la verificación de conclusiones (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 75), para dar lugar al cumplimiento de los objetivos específicos.

En primer lugar se buscó, registró y recolectó información sobre el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín a partir de documentos públicos (acuerdos municipales, planes de desarrollo, actas de discusión, contratos de cooperación), documentos privados (publicaciones de la Cámara de Comercio, artículos y material audiovisual sobre el clúster) y entrevistas a actores involucrados en la estrategia, tanto del sector público como del privado.

Para las entrevistas, se contactó en primer lugar a los líderes de la estrategia desde sus comienzos, en los ámbitos operativo y político —directores del clúster y personal de la Secretaría de Salud—, con la finalidad de enriquecer las categorías iniciales e identificar, por referencia, otros posibles entrevistados. Gracias a los contactos obtenidos en las primeras entrevistas, se realizaron seis entrevistas más con gerentes de IPS médicas y odontológicas que llevaran más de un año en el clúster, así como representantes de instituciones educativas que hicieran parte de su comité técnico. Finalmente, para obtener una visión integral sobre la estrategia, se entrevistó a concejales que la conocían, incluyendo algunos que la apoyaban y otros que mostraban reservas frente a ella. Se complementó la información con entrevistas a directivos del clúster pertenecientes al comité asesor y a personal de la Secretaría de Desarrollo Económico de Medellín, que hace seguimiento y evaluación a la estrategia.

Para el análisis se siguió detalladamente el método de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002, pp. 110-177), generando las categorías a partir de la codificación abierta (p. 63). Este proceso permite descomponer los datos, analizarlos y compararlos minuciosamente en busca de similitudes y diferencias, mediante el método comparativo constante, lo que lleva a agrupar códigos y crear categorías (p. 111). La codificación abierta se realiza mediante la lectura y revisión cuidadosa, línea a línea, de los documentos seleccionados y las transcripciones de las entrevistas, para generar códigos sustantivos y códigos en vivo. Con estos códigos se elabora una base de datos y se procede a su clasificación en ejes temáticos, en lo que se conoce como *codificación axial* (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009; Molina, Ramírez y Ruiz, 2014). Del análisis de los ejes temáticos emergen progresivamente, mediante el uso del método comparativo constante entre códigos y ejes temáticos, las categorías descriptivas, las analíticas y, finalmente, las interpretativas.

Como establecen Strauss y Corbin (2002, p. 135), “el propósito de la codificación axial es comenzar el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta”. Los autores plantean estas tareas, que fueron desarrolladas a lo largo de la presente investigación:

- Acomodar las propiedades de cada categoría y sus dimensiones, tarea que comienza durante la codificación abierta.
- Identificar la variedad de condiciones, acciones/interacciones y consecuencias asociadas con un fenómeno.
- Relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denoten las conexiones entre ellas.
- Buscar los datos clave que denoten cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí (p. 137).
- “Integrar y refinar las categorías” (p. 157) con la codificación selectiva.

Como resultado de la codificación abierta se generaron 421 códigos, con cuya codificación axial se identificaron estos ejes temáticos: clúster: antecedentes y origen; fortalezas del contexto ciudad; dificultades del contexto ciudad; actores del clúster; beneficios del clúster para la ciudad; etapas del clúster; funcionamiento del clúster; valores orientadores de la estrategia; comités de ética y clúster; justicia social y clúster; significado de *justicia social*; compromisos del sector público y el sector privado; control político de la estrategia; relaciones del sector público y el sector privado; financiación privada y pública. Del análisis y la interpretación emergieron cuatro categorías analíticas, cada una de ellas con varias subcategorías (entre dos y seis), como puede apreciarse en la figura 1.

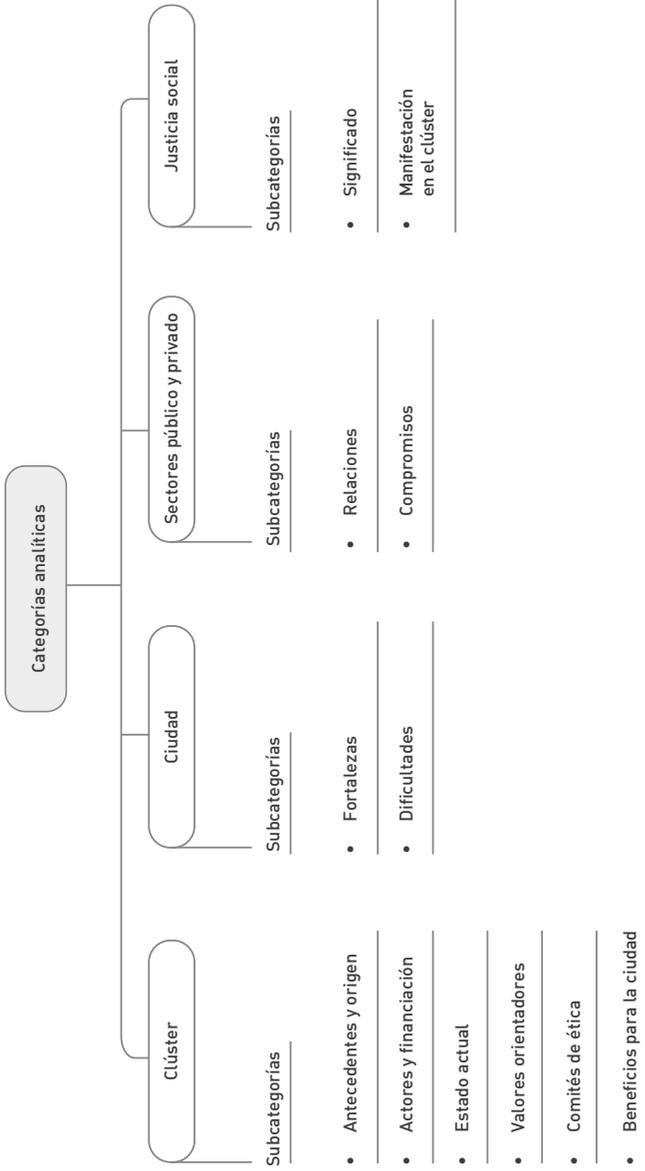


Figura 1. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: categorías analíticas.

Como criterio de suficiencia, se tuvo en cuenta la saturación informativa en las categorías iniciales de las entrevistas (*clúster, justicia social y relaciones público-privadas*).

El proceso de análisis de las categorías y subcategorías fue esquematizado en mapas conceptuales, los cuales fueron presentados a los participantes de la investigación durante la socialización de los resultados. Los datos de las entrevistas se identifican en el texto con el indicador para cada entrevistado (C1 a C14) y el código asignado en el proceso de análisis (1 a 421).

CAPÍTULO I

CARACTERIZACIÓN DEL CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

La salud no es sino la intensidad con la que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas internos y condiciones externas.

ILICH, *Némesis médica*²

Introducción

La globalización como fenómeno mundial se ha constituido sobre una base económica, esto es, como globalización de mercados, que se caracteriza por la salida de lo político del marco categorial del Estado nacional y la entrada en lo político de las instituciones industriales (Beck, 2008, p. 15). Esa base económica encuentra su fundamento en un sistema

² p. 8.

económico neoliberal en el cual el Estado constantemente redefine su rol. Al respecto, Harvey (2007a, p. 74) establece que el Estado neoliberal busca mejorar su posición competitiva reorganizándose internamente y con nuevos pactos institucionales como entidad en relación con otros Estados en el mercado global. En consecuencia, tanto los Estados como las ciudades comienzan a desarrollar estrategias económicas de competencia global, por la necesidad de posicionarse en el ámbito mundial en busca de mayores recursos; asimismo, las empresas comienzan a perfilarse en lo político en busca de otras fuentes de ingreso.

Así lo reconoce la Cámara de Comercio de Medellín (2009, pp. 11-12), cuando advierte que nos encontramos en un contexto de globalización económica en el cual aspectos tales como el entorno macroeconómico mundial, las corrientes de inversión extranjera directa, las alianzas estratégicas, la preferencia en la destinación de recursos de cooperación técnica, el ingreso a los mercados mundiales de los países de industrialización tardía y la orientación exportadora condicionan el desempeño económico de regiones y países. Estas consideraciones económicas reflejan en el fondo una redefinición del rol del Estado a partir de la realidad del mercado global a la cual debe darle respuesta.

El entorno macroeconómico neoliberal fue implementado en América Latina a partir del Consenso de Washington, que propuso disminuir el Estado, permitir el ingreso de capitales transnacionales, privatizar los servicios públicos y aumentar el endeudamiento externo, privilegiando la valorización financiera respecto de la productiva (Lozano, 2001). En el caso concreto de la salud, en las décadas de los ochenta y los noventa se permitió su mercantilización para racionalizar el gasto y abrir la oferta de servicios al sector privado, con el argumento de que para el cumplimiento de sus deberes y la eficacia del sistema era necesaria la privatización de las empresas públicas, con la consecuente apertura al mercado (Currea-Lugo, 2010, pp. 140-143).

Con la implementación de las políticas neoliberales, lo político deja de ser un asunto exclusivo del poder público —esto es, relacionado con el ejercicio del poder del Estado y el cumplimiento de sus funciones— y entran a jugar las consideraciones del mercado. Esto obliga a repensar las funciones del Estado teniendo en cuenta el flujo de capital y otros elementos propios de las empresas, incluso en temas trascendentes como los servicios públicos y los derechos humanos, en particular la salud.

En ese contexto macroeconómico, en el cual se ha redefinido el rol del Estado para responder a las demandas de un comercio global, surgen nuevas prácticas en torno a la salud, como el denominado *turismo médico*. En el ámbito internacional, este

(...) avanza impulsado principalmente por el alto costo en los países desarrollados, el aumento de la demanda en estos debido al envejecimiento de su población, y la creciente disponibilidad de servicios de salud en los países en desarrollo con instalaciones de alta calidad y a precios más competitivos que en los desarrollados. (Cámara de Comercio de Medellín, 2013, p. 23)

Para responder a la dinámica económica global en la prestación de servicios de salud generada por prácticas como el turismo médico, los Estados han desarrollado varias estrategias económicas. Una de ellas son los clústeres, concentraciones geográficas de empresas interconectadas, proveedores especializados, proveedores de servicios, empresas de sectores afines e instituciones conexas que compiten, pero también cooperan (Porter, 2013, p. 203). Estos comenzaron con énfasis en las economías de escala y se volcaron luego hacia los mercados externos, a partir de la cooperación entre empresas en aspectos como relaciones contractuales e intercambio de información (Marshall, citado en Meyer y

Harmes, 2005). La especialización regional ha sido fundamental para su alcance global, como indica Solvell (2008).

Tales estrategias de agrupación se caracterizan por la consolidación de alianzas público-privadas para el fomento del desarrollo económico por consideraciones de eficiencia económica y empresarial (Albuquerque, 2006, p. 6). Un mercado global conlleva una oferta de servicios global, y esto ha motivado que se consoliden estrategias de aglomeración para la exportación de servicios en diferentes sectores, entre ellos la salud.

Un ejemplo de esas alianzas en el sector salud para brindar oferta y recoger la demanda internacional lo constituyen las ciudades médicas, entre las cuales se destaca el Texas Medical Center en Houston, que reúne veintitrés instituciones de salud sin fines de lucro y recibe anualmente más de cinco millones de visitas. Otros ejemplos son la Dubai Health Care City de la Universidad de Harvard, en los Emiratos Árabes; la International Medicine Zone (IMZ) en Shanghái, parque de salud que incluye un área industrial de equipos médicos, un centro de rehabilitación, un parque de investigación médica y un centro internacional de negocios; la Cleveland Clinic Abu Dhabi, también en los Emiratos, y la prestigiosa Mayo Clinic, en Rochester, Minnesota, considerada el grupo médico de investigación y formación más grande del mundo (“La salud como motor de desarrollo...”, 2010).

En relación con el turismo de salud, sobresalen como países destino India, Tailandia, Singapur y Malasia por recibir el mayor número de pacientes, provenientes sobre todo de Estados Unidos, Europa, Oriente Medio y Asia. Para ello, han desarrollado varias estrategias, como el apoyo a la formación en ciencias de la salud (India), incentivos tributarios (Malasia e India) y la creación de ciudades médicas que concentren los servicios (Singapur) (Cámara de Comercio de Medellín, 2013, p. 25).

Entre las agrupaciones en forma de clúster se destacan las de Berlín y Brandeburgo, Alemania, caracterizadas por la innovación médica

en áreas como biotecnología, genómica y diagnósticos moleculares, con la unión de importantes hospitales y corporaciones farmacéuticas como Bayer (Innovative Capital Region, 2014). También el Clúster de la Salud de Extremadura, España, organismo privado sin ánimo de lucro que alberga empresas del sector sociosanitario para mejorar la competitividad en los ámbitos local e internacional (Clúster de la Salud, 2010).

Del continente americano puede mencionarse el clúster Monterrey Ciudad de la Salud, en México, constituido por entidades públicas y privadas y la Secretaría de Desarrollo Económico del estado de Nuevo León. Este clúster busca desarrollar servicios médicos especializados con miras a posicionar nacional e internacionalmente a la ciudad y fomentar el crecimiento económico regional (Monterrey Ciudad de la Salud, 2012). Forma parte del plan de desarrollo de Monterrey e integra los sectores empresarial, académico y público (Cámara de Comercio de Medellín, 2013, p. 40).

En Costa Rica existe un convenio entre el Ministerio de Salud y el Consejo para la Promoción Internacional de la Medicina de Costa Rica con miras a fomentar el turismo médico internacional (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2013). Este es uno de los principales destinos en América Latina; la mayoría de los visitantes proceden de Estados Unidos y requieren procedimientos como cirugías estéticas, tratamientos dentales y del corazón (Cámara de Comercio de Medellín, 2013, p. 35).

Por su parte, Brasil es reconocido en materia de cirugía plástica y se le considera “uno de los mejores destinos mundiales de salud gracias a la existencia de hospitales confiables y con las más modernas tecnologías, equipos médicos de gran calidad, institutos de investigación científica, laboratorios y clínicas especializadas” (p. 41).

Los clústeres de salud en Colombia

No ajena a esa dinámica global, Colombia ha implementado diferentes estrategias para fomentar la competitividad en los planos internacional y local. Entre 1992 y 1993 se realizó el Estudio Monitor Colombia, liderado por Michael Porter, con el fin de identificar la ventaja competitiva del país y aumentar su producto interno bruto (Cámara de Comercio de Medellín, 2006). Este estudio recomendó, entre otros aspectos, el trabajo conjunto de los sectores público y privado, la promoción del país y la formación de recurso humano especializado.

Por medio del Decreto 2828 y el documento Conpes 3439, ambos de 2006, se creó una institucionalidad nacional para la competitividad a través del Sistema Administrativo Nacional de Competitividad e Innovación, integrado por el sistema público nacional, el sistema público regional y las empresas privadas. También se determinaron las funciones de la Comisión Nacional de Competitividad como entidad de coordinación interinstitucional para la formulación, ejecución, evaluación y seguimiento de políticas. Según la Cámara de Comercio de Medellín (2009, p. 32), a través del documento Conpes 3527 de 2008 se subsanó un vacío en materia de transformación productiva e intervención de largo plazo, que conllevó la inclusión del desarrollo de sectores o clústeres de clase mundial como criterio general de la orientación de la política de competitividad y productividad.

En ese documento Conpes se establecen cinco pilares para la política de competitividad: (a) desarrollo de sectores o clústeres de clase mundial, (b) promoción de la productividad y el empleo, (c) formalización laboral y empresarial, (d) promoción de la ciencia, la tecnología y la innovación y (e) estrategias transversales de promoción de la competencia y la inversión. Además, se hace énfasis en el diálogo entre lo público y lo privado como matriz de productos y actividades. Por su parte, la *Polí-*

tica de Transformación Productiva (Conpes 3678, 2010) identifica como áreas estratégicas de la *Política Nacional de Competitividad* las señaladas en la *Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación* (Conpes 3582, 2009), a saber: (a) servicios tercerizados a distancia, (b) *software* y servicios de tecnologías de la información, (c) cosméticos y artículos de aseo, (d) turismo de salud, (e) autopartes, (f) energía eléctrica, (g) industria de la comunicación gráfica y (h) textiles, confecciones, diseño y moda. El Conpes 3582 indica también que se establecerá una política de clústeres para orientar la acción pública alrededor de iniciativas privadas de innovación.

Sobre el sector turismo de salud, la *Política Nacional de Transformación Productiva* establece entre sus objetivos posicionar a Colombia como un destino de clase mundial a través de una oferta de servicios competitivos de salud y bienestar. Entre los aspectos estratégicos destaca el desarrollo de productos, servicios e infraestructura de clase mundial relacionados con el turismo de bienestar y el desarrollo de una estrategia de promoción internacional del país como destino de turismo de salud. Según el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009a): “En el 2032 Colombia será reconocida como uno de los líderes mundiales en turismo de salud” (p. 12).

Acorde con las anteriores políticas, el Gobierno contempló en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (DNP, 2010) la creación de nuevos sectores basados en la innovación, con el objetivo de impulsar la transformación productiva de la economía hacia sectores intensivos en conocimiento, esto es, actividades de alto valor agregado, como los sectores estratégicos de la *Política de Transformación Productiva*. Para ello, contempló la promoción de la asociatividad y los encadenamientos entre productores, así como la necesidad de reforzar la coordinación entre entidades públicas y privadas. Uno de los programas de apoyo a la asociatividad fue la promoción de clústeres, con el fin de incrementar

la especialización y la productividad. Igualmente, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (DNP, 2014) se estableció, como componente para el fortalecimiento del desarrollo económico local, la conexión entre empresas y la generación de encadenamientos productivos por regiones. Para la región de Antioquia se destacó el apoyo a la consolidación de encadenamientos productivos, tales como el clúster de salud.

Tras elaborar un diagnóstico sobre el turismo de salud, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009b) definió unas aspiraciones para 2032, con énfasis en las alianzas estratégicas, la creación de zonas francas en salud y la inversión en infraestructura. Esto llevó a la formulación de un plan de negocios 2009-2032 para el turismo de salud, orientado a generar mayores ingresos y obtener reconocimiento internacional. En concordancia con lo anterior, previamente el programa de transformación productiva había establecido como visión que, en 2015, Colombia sería el principal destino de América en turismo de salud (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2008).

En este contexto político, se ha intentado desarrollar clústeres de salud en varias ciudades —Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín— y en el departamento de Norte de Santander.

En alianza con la Alcaldía de Barranquilla, la Gobernación del Atlántico ha contemplado en sus planes de desarrollo la promoción de clústeres (Gobernación de Atlántico, 2015). En el nivel regional, la iniciativa quedó consagrada de forma general en el programa de promoción de inversiones nacionales e internacionales del Plan de Desarrollo 2012-2015 (Alcaldía del Distrito Especial de Barranquilla, 2012a). En el nivel municipal, uno de los ejes de este Plan de Desarrollo, “Barranquilla competitiva”, propuso la estrategia “Barranquilla ciudad de clústeres”, en la que se señala el clúster de servicios de salud como el de mejor dinámica local y mayor potencial global de desarrollo. Este eje fue considerado también en el plan territorial para la internacionalización de los

servicios de salud (Alcaldía del Distrito Especial de Barranquilla, 2012b). Por su parte, el Plan de Desarrollo 2016-2019 (Acuerdo 011 de 2016) contempló como estrategia para la ciudad el fortalecimiento de las cadenas productivas y el desarrollo de clústeres, sin hacer referencia específica al de salud.

Según la Cámara de Comercio de Barranquilla (2014), “el clúster de salud del Atlántico está formado por empresas e instituciones que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales son proteger y promover la salud de los individuos de la región”. Pese a estar contemplado en los planes de desarrollo (Gobernación de Atlántico, 2015), este clúster no ha tenido un avance importante en el departamento del Atlántico ni en el Distrito Especial de Barranquilla.

En el Distrito Capital se destaca el proyecto Ciudad Salud, el cual nació del Acuerdo 119 del Concejo de Bogotá (2004), que lo propone como meta urbana en la zona centro. De acuerdo con Ramírez (2012):

El proyecto Ciudad Salud busca la creación de un clúster de servicios de salud especializado de alta complejidad, a partir de una asociación de actores públicos y privados dedicados a la prestación de servicios de salud y sus complementarios con altísima calidad, cuyo fin es mantener y mejorar la salud del Distrito y la región, generando a la vez oferta exportable de servicios de salud de alta complejidad. (p. 22)

En Bogotá se ha contemplado la posibilidad de establecer un clúster de servicios de salud, pero este se encuentra solo como proyecto; el Plan de Ordenamiento Territorial, como lo señala el artículo “Por en Bogotá, la ciudad por decreto” (2013), no lo mencionó. Sin embargo, en el Plan de Desarrollo Territorial 2016-2020 (Acuerdo 645 de 2016) se establecen

los clústeres como estrategia para el desarrollo empresarial y se plantea la importancia del clúster de salud de Bogotá para posicionar a la ciudad como destino internacional de este tipo de turismo especializado.

En Santiago de Cali se destaca el clúster de salud del barrio Tequendama, en el sur de la ciudad, el cual agrupa empresas privadas de diferentes sectores de la salud. Algunas tienen vocación exportadora, pero la mayoría atienden la demanda local (Amézquita y Puig, 2013, p. 17). En el Plan de Desarrollo 2012-2014 (Acuerdo 0326 de 2012) se estableció como programa la consolidación de clústeres productivos –sin especificarse cuáles– de acuerdo con el componente de competitividad de las políticas nacionales. También el Plan de Desarrollo 2016-2019 (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016) hizo referencia al fortalecimiento de iniciativas clúster priorizadas y en sectores estratégicos, pero sin precisarlos. Según la Cámara de Comercio de Cali (2014), esos clústeres serían bioenergía, proteína blanca, salud, *macrosnacks* y belleza-bienestar (p. 18). Aunque se le considera un factor para la competitividad de la ciudad, todavía no se ha desarrollado una estrategia que agrupe diferentes instituciones de los sectores público y privado (Cámara de Comercio de Cali, 2012).

En Norte de Santander, el Plan de Desarrollo 2012-2015 contempló como proyecto un clúster de turismo de salud, dentro del subproyecto “Promoción del Norte de Santander como destino turístico”. En el siguiente Plan de Desarrollo (2016-2019), el fortalecimiento de los clústeres se incluyó en el eje de competitividad, pero sin hacer referencia específica al de turismo de salud. Este ha tenido desarrollo desde el sector privado, con el liderazgo de la Cámara de Comercio de Cúcuta. Actualmente, la estrategia se encuentra en iniciativa bajo el nombre “Mi Destino Salud”, que busca reforzar la competitividad de las empresas vinculadas (Cámara de Comercio de Cúcuta, s. f.). En su página web se indica que este clúster, todavía incipiente, reúne aproximadamente cien empresas, entre ellas médicos especialistas, clínicas, proveedores de

clínicas, *spas*, restaurantes, hoteles, agencias de viajes, entidades gubernamentales y universidades.

El clúster de salud en Medellín

La ciudad ha prestado servicios de salud a extranjeros desde los años ochenta. En 1989 se intentó fomentar y organizar estos servicios a través de la oficina de turismo de Medellín y varias IPS, con un programa denominado “Medellín es un Alivio”. Este no dio mayores resultados debido a la entrada en vigencia del nuevo sistema de salud en 1993, además del contexto de violencia que vivía la ciudad en esos años debido al narcotráfico. En 1994, después de la elaboración del Estudio Monitor Colombia, el mismo estudio fue elaborado para el departamento de Antioquia. Entre otras recomendaciones, propuso el trabajo en clústeres (Cámara de Comercio de Medellín, 2006). Uno de los sectores productivos que resaltó fue el de prestación de servicios de salud, debido al prestigio de las instituciones:

La ciudad ha sido reconocida por ser sede de algunas de las más destacadas instituciones de prestación de servicios de salud en Colombia y Latinoamérica, pionera mundial en trasplantes de mediana y alta complejidad, sede de destacados grupos de investigación y desarrollo en salud reconocidos internacionalmente, amplia disponibilidad de talento humano de altos estándares de formación académica e investigativa y centro de atención de pacientes internacionales. (Cámara de Comercio de Medellín, 2009, p. 19)

En 1998, con el apoyo de Proexport (entidad encargada de promover el turismo y la inversión extranjera en el país, hoy Procolombia), nació el

programa “Salud sin Fronteras”, conformado por las principales IPS de la ciudad para integrar la atención a los pacientes internacionales. En 1999 se intentó, por intermedio de Proantioquia y el Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia (CTA), integrar el sector de la prestación de servicios de salud en un clúster, pero enfocado a la innovación tecnológica y no a los servicios, lo cual no resultó de interés para las instituciones del sector (Cámara de Comercio de Medellín, 2013, pp. 61-62; Fundación Proantioquia, 2016).

En 2005 comenzó el trabajo intersectorial en el proyecto “Medellín mi Empresa”, de la Alcaldía, la Cámara de Comercio de Medellín, la Asociación Colombiana de Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (Acopi, seccional Antioquia) y la Institución Universitaria Esumer. Se lograron acuerdos de competitividad para el desarrollo de estos clústeres: textil, confección, diseño y moda; construcción; energía eléctrica; turismo de negocios, ferias y convenciones; y servicios de medicina y odontología (Cámara de Comercio de Medellín, s. f.).

En su Plan de Desarrollo 2004-2007, la Alcaldía de Medellín (2004) contempló la estrategia de clústeres para el fortalecimiento del sector empresarial. En ese periodo se consolidaron los clústeres energía eléctrica; textil, confección, diseño y moda; construcción; y turismo de negocios, ferias y convenciones. Con esa experiencia, el municipio y el sector privado iniciaron en 2006 una estrategia de mercadeo en el exterior de los servicios de salud, denominada Clúster de Servicios de Medicina y Odontología, con el fin de desarrollar este renglón para la competitividad de la ciudad (Marulanda, Correa y Mejía, 2009, p. 37).

La estrategia de clústeres en la ciudad recibió otro impulso en el Plan de Desarrollo 2008-2011 (Acuerdo Municipal 16 de 2008). En números, se destinó el 2,5 % del presupuesto (\$204 000 millones) para la línea “Desarrollo económico e innovación”, en la cual se encuentran los clústeres (Cámara de Comercio de Medellín, 2013, p. 21).

La estrategia continuó consolidándose en los Planes de Desarrollo 2012-2015 (Alcaldía de Medellín, 2012a) y 2016-2019 (Alcaldía de Medellín, 2016), el Plan de Salud Municipal 2012-2015 (Alcaldía de Medellín, 2012b) y el Acuerdo Municipal 87 de 2009, que convirtió en política pública el programa “Medellín: Ciudad Clúster”, con lo que se aseguraron recursos importantes para la consolidación de los clústeres considerados estratégicos. El artículo 6.º de dicho Acuerdo establece que la administración municipal destinará recursos prioritarios de cada una de las vigencias presupuestales para las actividades del Programa “Medellín: Ciudad Clúster”.

Como puede apreciarse, la capital de Antioquia ha sido la ciudad del país donde mayor desarrollo ha tenido la estrategia clúster en el sector salud, con un marco político que vincula a los sectores público y privado, con la asignación de recursos públicos que ayudan a su consolidación, y con oferta actual de servicios para los extranjeros.

El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología: hallazgos

Fortalezas y debilidades de la ciudad

A partir del análisis de la información obtenida de las entrevistas, se identificaron los puntos fuertes y débiles de Medellín para una estrategia clúster en el sector salud.

Los actores señalaron fortalezas históricas, institucionales, humanas y sociodemográficas. Las históricas se refieren a la violencia y otras dificultades que han permitido a la ciudad acumular conocimientos y dar respuestas efectivas en salud. Además, las IPS de Medellín han tenido ex-

perencia en trabajo colaborativo y atención a pacientes internacionales, como señala uno de los entrevistados:

El proceso lo facilitó en la ciudad la historia de trabajo colaborativo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que desde hace cuarenta años se reúnen, por ejemplo en el grupo de hospitales y clínicas de Medellín. (C01-19)

Las fortalezas institucionales están representadas en los siguientes aspectos:

- IPS reconocidas internacional y nacionalmente por su calidad y posicionamiento científico.
- Centros académicos reconocidos, pioneros en procedimientos y vinculados con la cadena productiva.
- La existencia de una alianza público-privada entre la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia y la Alcaldía.
- El apoyo del sector político a través de una política pública.
- La gerencia imparcial del clúster, con liderazgo, reconocimiento en el medio y capacidad de concertación.
- El compromiso y la responsabilidad de cada uno de los actores.

En cuanto a las fortalezas humanas, los entrevistados identificaron la alta cualificación del recurso humano, la capacidad de innovación, el liderazgo y la amabilidad en el servicio.

Por último, entre las fortalezas sociodemográficas se mencionaron el clima, la capacidad de inversión, los sitios turísticos de la región y la existencia de una comunidad clúster en marcha en otros sectores.

Las debilidades de Medellín para la consolidación de una estrategia clúster en el sector salud son, de acuerdo con los actores, de índole estatal, local, institucional, sociopolítica, tecnológica y humana.

Las debilidades estatales obedecen a la inestabilidad jurídica del país, que favorece la prestación de servicios de salud por agentes irregulares, y a la incoherencia en las políticas públicas nacionales. Uno de los entrevistados manifestó:

Una recomendación al Estado es ser coherente con sus políticas.
(C06-227)

Las debilidades locales tienen que ver con el insuficiente desarrollo de Medellín en infraestructura, tecnología y conectividad, tanto nacional como internacional, y con el hecho de que no es una ciudad turística consolidada. Los entrevistados se refirieron también a la falta de equidad en las políticas públicas y a los problemas para integrar diferentes áreas del sector público en cuanto a las políticas priorizadas.

Una debilidad de Medellín para el desarrollo de una estrategia clúster es que todavía hay una mala infraestructura que conecta a Medellín con las demás regiones. (C013-385)

La ciudad de Medellín no goza de buena reputación en seguridad y no es muy turística en comparación con otras ciudades del extranjero. (C07-232)

En cuanto a las debilidades institucionales, los entrevistados señalaron la falta de integración de toda la cadena productiva en salud, dándole mayor importancia a la integración que a la salud. También, la ausencia de cooperación y de una “mentalidad clúster” para favorecer el trabajo en red: cada uno busca su propio interés. Otras dificultades mencionadas fueron las reservas de las entidades prestadoras de servicios con su información y el hecho de que la atención esté centrada en lo económico.

Una debilidad es que en salud no se sabe trabajar en equipo, en función de una estrategia donde todos participan. (C08-249)

Hacen falta políticas que integren la ciudad, no hay voluntad política para ello. (C010-324)

Por último, las debilidades sociopolíticas, tecnológicas y humanas están representadas en la percepción de la ciudad como insegura a ojos de los extranjeros. También se hizo mención del bajo nivel de bilingüismo; del individualismo, que afecta el trabajo en equipo y la posibilidad de desconcentrar funciones, y de la comprensión del desarrollo exclusivamente en términos tecnológicos.

Es una limitación el imaginario que tienen en parte a nivel internacional de Medellín como ciudad insegura, subdesarrollada y de riesgos epidemiológicos. (C02-78)

La ciudad carga todavía con la historia de violencia. (C03-106)

La mayor debilidad de la ciudad es el bilingüismo. (C04-150)

Las principales dificultades para la implementación del clúster fueron: entender el desarrollo únicamente como desarrollo tecnológico, dificultad para vincular toda la cadena productiva del sector. (C05-183)

La figura 2 (pp. 58-59) sintetiza las fortalezas y debilidades que presenta la ciudad para la consolidación de una estrategia clúster en el sector salud.

Antecedentes y origen

Los actores identificaron como antecedente de la estrategia clúster el diagnóstico realizado por Porter en los años noventa, desarrollado posteriormente por la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia –lo que se tradujo en una alianza con la Alcaldía de Medellín en el periodo de gobierno 2004-2007– y retomado por la *Política Nacional de Competitividad y Productividad* (Conpes 3527, 2008), haciendo énfasis en el sector salud.

También destacaron el reconocimiento histórico que han tenido las instituciones de Medellín por la calidad en la prestación de servicios de salud. Gracias a eso, la convocatoria inicial para integrar el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología fue “personalizada”, dirigida a las instituciones de salud más representativas de la ciudad.

Esta estrategia clúster surgió en Medellín en un contexto de interés por el desarrollo empresarial para la generación de riqueza, sumado a una política local que buscaba la integración de la cadena productiva para lograr mayor eficiencia y la exportación de servicios de salud con estándares internacionales, a partir del intercambio de buenas prácticas y de la generación de confianza hacia el sector público en los empresarios.

Los participantes identificaron en la globalización económica un contexto favorable al surgimiento de la estrategia clúster, en tanto generaba la oportunidad de exportar servicios de salud. Además, consideraron que hubo una mejor comprensión de los desafíos de la ciudad frente a la globalización y de la necesidad de estrategias de desarrollo para hacerla más competitiva; en ese escenario se estimó la salud como elemento de productividad y competitividad. En consecuencia, el apoyo financiero e institucional (con recursos públicos) permitió implementar la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología. Adicionalmente, identificaron como antecedente importante en la ciudad la experiencia de otros clústeres que ya estaban en funcionamiento.

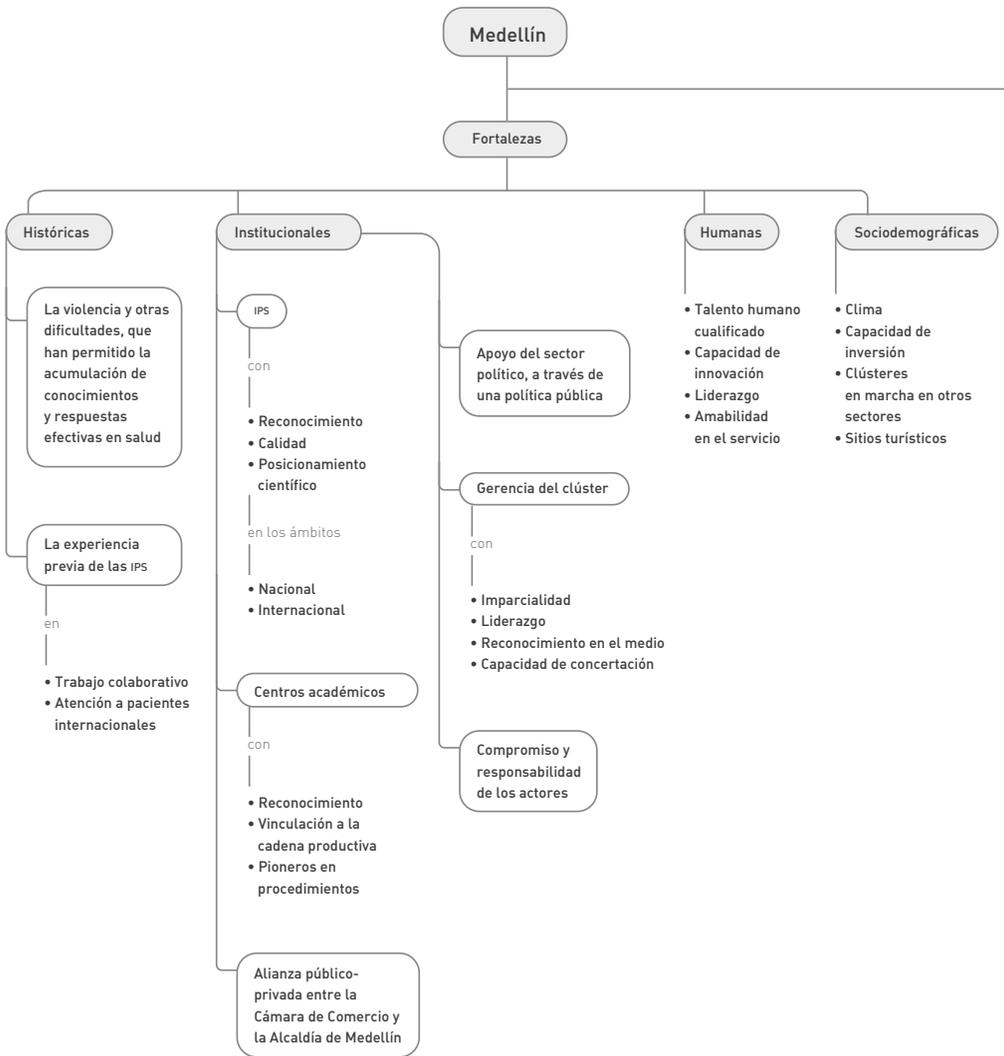
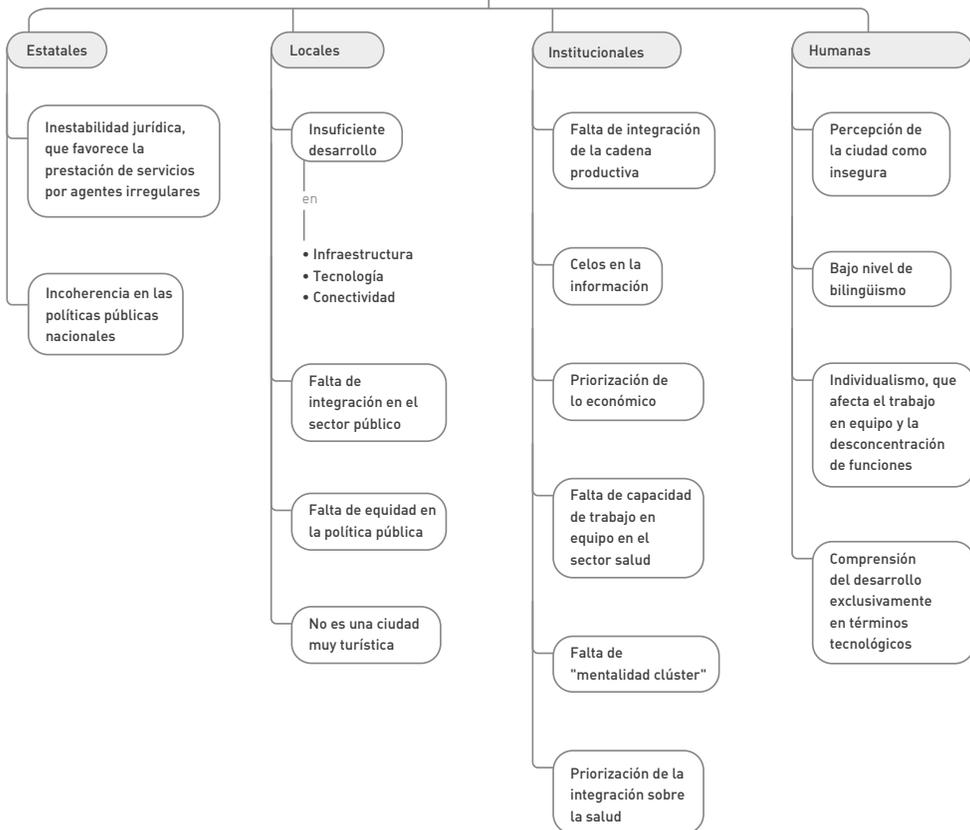


Figura 2. Fortalezas y debilidades de Medellín para la consolidación de un clúster de salud.

Dificultades



De acuerdo con los entrevistados, la crisis del sistema de salud colombiano fue un antecedente para no establecer vínculos entre el clúster y el sistema, especialmente las aseguradoras. Las relaciones entre las aseguradoras y los prestadores aglutinados en el clúster eran conflictivas, debido a la desconfianza y a la creciente cartera de los segundos por los incumplimientos en el pago de las primeras. Así las cosas, llevar al clúster un factor disociativo preexistente impediría el trabajo colaborativo.

A pesar de acercamientos con las entidades administradoras, el conflicto existente con los prestadores era agregar una dificultad adicional que daría al traste con la iniciativa. (C01-10)

Al mismo tiempo, ese contexto de crisis hizo que los actores vieran una oportunidad económica en la venta internacional de servicios de salud, pues los recursos entrarían directamente a los prestadores.

La crisis del sistema de salud colombiano ha servido para que las IPS vean una oportunidad en lo internacional. (C012-370)

La figura 3 (pp. 62-63) sintetiza los antecedentes y el origen del clúster de salud de Medellín.

Estado actual

Los entrevistados expresaron que el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín está en una etapa inicial y que sus objetivos principales son avanzar en el desarrollo tecnológico, asegurar la calidad de los servicios a través de los procesos de acreditación, como preparación para competir internacionalmente; integrar la comunidad clúster

para el aprendizaje conjunto y hacer más atractiva la ciudad. Asimismo, afirmaron que la estrategia ha tenido avances importantes en articulación, formulación de proyectos, celebración de eventos (Medesalud 2016, por ejemplo), relacionamiento con los actores del sector, acreditación y procesos de calidad en las instituciones.

El clúster ha avanzado mucho en materia de proyectos, estrategias, realización de eventos y acreditación. (C09-303)

Estos avances han significado reconocimiento al talento humano, la gestión y la constitución comercial y cooperativa del clúster.

En cuanto a la oferta de servicios, los actores identificaron que se da prioridad a lo ambulatorio, especialmente tratamientos estéticos y odontológicos, aunque estos últimos tienen dos desventajas: no representan un alto costo y no están incluidos por lo general en los seguros de salud. También se da prioridad a lo altamente especializado, que sí representa un alto costo. En cuanto a los pacientes, se da prioridad a los extranjeros, bien sean colombianos residentes en el exterior o ciudadanos de otros países. Según los entrevistados, la población extranjera llega más atraída por la gestión de cada institución que por el clúster, y proviene principalmente del Caribe, Estados Unidos, España y Ecuador.

Los actores destacaron la marca “Medellín Health City”, producto del trabajo conjunto de las instituciones que forman parte del clúster, con la cual se quiere promover la ciudad en el exterior. También mencionaron el proceso de transición entre el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología y la marca; y reconocieron que esta ofrece algunas dificultades —por ejemplo, el estigma relacionado con el nombre de la ciudad— y que su éxito depende del valor que cada institución le dé.

En cuanto a la integración de las instituciones, los actores manifestaron que en general existen buenas relaciones, más voluntarias que

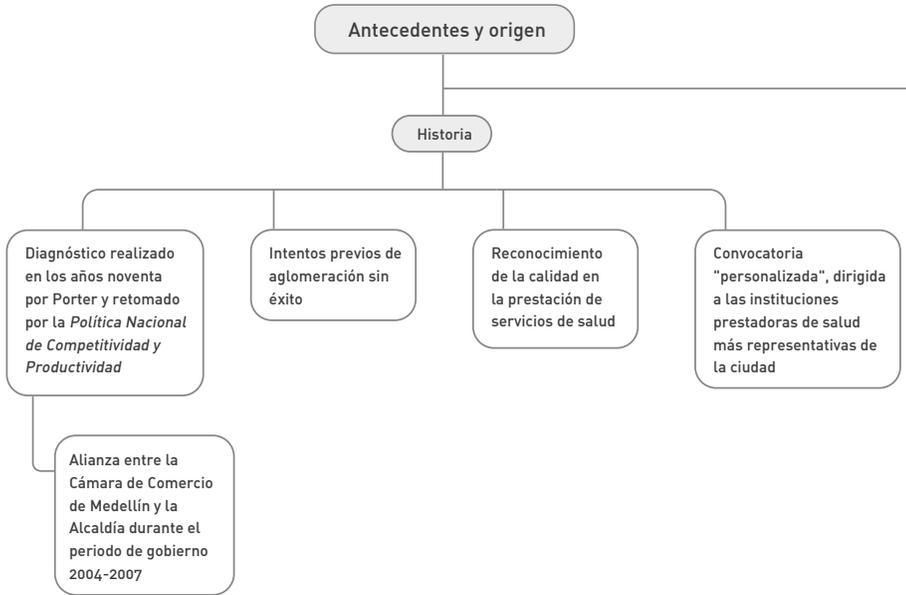
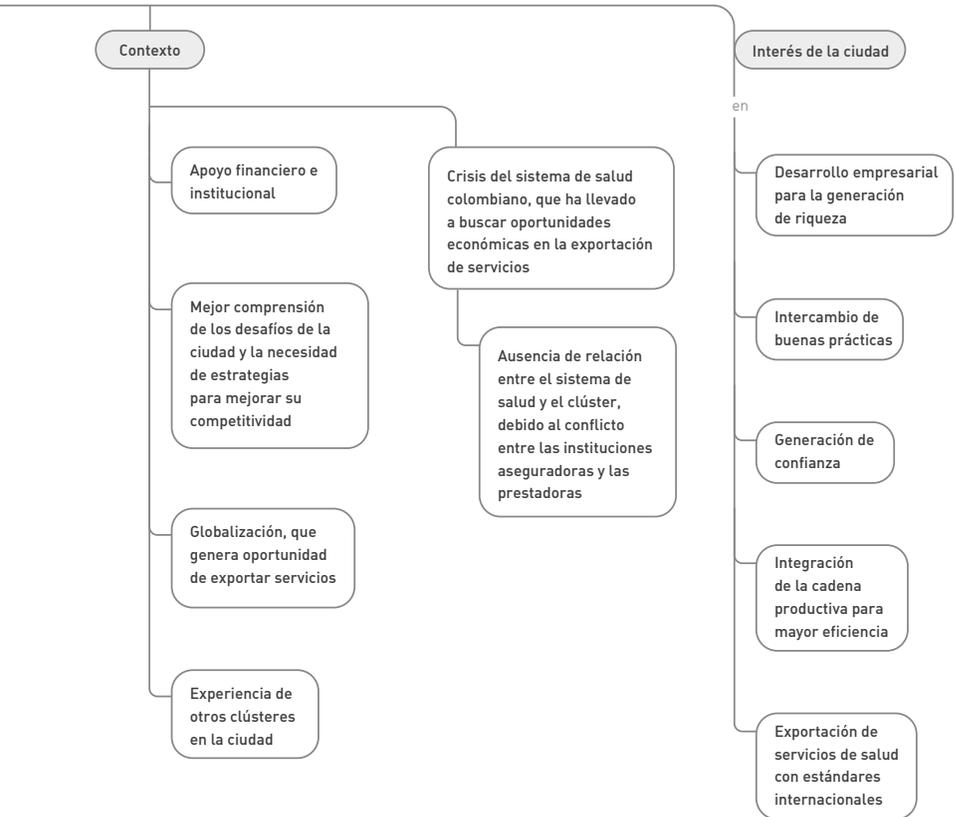


Figura 3. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: antecedentes y origen.



contractuales. Pero advirtieron que hace falta cohesión, por varias razones. La primera de ellas es la falta de credibilidad, confianza y vinculación con el sector académico.

En el clúster no hay relación de confianza ni de credibilidad con los actores académicos. (C08-272)

Otra de las razones mencionadas es la agrupación de algunas clínicas odontológicas por fuera del clúster.

La parte odontológica no representa un ingreso muy interesante para el clúster; se formó un subgrupo de clínicas odontológicas. (C07-233)

También se habló de la existencia de otros intermediarios para la promoción de los servicios ofrecidos por las instituciones pertenecientes al clúster, como el grupo Salud sin Fronteras, que forma parte del clúster pero solo representa a algunas instituciones, y Coomeva Internacional, que no forma parte.

En Medellín realmente hay tres clúster[es] de salud, reflejo de la falta de unión en la sociedad. (C08-247)

Para los actores, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se encuentra en un proceso de maduración en el que el área odontológica ha sido más eficiente que la médica, por haber conseguido la unificación de tarifas y la elaboración de un modelo de atención a pacientes internacionales. Consideraron que la estrategia clúster es un proceso que toma tiempo, con miras a contratar con agencias internacio-

nales, aumentar la comercialización, exportar servicios y conocimiento y generar un mayor flujo de pacientes extranjeros.

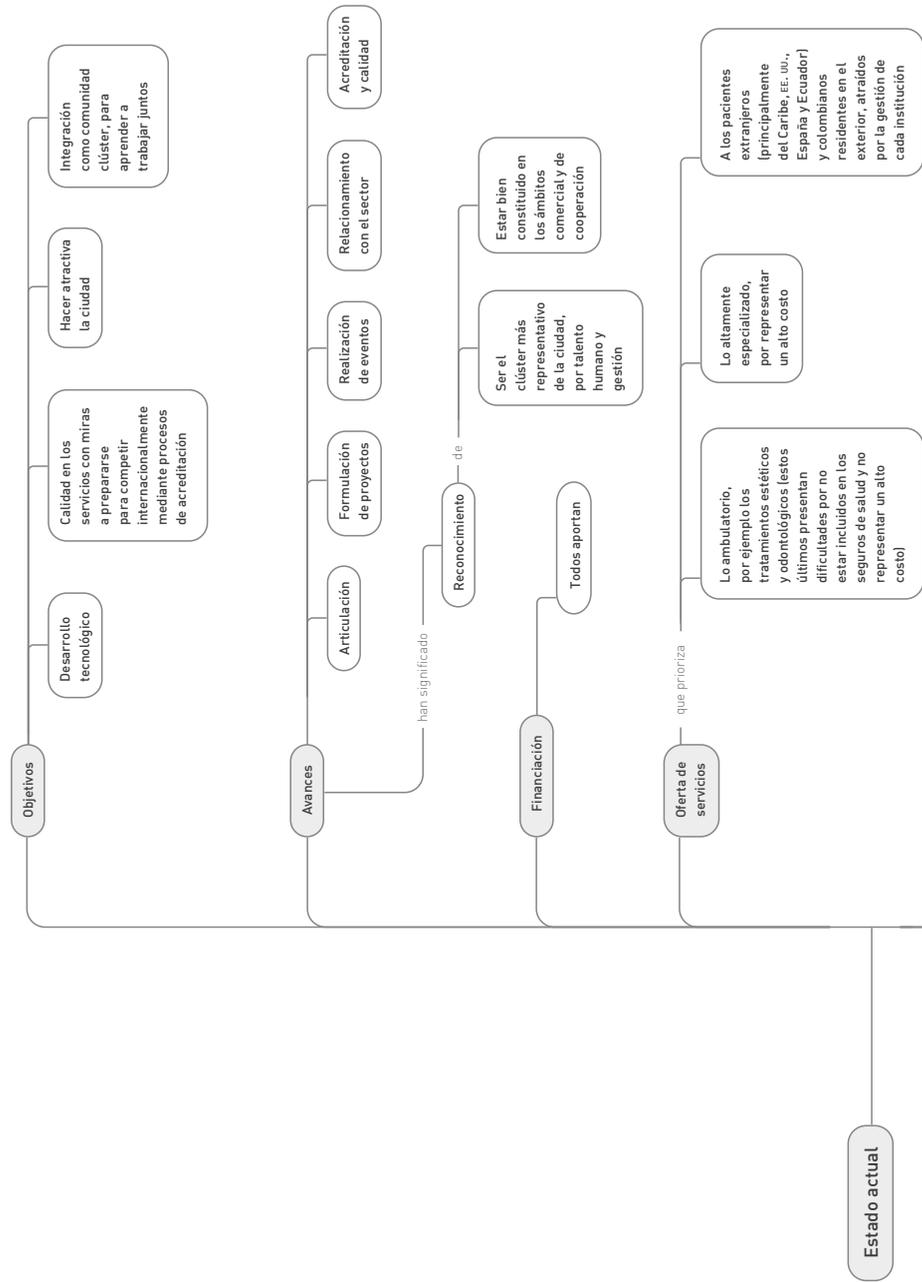
La figura 4 (pp. 66-67) sintetiza el estado actual del clúster de salud de Medellín.

Valores orientadores

Los participantes señalaron que la competencia y la colaboración son los principales valores orientadores de la estrategia clúster, “competir colaborando” (C01-52), y que esos valores exigen de los organizadores liderazgo y confianza. Identificaron como valor prevalente la competencia, tanto entre los mismos integrantes del clúster como con otros destinos que exportan servicios de salud, lo cual requiere idoneidad en la prestación de estos. La cooperación fue caracterizada como un valor más nominal, tenido en cuenta para algunos asuntos y necesario para posibilitar el trabajo en equipo, el intercambio de experiencias y el aprendizaje conjunto. En la práctica, este valor tiene mayor desarrollo en el área odontológica que en la médica.

Otro valor identificado por los participantes fue la prevalencia del interés general, enmarcado en el desarrollo del territorio y la articulación o el trabajo en red, en beneficio de la competitividad de la ciudad. Como valores deseables para la orientación del clúster, no presentes en la actualidad, se hizo mención de la transparencia—por ejemplo, declarar expresamente los conflictos de intereses— y la generosidad —por ejemplo, compartir la información—. También se consideraron la dignidad, la responsabilidad, la lealtad y el compromiso ético.

La figura 5 (pp. 68-69) sintetiza los valores orientadores del clúster de salud de Medellín.



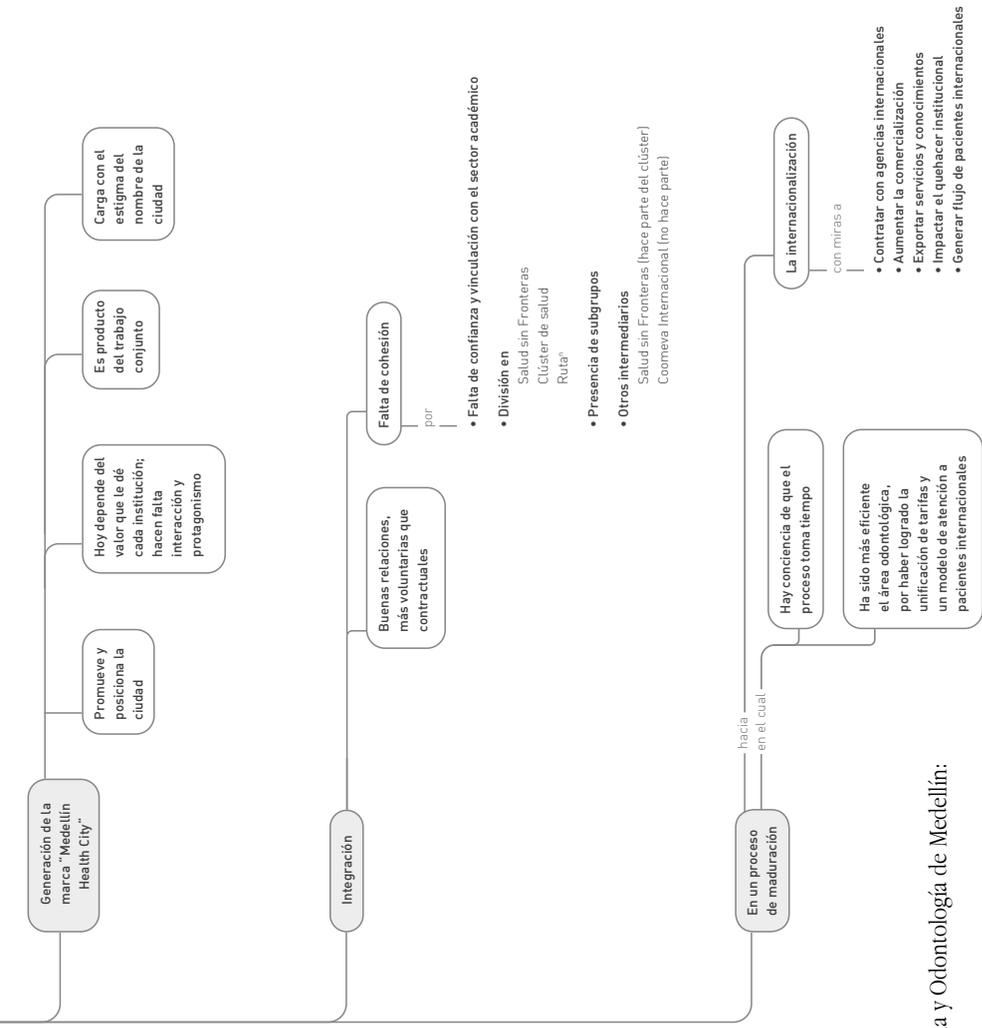


Figura 4. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: estado actual.

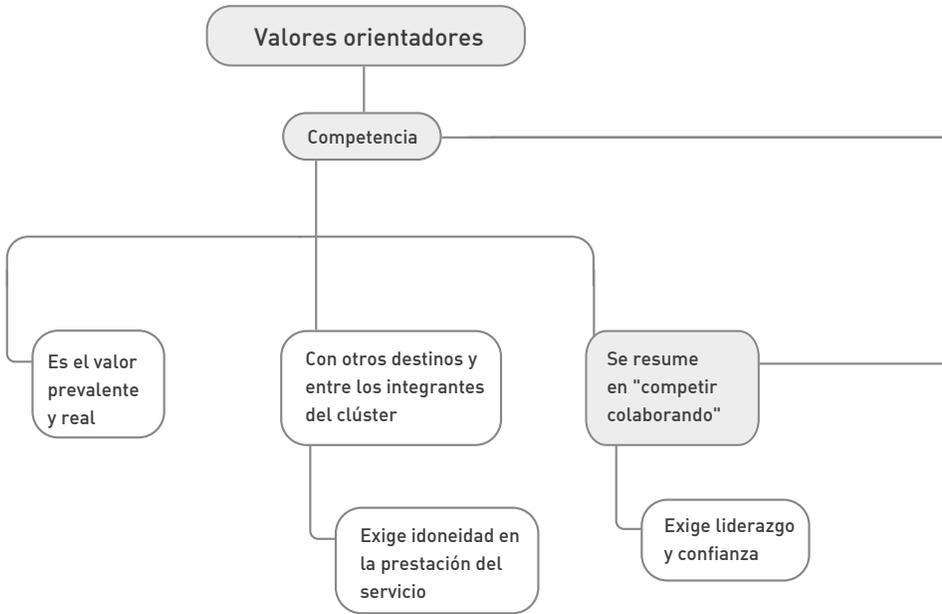
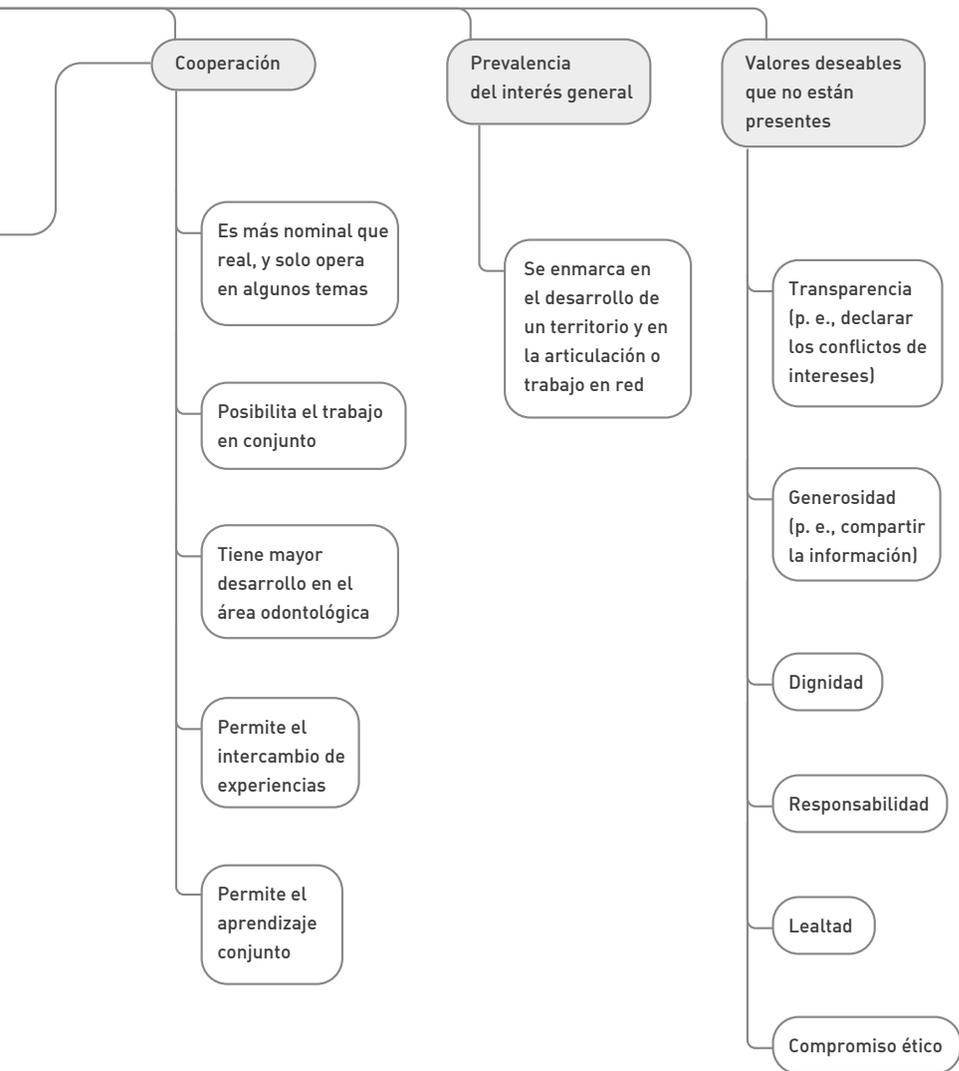


Figura 5. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: valores orientadores.



Actores y financiación

Entre los años 2008 y 2018 se celebraron doce convenios de asociación entre el municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de la ciudad, por un valor cercano a los \$54 472 870 684 a cargo del municipio (Alcaldía de Medellín, 2018), los cuales tuvieron como objeto principal el impulso a la modernización y el desarrollo del tejido empresarial a través de clústeres estratégicos, entre ellos el de salud. Las obligaciones estipuladas eran el fortalecimiento de los clústeres de la ciudad, la formación de los empresarios, la elaboración de propuestas de investigación y desarrollo, el fortalecimiento de la competitividad, y la internacionalización de la salud, particularmente con el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología (Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación, 2008a, 2008b, 2009a, 2009b, 2009c, 2012, 2014 y 2015).

En el documento *Contexto del proyecto Medellín: Ciudad Clúster*, la Cámara de Comercio de Medellín (s. f.) informa que la inversión inicial fue de \$50 795 millones de pesos, de los cuales \$27 812 millones fueron aportados por la Alcaldía. El Anexo de presupuesto de inversión por resultados 2009 (Alcaldía de Medellín, 2008) estimó para el componente “Apoyo a comunidades clúster” un valor aproximado de \$1300 millones, y en el plan de acción de 2013, específicamente para el clúster de salud se estableció un presupuesto de \$300 millones (Alcaldía de Medellín, 2013). Estas cifras evidencian que la financiación del sector público ha sido determinante para el inicio y el desarrollo de la estrategia clúster.

La figura 6 sintetiza los actores y la financiación del clúster de salud de Medellín.

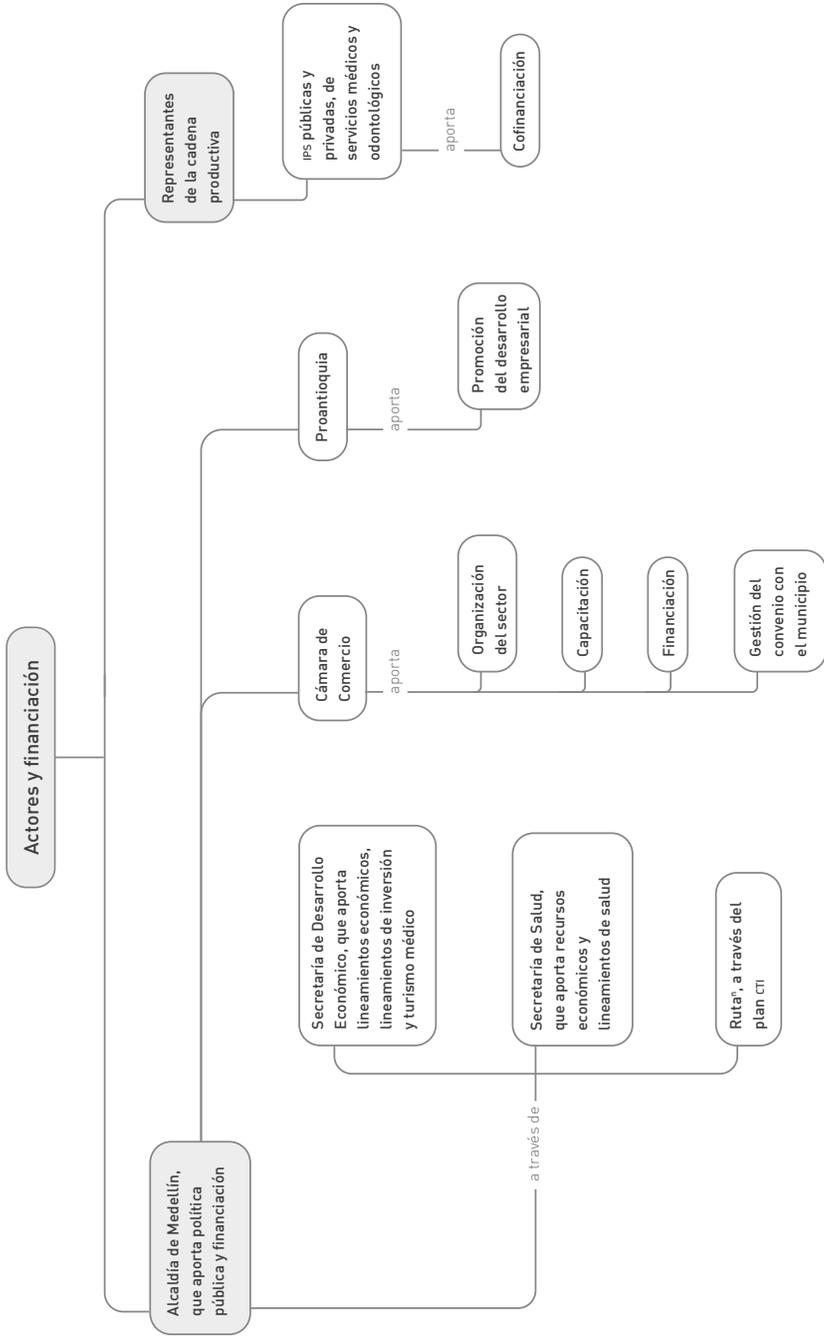


Figura 6. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: actores y financiación.

Necesidad de un comité de ética

Frente a la necesidad de un comité de ética en un clúster que ofrece servicios de salud a extranjeros, los entrevistados no estuvieron de acuerdo. Algunos manifestaron que no es pertinente, por ser una obligación de cada institución, dentro de los procesos de habilitación y acreditación, tener un comité de ética, sin importar la nacionalidad de los pacientes; otros, por considerar lo ético algo poco tangible.

El tema ético clínico hoy es responsabilidad de cada institución, incluso desde lo normativo, no es una línea de gestión del clúster. (C01-55)

El comité de ética es institucional. (C04-151)

Lo ético para mí es intangible, sería de gran valor para evaluar las propuestas de vinculación por el consejo asesor. (C09-285)

Por el contrario, otros afirmaron que el comité es pertinente y que enriquecería los procesos de habilitación y acreditación, porque la atención a pacientes internacionales genera nuevos conflictos y reflexiones y porque la ética debe tener un papel protagónico en esos procesos.

Un comité de bioética sería totalmente pertinente para el clúster. (C05-191)

La parte ética es un aspecto fundamental en los procesos de acreditación. (C012-366)

Para los entrevistados, si bien los asuntos éticos están presentes en situaciones como la claridad de la información, el consentimiento informado, la confidencialidad, el direccionamiento a los pacientes y el seguimiento posterior a la atención, lo ético no es actualmente una línea de trabajo en el clúster.

Auscultación del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología

Valores

La moral tiene un sustento social y se construye en los procesos de interacción y socialización (Pieper, 1991; Berger y Luckmann, 1968), en los cuales la persona interioriza un conjunto de valores que moldean la construcción de su identidad, tanto individual como colectiva. Pero en las sociedades existen distintos referentes axiológicos que conforman diversas morales, las cuales se encuentran en pugna constante por la legitimación. Esto impulsa cambios en las identidades individual y colectiva, generadores de transformación social (Tugendhat, 1997).

En esta discusión se considera en primer lugar lo valorativo o axiológico porque dentro del referente axiológico en pugna en la estrategia Clúster de Servicios de Medicina y Odontología se encuentran valores como el lucro, la salud, la competencia, la cooperación y la solidaridad, entre otros mencionados por los participantes. Al ofrecer una idea de la manera como es percibida la salud en ese contexto, los valores se constituyen en elemento indispensable para el análisis de la estrategia, más allá de las consideraciones técnicas que la soportan.

Los participantes manifestaron que los principales valores orientadores de la estrategia clúster son la competencia y la colaboración, sintetizados en la frase “competir colaborando” (C01-52), dinámica que apunta a lograr los propósitos de la cadena productiva en el sector salud. Si bien estos dos valores representan aquello a lo que aspira la estrategia, los participantes resaltaron que la competencia –tanto entre los integrantes del clúster como con otros destinos que exportan servicios de salud– ha sido el valor prevalente y real en su desarrollo.

Hay tensión en el clúster entre cooperación y competencia. La cooperación es más nominal; la competencia, más real. (C08-269)

Para los entrevistados, esa nominalidad del valor cooperativo se refleja en la falta de trabajo en equipo, las dificultades para compartir información, la presencia de subgrupos por fuera del clúster y la no integración de todos los actores de la cadena productiva (por ejemplo, el sector académico). También se hace evidente en la falta de cooperación en la gestión internacional de algunas instituciones, que la adelantan al margen del clúster con otros promotores internacionales, como Salud sin Fronteras y Coomeva Internacional. En suma,

en la misma estrategia del clúster se dividen los esfuerzos y falta cohesión. (C08-273)

La nominalidad de la cooperación en el clúster obedece a que el referente axiológico de la salud está enmarcado únicamente en una perspectiva de desarrollo económico: el reconocimiento de la ciudad como exportadora de servicios de salud ha hecho que este sector se comporte como un sector industrial, buscando oportunidades de crecimiento en utilidades (Cámara de Comercio de Medellín, 2013), lo que implica tener

en cuenta los servicios médicos y odontológicos como medio para aumentar la productividad y la competitividad.

Al considerar la salud un factor de productividad y competitividad, se erige como fin latente priorizado el lucro (crecimiento de utilidades), hecho al que los participantes se refirieron afirmando que la atención está centrada en lo económico.

El tema de los clúster[es] es el negocio de la salud. (C010-330)

Lo anterior implica que operen valores diferentes a la cooperación, debido a que si la finalidad es lucrarse de los servicios de salud, prevalecen los intereses individuales de las instituciones, no los colectivos de la ciudad. Cosa distinta cuando la finalidad de las estrategias económicas es que la generación de recursos repercuta en la salud como fin, derecho, servicio público y necesidad básica de la población, que constituye un propósito colectivo y requiere aunar esfuerzos para su consecución, esto es, actuar cooperativamente. En la estrategia clúster se confunden fines y medios: la generación de riqueza por medio de la salud es el fin, cuando debería ser el medio para mejorar la vida de los ciudadanos.

Esto permite entender por qué fueron mencionados como deseables para la orientación del clúster otros valores, *verbi gratia* la generosidad con la información y la transparencia al declarar los conflictos de intereses. Para algunos, la participación en la estrategia responde a la búsqueda de un provecho individual por encima de los intereses colectivos, lo que implica el no reconocimiento del otro como complemento, porque los fines prioritarios siguen siendo individuales. La consideración de la salud estrictamente como ventaja competitiva para la productividad, sin integrarla con las condiciones de salud y la calidad de vida de los ciudadanos, implica un desarrollo institucional de lo privado, mas no de lo colectivo. En palabras de uno de los actores:

La estrategia clúster no contribuye a la justicia social, fortalece negocios particulares en los que el Estado no debería tener una función importante. (C010-313)

A nivel estratégico, la prevalencia de la competencia sobre la cooperación refleja que en el clúster no existe un volumen considerable de interdependencias, toda vez que varias de las instituciones son hospitales de alta complejidad que agrupan numerosos servicios; por esto la coordinación con otros agentes no resulta necesaria, o es mínima. Así lo expresó uno de los entrevistados:

En la práctica, el clúster se ha desarrollado como una red de prestadores de servicios de salud, sin integrar toda la cadena productiva del sector. (C02-65)

Como establece Adler (citado en Tello, 2008, pp. 188-189), la confianza se expresa de forma calculada de acuerdo con los intereses de las empresas. Hace falta generar bases de confianza que se traduzcan en consistencia en el comportamiento de los agentes, lealtad, honestidad y sinceridad. En el clúster, la cooperación se visibiliza en asuntos como presión a las autoridades locales para obtener financiación o beneficios jurídicos y administrativos; investigaciones de mercado internacionales, promociones conjuntas y participaciones en ferias comerciales o eventos (p. 194), pero no es un principio orientador de su quehacer, pues se encuentra subordinado a la competencia, que busca conservar la posición privilegiada de algunos y obtener mayores recursos.

En el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín ha prevalecido el individualismo, que Ospina (2013) señala como uno de los valores representativos del país. La competencia como valor determinante, aunada al individualismo de los intereses, se traduce en un

estímulo para lograr mayor rendimiento económico o maximización de utilidades, lo cual implica vencer al otro, estar un paso adelante. Por lo tanto, no hay un verdadero interés en la actuación intersectorial para lograr fines comunes; la vivencia del valor cooperativo es obstaculizada por los fines rentistas particulares y se queda en un eslogan publicitario, útil para su propio beneficio.

Es necesario señalar que esta práctica no es exclusiva del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, en tanto obedece al hecho de que los mecanismos del mercado están cada vez más presentes en la vida social, bajo la idea de que todo tiene un precio y todo es intercambiable (Sandel, 2013, p. 13). Como se indicó en la introducción, la lógica del pensamiento neoliberal consagra la medicalización de la vida y la salud y canaliza esta última hacia la medicina curativa y su explotación comercial de sesgo individualista bajo la retórica administrativa-empresarial (García, 2005, p. 14).

El aspecto valorativo, como se advierte, permite entender por qué el origen de la estrategia fue generar mayor desarrollo económico y no satisfacer las necesidades locales. Como señaló Aristóteles, discutir sobre el propósito de una institución social equivale a discutir sobre las virtudes que honra y recompensa (citado en Sandel, 2011, p. 287). En el caso del clúster, es evidente que el propósito es la competencia. Prueba de ello es que tuvo como referente un informe contratado con una firma extranjera, que desconociendo la realidad integral del país y de la ciudad, se centró en la denominada *competitividad* y dejó a un lado la situación de la salud y todos los factores que la determinan en nuestro contexto. Lo importante era convertir los servicios de salud en un factor de producción exclusivamente económico.

En el fondo, la inexistencia práctica del valor de la competencia expresa la comprensión de la salud como un objeto de mercado y no como un derecho: cada vez más, como un servicio individual que se

compra como cualquier objeto de consumo, y cada vez menos como un derecho ciudadano vinculado a la vida y al bienestar. El enfoque de la salud como sector competitivo para la generación de la riqueza puede ser importante para la región y ofrecer nuevas posibilidades en cuanto al mercado y a la consecución de recursos relevantes para las entidades que participan de la estrategia. Sin embargo, al no haber un trabajo conjunto o integral, la práctica se degrada a una consideración corrupta de la salud, en los términos de Sandel (2013): la corrupción de un bien o una práctica social abarca mucho más que los sobornos y pagos ilícitos; también significa degradarlos, darles un valor inferior al que les corresponde. Aquí, la salud como necesidad, servicio público y derecho fundamental se degrada al ser vista únicamente como factor productivo, fuente de desarrollo económico o de beneficios privados a partir de las políticas públicas municipales, toda vez que ella no constituye un objeto de mercado similar a otros productos y servicios que se comercializan internacionalmente. La productividad es instrumental, no puede ser una meta en sí misma; tiene sentido cuando impacta la salud en lo colectivo, no cuando la salud se convierte en objeto para el desarrollo industrial.

En un asunto tan complejo como la salud y su consideración como factor de productividad y competitividad para una región, debe dársele prioridad al aspecto axiológico sobre la perspectiva económica. La estrategia no puede ser contemplada exclusivamente desde lo técnico y lo económico; debe tener una orientación integral que delibere a la luz de la ética sobre asuntos como la justicia, la lealtad y la cooperación. Como afirma Sen (2000), “los valores desempeñan un importante papel en la conducta humana, y negarlo equivale no solo a alejarse de la tradición del pensamiento democrático sino también a limitar nuestra racionalidad” (p. 326). El asunto surge en la reflexión cuando en los hallazgos se manifiesta que en el clúster hace falta compromiso ético, porque lo ético es un recurso esencial para tomar decisiones (Nagel, 2000). Estas tienen su

fundamento en los valores a los que damos prevalencia. En una política pública de ciudad frente a un servicio público, un derecho humano y una necesidad básica de la población –la salud–, se requiere un marco axiológico más amplio que la competitividad.

Contexto: la ciudad

No puede desconocerse el contexto macroeconómico y social donde se desenvuelve el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín –el territorio, la ciudad–, contexto desde el cual se plantean estrategias que tienen consecuencias en lo colectivo. La ciudad debe responder a exigencias como ser soporte para el desarrollo, entendido esencialmente como desarrollo económico, e integrar a los procesos de desarrollo a quienes producen riqueza, toda vez que hoy el aspecto económico ha tomado la delantera frente al aspecto social y se da prioridad al propósito de hacer la ciudad más productiva, en una búsqueda casi obsesiva de la eficiencia económica (Osmont, 2003).

Como lo establecen Borja y Castells (1997, pp. 31-32), las ciudades dependen cada vez más, en sus niveles y modos de vida, de las formas de su articulación a la economía global; en consecuencia, el nuevo objetivo de la gestión urbana es situar a las ciudades en condiciones de afrontar la competencia internacional de la que depende el bienestar de sus habitantes. Así las cosas, lo local no puede desconocer la dinámica global: la denominada *globalización* debe ser abordada desde las ciudades, pero siempre con miras a mejorar las condiciones de vida de la población. Responder a los retos del comercio internacional es un asunto relevante para las ciudades, pero la respuesta debe obedecer a una política que represente los intereses generales de la población y satisfaga sus necesidades básicas.

Como resaltaron los actores, en cuanto a los servicios de salud Medellín presenta fortalezas evidentes que le han permitido tener un reconocimiento internacional y posicionar varias instituciones. Un referente histórico para el progreso de estos servicios fue la violencia generada por el narcotráfico en los años ochenta y principios de los noventa. En varios casos, los conflictos han dado un gran impulso al desarrollo médico, tanto en la calidad de la formación como en la prestación de servicios y en la investigación (Nathanson, 2000). Por ejemplo, la transfusión de sangre fue catalogada como el avance médico más importante de la Primera Guerra Mundial (Stansbury y Hess, 2009) y la cirugía ortopédica tuvo grandes avances durante la Segunda Guerra Mundial por el tipo de lesiones que experimentaban los soldados (Dougherty, Carter, Seligson, Benson y Purvis, 2004). De igual manera, la violencia que azotó a Medellín sirvió para la acumulación de conocimientos y la especialización de los profesionales médicos. Pero también constituyó para ella un estigma que todavía carga en la actualidad, un imaginario ante el extranjero de ciudad narcotraficante y violenta, situación con la cual debe enfrentarse la estrategia.

Por otro lado, un clúster de salud no puede pasar por alto las situaciones relevantes de la salud en el contexto más amplio donde opera. Así, en Colombia no puede dejar de considerarse la crisis del sector, que constituye un problema estructural para el sistema de seguridad social (Zapata, Echavarría y Carvajal, 2015). El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín quiso alejarse de esta situación agrupando solo a los prestadores y excluyendo a las aseguradoras, uno de los eslabones de la cadena productiva del sector. Así lo indicaron los entrevistados, al afirmar que la crisis del sistema de salud colombiano fue un antecedente para no establecer vínculos con él, especialmente con las aseguradoras, pues esto impediría un trabajo colaborativo y limitaría la oportunidad económica de la venta internacional de servicios. Sin embargo, dejar por

fuera un actor no implica librarse de la crisis estructural de la salud; antes bien, ignorar esta situación puede agravarla.

También es significativo —y responde a la valoración de la salud como factor para la productividad y el desarrollo— que no se hayan mencionado algunos aspectos de la ciudad relacionados con la salud, como la gran desigualdad social y las dificultades de acceso de la población local a los servicios sanitarios. Esta omisión, consciente o no, implica invisibilizar problemas que deben tener respuesta desde la política pública, pues como cuestiones estructurales no pueden trabajarse de forma fragmentaria. Y que, a su vez, son consecuencia de haber priorizado lo competitivo sobre lo cooperativo o solidario, que implicaría dar solución de forma conjunta a esos problemas colectivos.

Estas realidades del territorio frente a una estrategia que obedece a la dinámica internacional en materia de servicios de salud requiere que la ciudad trabaje en respuestas pensadas desde su contexto, sin dejar de lado los problemas colectivos del sector, a fin de generar capacidades para la competencia internacional que a su vez se traduzcan en soluciones a las dificultades locales. También es importante valorar que las ciudades latinoamericanas del siglo *xxi* expresan espacialmente los efectos de los profundos procesos de transformación económica, social y cultural generados por la aplicación de políticas neoliberales en un contexto internacional globalizado, como el incremento de la pobreza urbana, el recrudecimiento de la desigualdad y la aparición de nuevas formas de exclusión (Ziccardi, 2008, pp. 9-10). Tener en cuenta estas situaciones llevaría, por lo menos, a procurar no exacerbarlas, máxime en la salud, bien público por excelencia.

No cabe duda de que, en el contexto del mercado, Medellín cuenta con grandes fortalezas en cuanto a servicios de salud. Pero se hace necesario el criterio moral para analizar otros aspectos relevantes, tales como la calidad de los servicios y el acceso de la población a ellos,

y para no perder de vista, desde una perspectiva política, sus grandes debilidades en equidad, particularmente en salud: “Medellín es la ciudad más desigual de Colombia y una de las mayores en América Latina” (ONU Hábitat, 2014). La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Colombia (2013) señala que la ciudad ha avanzado en infraestructura, pero le queda pendiente combatir la pobreza, y que es una de las más inequitativas del mundo. Así quedó establecido en el *Informe de indicadores objetivos sobre la calidad de vida en Medellín 2012-2015* del programa Medellín Cómo Vamos, el cual evidenció en 2014 un retroceso en el índice GINI respecto del año anterior. El aumento (de 0,506 a 0,526) fue el mayor para las principales ciudades del país. Además, si bien la ciudad ha reducido la pobreza extrema, esta se mantiene en cifras importantes: 3,3 % de la población en 2015 (Medellín Cómo Vamos, 2016b). Entonces, perder de vista un criterio estructural como la desigualdad en una política pública de la ciudad exacerba los conflictos ya existentes en la salud.

Si bien ha disminuido la desigualdad, son evidentes las diferencias que persisten en las condiciones de vida en los territorios (Medellín Cómo Vamos, 2016b). En conjunto, el Medellín urbano ofrece a sus habitantes unas condiciones de vida más altas que los corregimientos, que están en desventaja principalmente por una mayor vulnerabilidad, por el capital físico del hogar y por el entorno y la calidad de las viviendas. Las desigualdades entre las comunas son aún mayores: para 2014, la diferencia entre la de mayor índice multidimensional de condiciones de vida (El Poblado) y la de menor (Popular) fue casi tan grande como el valor medio del índice para la ciudad como un todo. Si bien las condiciones de vida mejoraron en el Medellín urbano en términos generales, algunas comunas no experimentaron mejora, entre ellas las de menor índice multidimensional de condiciones de vida: Popular y Santa Cruz. El informe destaca que las dimensiones de vulnerabilidad, capital físico del hogar y

entorno y calidad de la vivienda, escolaridad e ingresos fueron las que revelaron las mayores brechas entre territorios y las que deberían ser objeto de mayores apuestas de política pública para lograr reducir tales diferencias.

La situación de la salud se evidencia en el informe de derechos humanos de la Personería de Medellín (2015):

Se agudizó el tema de la falta de acceso y oportunidad a los servicios de salud en los niveles II y III de complejidad; segundo, fue constante el sobrecupo de los servicios de urgencias en un 200 % en la ciudad, en algunas oportunidades superó el 500 % en ciertas clínicas y hospitales, aumentando el riesgo y las complicaciones; tercero, la liquidación de EPS que tenían muchos afiliados, como Saludcoop y Caprecom, las cuales presentaron problemas en la gestión del riesgo en salud, dejó gran parte de la población con alta carga de enfermedad; cuarto, se presentó un incremento de cartera de las EPS con los hospitales públicos y privados de un 35 % aproximadamente; quinto, la mayoría de EPS no cuenta con suficiente red de servicios de salud; sexto, se incrementaron las quejas y las tutelas en salud.

A lo anterior se adiciona la falta de entrega de medicamentos e insumos en salud, la inoportunidad en citas con médico general, especialistas y cirugías, lo cual acarreó, a pacientes trasplantados, la descompensación; a los de cáncer, un empeoramiento de la salud, y en general, a todos los pacientes crónicos y de alta complejidad terapéutica, una pérdida de calidad de vida y menor oportunidad para la recuperación de su salud, lo cual afectó no solo al paciente sino a su red familiar y social en la salud y en la economía. (p. 185)

El *Informe de indicadores objetivos sobre la calidad de vida en Medellín 2012-2015* (Medellín Cómo Vamos, 2016b) indica que, pese a la mayor cobertura, la ciudad tiene aún retos importantes en materia de salud, principalmente en el acceso efectivo a los servicios, debido a la tardanza en la asignación de citas de consulta externa y la baja capacidad de resolución de los primeros niveles de complejidad del sistema, entre otras causas. Si bien, como en el resto del país, hay un alto porcentaje de cobertura y una mayor participación del régimen contributivo, continúa el reto de mejorar la calidad de la atención, una de las mayores quejas de los ciudadanos (Tamayo, 2016). En la encuesta de percepción ciudadana sobre la calidad de vida (Medellín Cómo Vamos, 2017), la salud fue reconocida como el tema que más afecta la calidad de vida individual de los ciudadanos. Además, la región padece la crisis de la salud en el país, toda vez que los hospitales y clínicas de Antioquia son los de mayor cartera: 1,6 billones de pesos (Arias y Álvarez, 2016; “Deuda de EPS a hospitales ya afecta atención en Medellín”, 2015; Ospina, 2016).

Otro indicador importante tiene que ver con las enfermedades respiratorias y la calidad del aire en la ciudad: las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmones han sido causas importantes de mortalidad en Medellín. Estas afecciones se relacionan con factores de riesgo como el tabaquismo, la exposición a riesgos ocupacionales (polvo y productos químicos), la contaminación de espacios cerrados y la contaminación del aire. A propósito de este último factor, es pertinente señalar que para 2012-2015 la concentración de material particulado fue superior a la norma colombiana en algunas de las estaciones de medición de la calidad del aire en Medellín, y excedió los parámetros de la oms (Medellín Cómo Vamos, 2016a).

En resumen: al tiempo que se sitúan en la economía global, las ciudades deben integrar y estructurar su sociedad local. Lo local y lo

global son complementarios, no antagónicos (Borja y Castells, 1997, p. 33); por lo tanto, las consideraciones para el desarrollo económico de una región no pueden pasar por alto los factores que afectan la salud de sus ciudadanos. En Medellín, particularmente, no pueden ignorar la desigualdad, el acceso y la oportunidad de los servicios, situaciones estructurales en la salud. El trabajo por la ciudad no puede hacerse de espaldas a sus dificultades; invisibilizar los problemas estructurales de la salud y las necesidades de la población en esa materia implica reproducirlos. El cambio no vendrá de encabezados y notas de prensa.

Podría afirmarse de Medellín que se parece a las grandes ciudades de casi todos los países, en las cuales el modelo tecnoeconómico se caracteriza simultáneamente por su gran dinamismo productivo y su carácter excluyente de amplios sectores sociales y territorios: en el mismo sistema metropolitano coexisten las funciones más valorizadas con las más degradadas, los grupos sociales productores de información y detentadores de riqueza con los grupos sociales excluidos y las personas en condición de marginación (Borja y Castells, 1997, pp. 59-60). Se requiere, como lo establece Osmond (2003), una ciudad inclusiva, donde se haga frente a la obsesión por la productividad y la rentabilidad pensando que la planificación y administración urbanas son asunto de todos, bajo una perspectiva de gestión social fundada en la solidaridad y no en la búsqueda de la ganancia, toda vez que la ciudad es, sin duda alguna, una sociedad política.

Desarrollo de la estrategia

Para los actores, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se encuentra en etapa inicial o en proceso de consolidación. Según la clasificación de Solvell (2008) sobre las fases de formación de

los clústeres, puede decirse que se encuentra en desarrollo, debido a que están dadas unas condiciones, como la alianza público-privada, y una aglomeración con algunas articulaciones, como la unificación de tarifas en odontología y la elaboración de un portafolio de servicios a través de una página web común, pero sin llegar a la maduración necesaria en cuanto a cooperación y trabajo en red.

Aplicando la definición de Pacheco-Vega (2007), puede establecerse que este es, en su origen, un clúster forzado, toda vez que fue promovido por los gremios económicos de la ciudad, que influenciaron la política local de acuerdo con las políticas internacionales definiendo un agente promotor, hoy establecido como director. En la etapa emergente de este tipo de clústeres, el apoyo financiero público es fundamental, y así ha ocurrido con el de Medellín.

Puede afirmarse también que este es un clúster selecto, toda vez que surgió de una convocatoria dirigida a unas cuantas instituciones médicas y odontológicas, en razón a su prestigio. Según la clasificación de Tello (2008) sobre las condiciones iniciales de los clústeres, se observa que en cuanto a los factores económicos fundamentales, este tuvo en cuenta las oportunidades rentables de negocios a partir del mercado interno de sus servicios de salud, con una capacidad empresarial que comenzó a identificar oportunidades en el exterior, como lo habían hecho experiencias previas, por ejemplo, Salud sin Fronteras.³

En cuanto a los factores de localización, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se encuentra generando condi-

³ Creado en 1998 con el apoyo de Proexport, este programa pretendía la integración de las IPS en el proceso de atención a los pacientes extranjeros. Inicialmente fue conformado por nueve instituciones médicas de la ciudad con el fin de buscar acceso a mercados internacionales (Cámara de Comercio de Medellín, 2009).

ciones que incentiven la agrupación en la ciudad, dentro de las cuales se encuentra el establecimiento de alianzas entre el sector público y el privado. Además, se han dado factores no económicos para su creación, como los antecedentes históricos de la ciudad y el relacionamiento previo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como el reconocimiento local e internacional de la calidad de los servicios y el contexto de crisis del sistema de salud colombiano, que afectó la solvencia económica de las IPS (Zapata, Echavarría y Carvajal, 2015).

El esquema seguido por este clúster ha sido el propuesto por Porter, cuya firma fue contratada para el estudio de las ventajas competitivas de la ciudad, enfoque de tipo económico en el que las industrias y la interrelación entre ellas son el factor clave (Tello, 2008).

La consecuencia de tomar como referente el estudio de Porter fue ajustar la salud al enfoque económico de los clústeres, esto es, considerarla como un sector industrial. Pero esta consideración de la salud quizá no es pertinente para la localidad, en tanto no reconoce las condiciones del contexto de la capital antioqueña ni tiene un enfoque integral: está centrada únicamente en lo industrial. Desde un enfoque de desarrollo humano, el sector industrial debería ajustarse a las necesidades en salud, toda vez que, como lo expresa Max-Neef (1998, p. 40), el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. Bajo este punto de vista, debería pensarse cómo las políticas económicas pueden garantizar el derecho a la salud, y no cómo la salud puede generar mejores condiciones económicas.

Es necesario señalar que la estrategia clúster, a pesar de su reconocimiento en materia económica, también presenta desventajas, entre ellas la posibilidad de incrementar la competencia entre empresas, tanto frente a los clientes finales como frente a la disponibilidad de mano de obra cualificada (Pacheco-Vega, 2007). Esto resulta notorio en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, cuyo valor prevalente en la práctica ha sido la competencia.

Como señalan Martin y Sunley (citados en Pacheco-Vega, 2007), “el riesgo de un enfoque de políticas públicas basado en clúster es que se pierde de vista la necesidad de tomar una visión más holística del desarrollo regional” (p. 703). Esta consideración resulta especialmente relevante en el sector salud, que requiere una visión integral; el desarrollo no puede ser entendido solo como un elemento de la productividad cuyo aporte es la generación de empleo altamente cualificado, como cualquier sector industrial.

Al hablar del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, no puede perderse de vista que se trata de una aglomeración en el sector salud, y que difiere de otros sectores o clústeres de la ciudad —el textil o el de la construcción, por ejemplo— debido a que en el sector salud se debe tener un desarrollo institucional con el cual solo cuentan un número determinado de instituciones que pueden asumir actividades como la certificación internacional y la prestación de servicios de alta complejidad, lo que cierra las puertas a otras instituciones y concentra los servicios en las más desarrolladas. Como estas últimas son a su vez las que reciben el apoyo del Estado, la competencia en el sector se torna oligopólica: son pocos los prestadores de servicios de salud que pueden exportarlos, por lo cual pueden en conjunto controlar la oferta. Estas características del clúster de salud implicarían que la devolución a la ciudad se presentara también en el ámbito de la salud —asunto que se expondrá a fondo en el capítulo siguiente—, debido a que la formación de nuevas empresas no es relevante. Un hospital de alto nivel y con la infraestructura para procedimientos de alta complejidad no se construye de la noche a la mañana; por lo tanto, la venta de servicios a la población extranjera se concentrará en los prestadores ya existentes que tengan mayor desarrollo físico y tecnológico.

Por otra parte, los actores señalan que no son claros los lineamientos en salud que recibe el clúster de la Secretaría de Salud del municipio,

cuya labor se centra en los requisitos de habilitación y certificación de calidad. Más allá de un sello de certificación, los lineamientos en salud deberían apuntar a las dificultades estructurales, por ejemplo, el acceso de la población local a los servicios y la oportunidad e inequidad en su prestación.

La estrategia clúster, centrada en el discurso del desarrollo económico, la competitividad y la productividad, no es cuestionada como pertinente o no a la luz de las necesidades del contexto: se asume a priori que es beneficiosa, una especie de panacea económica. El problema es que se omite el análisis de su pertinencia en el ámbito local, como respuesta a las necesidades y problemas particulares. En otros términos, se deja a un lado la reflexión sobre cuál es la estrategia económica que conviene a la ciudad. Resulta evidente, en la fundamentación y desarrollo del clúster, que no interesa dar respuesta a las dificultades estructurales del sector salud, debido a que la salud es considerada un elemento de la productividad, y lo que interesa es la generación de recursos, el desarrollo económico de la región. Así las cosas, las condiciones de salud de la población y la pregunta de cómo se las podría mejorar con una estrategia público-privada para generar mayor bienestar no fueron factores iniciales de aglomeración.

En conclusión, no siempre es posible establecer un clúster forzando sus características primordiales (cercanía geográfica, instituciones de apoyo, capital semilla, emprendedores); esta estrategia no es una receta mágica para el desarrollo regional. Es necesario entender los ciclos de vida de las industrias y de los clústeres para poder determinar si la inversión que se va a realizar dará o no frutos (Pacheco-Vega, 2007). En relación con la salud, lo pertinente es valorar la estrategia en términos de su utilidad para la salud, no solo en términos de su utilidad económica. Como señala Granda (2011), es fundamental comprender la realidad antes de intervenir sobre ella.

Pertinencia de un comité de ética

Resulta claro para los entrevistados que en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín lo ético no ha sido un punto central ni una línea de trabajo, puesto que se ha dado prioridad a la consecución de recursos económicos y a la perspectiva industrial de la salud como elemento de la productividad regional, fundamentada en el desarrollo tecnoeconómico.

A partir de las consideraciones de los participantes puede afirmarse que, en general, se identifica a los comités de bioética con los comités de ética hospitalarios, cuyas funciones se enfocan en revisar los casos conflictivos en materia médica y velar por los derechos del paciente en la prestación de los servicios de salud. Sin embargo, es necesario destacar que la bioética tiene un campo de estudio mucho más amplio; además de la perspectiva biomédica, se ocupa de la naturaleza, los sujetos sociales y las dimensiones sociohistóricas de las comunidades (Escobar, 2009).

Si se considera la pertinencia de un comité de ética únicamente desde la perspectiva hospitalaria de la prestación de servicios de alta complejidad, es obvio, como lo señalaron los participantes, que cada institución ha de asumir tales asuntos con su respectivo comité, que debe estar constituido y en funcionamiento: cada institución debe contar con la infraestructura y el personal suficientes para abordar los problemas éticos que se generen por la prestación de los servicios médicos.

Sin embargo, otro asunto es el comité de bioética o de ética en materia de investigación en seres humanos. Un comité institucional centrado en la prestación de servicios no resulta suficiente para abordar los dilemas éticos que plantea la investigación con personas, salvo que esté certificado para evaluar los protocolos de investigación en seres humanos y los ensayos clínicos. El asunto atañe al Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, en la medida en que este fomenta la inves-

tigación biomédica y hace énfasis en la innovación biotecnológica, en alianza con Rutaⁿ (2010) –Corporación para la Innovación y los Negocios, creada por la Alcaldía de Medellín–, ante la cual se han presentado varios proyectos de investigación. En cada caso, deberá analizarse si el comité de ética de la institución tiene el soporte y las condiciones para aprobar investigaciones en seres humanos desde una perspectiva ética. En caso de que no sea así, deberá pensarse si el clúster, como línea de trabajo, fomentará y realizará investigaciones en seres humanos. También deberá analizarse si algunos de sus miembros (universidades, por ejemplo) tienen comités de bioética o de ética de la investigación reconocidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) que puedan realizar la evaluación y el seguimiento a los protocolos de investigación en seres humanos, si bien existe la posibilidad de contratar estos servicios con un comité independiente.

El clúster de Monterrey, por ejemplo, tiene un Comité de Bioética y Ética Organizacional, que genera propuestas y apoya la conformación e implementación de comités hospitalarios de bioética para asegurar la calidad del servicio. En el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín sería pertinente la conformación de un comité de ética que asegurara los lineamientos éticos para las instituciones asociadas, con participación de los diferentes sectores y teniendo en cuenta los dilemas axiológicos que se presentaron al comienzo de la discusión, a fin de hacer efectiva la cooperación para posibilitar un mejor trabajo en red. Tal comité podría asesorar a las instituciones y sus comités de ética o de bioética en los temas relacionados con los conflictos éticos en la prestación de los servicios y las consideraciones éticas para las propuestas de investigación en las que participen seres humanos. Al consolidarse las líneas de trabajo del clúster en desarrollo científico e innovación tecnológica, un comité de ética sería pertinente como organismo deliberativo y consultivo, tanto en relación con los valores que soportan la estrategia,

como con los lineamientos y la asesoría para asegurar la calidad de las instituciones que lo integran.

Adicionalmente, debería existir una instancia que valore, desde diferentes perspectivas, la política pública relacionada con temas de salud. Colombia cuenta con el Consejo Nacional de Bioética (Ley 1374 de 2010) como organismo asesor y consultivo del Gobierno, en el momento sin operatividad por falta de reglamentación. En el ámbito regional no existe una instancia que pueda cumplir funciones similares a las del Consejo Nacional de Bioética, lo cual parece necesario para la valoración de las políticas en salud y habida cuenta de que la ciudad promueve la innovación y el desarrollo tecnológico. Como señala Escobar (2009):

La bioética juega un papel preponderante al asesorar la labor legislativa, el trazado de políticas públicas y el desarrollo de una conciencia social mucho más amplia sobre las situaciones que vivimos y la aparición continua de tecnología, especialmente biotecnologías, que si bien no las producimos, sí las utilizamos. (p. 6)

Como se ha mencionado, las políticas de salud exigen una valoración no solo económica, sino también jurídica, social y ética, con atención a la equidad, la distribución de los recursos en salud, la devolución a los ciudadanos y la inclusión social, más allá de la formalización del empleo y el desarrollo económico de la región. Se trata de políticas públicas que comprometen recursos importantes con gran impacto en la población, por lo cual ameritan una visión holística.

En conclusión, es pertinente la existencia de comités de ética, tanto en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín como en el nivel local. Más allá de los criterios técnicos, la reflexión bioética propicia el debate público e informado, la deliberación y el respeto por la diversidad de puntos de vista, superando los fundamentalismos

religiosos, culturales, étnicos, políticos (Escobar, 2009) e incluso económicos, y se convierte en una instancia que permite mediar lo político y lo económico.

Tal como está planteada, la estrategia hace énfasis en el desarrollo económico: productividad, competitividad e inversión, tareas fundamentales para las ciudades a fin de incrementar sus recursos. Sin embargo, como afirma Sandel, “el razonamiento mercantil se queda incompleto sin el razonamiento moral” (2013, p. 86). En el mismo sentido, Sen (citado en Galvis, 2006, p. 124) afirma que no bastan las propuestas desde los campos económico y gerencial: la toma de decisiones exige una aproximación ética y filosófica, con el fin de aclarar los principios y criterios que permitan establecer prioridades en materia de salud, sin perjuicio de la equidad como la mayor posibilidad del ejercicio de las libertades instrumentales.

En la figura 7 (p. 94) se sintetizan las posiciones respecto a la pertinencia de los comités de ética en el clúster de servicios de salud de Medellín.

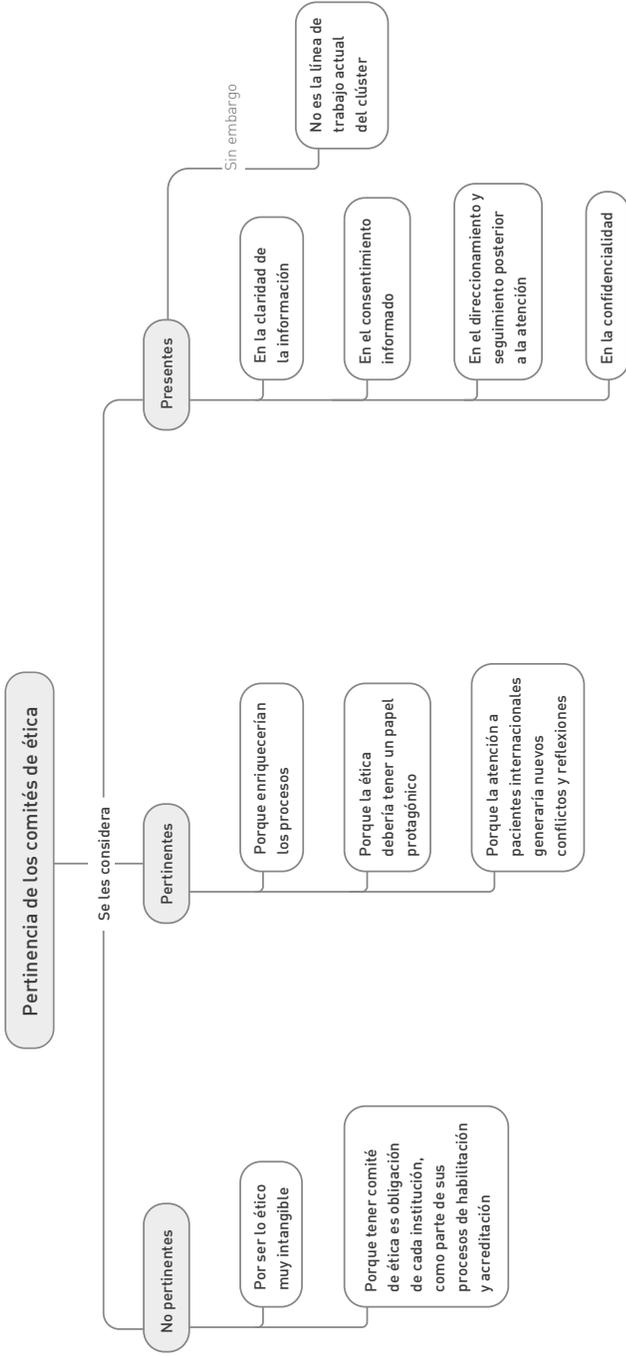


Figura 7. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: pertinencia de los comités de ética.

CAPÍTULO II

JUSTICIA SOCIAL Y CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

No hay nada que se perciba y se sienta con tanta agudeza
como la injusticia.

CHARLES DICKENS⁴

Introducción

No es exagerado afirmar que la historia reciente de la humanidad ha estado marcada por las luchas en la consecución de la justicia social, aunque en ocasiones la única certeza real sobre ella es que no existe. En consecuencia, el anhelo de justicia social surge por la percepción de las

⁴ Citado en Sen, 2012, p. 11.

múltiples y crecientes injusticias, pero también por la búsqueda de una mejor sociedad (Murillo y Hernández, 2011). Tanto las injusticias como las luchas y reivindicaciones por la justicia se expresan en la vida de las personas, y no simplemente en la naturaleza de las instituciones que las rodean: aunque estas sean importantes —su papel es instrumental en la búsqueda de la justicia—, los principios de justicia deben definirse en función de la vida y la libertad de los involucrados (Sen, 2012, p. 15).

Si bien la justicia social es un concepto equívoco, sin definición única, se trata de una categoría importante por sus implicaciones políticas y éticas sobre la relación de los individuos con la sociedad. Al concepto de *justicia social* usualmente se le identifica como un asunto de reflexión teórica abstracta enmarcada en corrientes éticas como el utilitarismo, el liberalismo o el igualitarismo, sin cuestionarse por su aplicación práctica en la distribución de bienes o servicios. Por eso es importante abordarlo desde casos específicos, como el del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín.

Preguntarse por la justicia es reflexionar sobre cómo se distribuyen las cosas que apreciamos: ingresos, deberes, derechos, poderes, oportunidades. La mayor dificultad estriba en decidir qué es lo que corresponde a cada uno (Sandel, 2013). Las teorías sobre la justicia tratan de dar respuesta a esa deliberación. Brevemente, tales teorías pueden sintetizarse así:

- *Antigua Grecia*. En Grecia surgió en el siglo VI a. C. la idea (que prevaleció hasta el siglo XVII) de que la justicia es una propiedad natural de las cosas, que el hombre debe conocer y respetar. Para Aristóteles, la justicia —en sus dos vertientes: distributiva y conmutativa— es la virtud ética principal que define la vida individual, política y social (Escobar, 2012, p. 25). La justicia distributiva consiste en dar a cada uno lo que le corresponde; es decir, en proporción a

su contribución a la sociedad, sus necesidades y sus méritos personales, y se refiere a honores, salud y bienes materiales. Lo injusto es lo que no corresponde a dicha proporción. Por su parte, la justicia conmutativa o correctiva restaura la igualdad perdida, dañada o violada, a través de una retribución o reparación regulada por un contrato (Murillo y Hernández, 2011).

- *Enfoque contractual*. “La teoría liberal de justicia como contrato debe asegurar y proteger la libertad individual. El valor básico es la libertad y lo justo es proteger la autonomía personal” (Escobar, 2012, p. 27). Para Rousseau, la justicia no puede definirse solo como igualdad formal, sino como ejercicio de la libertad, que demanda una serie de condiciones de igualdad material. El contrato es una ley que une los derechos y los deberes con el fin de conducir la justicia a su objeto (Murillo y Hernández, 2011).
- *Enfoque libertario, neoliberal o de libre mercado*. Para la teoría liberal, la justicia distributiva hace referencia a la redistribución de la riqueza, mas no a un derecho a la asistencia sanitaria (Escobar, 2012, p. 27). Según este punto de vista, la salud es producto de los diferentes poderes, elecciones, fortunas y visiones de las personas, y no existe la posibilidad de exigirla como derecho (Galvis, 2006, p. 17; Hernández, 2003), lo cual libera al Estado de su responsabilidad de garantizarla. En otras palabras, los libertarios proclaman que una sociedad justa es una sociedad libre, defendiendo la libertad individual por encima de todo (Ansa Eceiza, 2005).
- *Enfoque de la igualdad social*. Desde este punto de vista, a cada persona corresponde una parte igual (Murillo y Hernández, 2011). En la tesis marxista, la justicia distributiva implica la distribución de los medios de consumo y no los de producción. La justicia es igualdad como ideal político máximo, y por tanto debe cubrirse gratuitamente la asistencia sanitaria para todos (Escobar, 2012, p. 28).

- *Enfoque del bienestar común.* Según Rawls, lo que debe estar distribuido son los bienes primarios, las cosas que necesitan los ciudadanos en cuanto personas libres e iguales (Murillo y Hernández, 2011). En este sentido, el Estado debe hacer frente a las grandes desigualdades estableciendo los mecanismos necesarios de redistribución a favor de los menos afortunados, para que accedan al mínimo vital necesario. Esto incluye la salud, que tiene la consideración de bien primario y por lo tanto debe distribuirse universal y equitativamente, a menos que una distribución desigual redunde en beneficios para los menos favorecidos (Rawls, citado en Galvis, 2006, pp. 159-160).
- *Enfoque utilitarista.* El valor básico es la utilidad y lo justo es maximizar la utilidad, con lo que la justicia se reduce a la utilidad social (Escobar, 2012, p. 30). Para los utilitaristas, cualquier distribución debe demostrar en sus consecuencias la máxima satisfacción de deseos para el mayor número de individuos y al menor costo posible (Hernández-Álvarez, 2008, p. 77). En salud, esta máxima implica el cálculo de costos-beneficios, como la denominada *carga de la enfermedad*, o años de vida ajustados a la discapacidad.
- *Enfoque de la libertad y el desarrollo.* Para Sen (2000, pp. 74-75), el aumento de la libertad del hombre es el principal objetivo del desarrollo, dependiendo de las capacidades individuales de los sistemas económicos, sociales y políticos. Por lo tanto, el Estado y la sociedad tienen una gran responsabilidad en el reforzamiento y la salvaguardia de las capacidades humanas. Dentro de este esquema, la salud es condición y componente fundamental de la vida humana, por lo cual no puede ignorársela desde ninguna concepción de la justicia social (Sen, 2002).
- *Estado social de derecho.* Como afirma Escobar (2012, p. 29), en un modelo de Estado social la justicia social se define como bienestar

colectivo. Así, la salud deja de ser un problema privado para convertirse en un asunto público.

La vinculación de la justicia con la salud, y en concreto con la prestación de los servicios de salud, se ha denominado *justicia sanitaria*. Según Galvis (2006, p. 123), esta se refiere a la manera como se distribuyen en una sociedad la salud, la enfermedad y los riesgos, así como el acceso y la atención en salud y su relación con el nivel adecuado de salud de la población. Tanto la enfermedad como la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social. La equidad en salud ha de ser abordada desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas (Sen, 2002, p. 302). En consecuencia, la reflexión sobre la justicia social en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín amerita, desde un enfoque integral, una reflexión sobre cómo se distribuye la salud. Ya que la salud es condición y componente fundamental de la vida humana (Sen, 2002), al hacer una política de salud es necesario distinguir entre la igualdad en los logros de salud y la igualdad en la distribución de los recursos sanitarios.

Esta reflexión implica considerar la posibilidad de conseguir acuerdos diferentes para la asignación de recursos, las instituciones o las políticas sociales (p. 305). Por ende, la manera de entender lo justo tiene implicaciones no solo en la acción individual sino también en lo colectivo; esto es, tiene consecuencias políticas (Hernández-Álvarez, 2008, p. 74). En esos términos, el análisis de la relación del clúster con la justicia social evidencia los acuerdos distributivos omitidos o realizados, el papel de las instituciones en tales acuerdos y las consecuencias políticas de estos.

Sería una discusión sin fin aquella en torno a cuál debe ser el criterio de justicia social imperante desde la perspectiva personal o las incli-

naciones subjetivas. No habría lugar a acuerdo: como se advirtió, existen múltiples teorías sobre la justicia, y el asunto se complica cuando se involucran los intereses colectivos, como en el caso de la salud, pues las consecuencias son políticas y sociales. Por ello, resulta pertinente señalar que la justicia social juega un papel normativo fundamental en la vida común, relacionado con el marco normativo del Estado y su constitución (Concha, 2003). Como el modelo de Estado tiene un papel fundamental en la visión sobre la justicia, es preciso referirse al que impera en Colombia: un Estado social de derecho, aquel comprometido con la justicia social (Häberle, 2003, p. 225).

La Constitución es vinculante como norma jurídica, en cuanto establece límites legales a la acción de los poderes públicos, y es valorativa, en cuanto consagra principios y valores específicos, los cuales señalan ciertos límites (Uprimny y Rodríguez, 2005). Esto quiere decir que el modelo político del Estado indica los criterios de justicia social que deberían seguirse. Ese marco político determina unos parámetros para abordar la valoración de la salud en términos de justicia social, como afirma Nussbaum (2012, p. 62). En el Estado reside este marco, a partir del cual se fija, de acuerdo con su historia y tradiciones, un umbral mínimo para la justicia. En nuestro modelo político, la salud es concebida como derecho humano fundamental y social, servicio público esencial y necesidad básica insatisfecha de la población (Constitución Política de Colombia, Ley 1751 de 2015).

La salud: derecho humano fundamental y social

De acuerdo con Galvis (2006), el derecho humano a la salud se caracteriza por su universalidad, entendida como la garantía para todas las personas, sin ningún tipo de distinción económica, social, política o cul-

tural. En segundo lugar, por su interdependencia e indivisibilidad, en el sentido de las conexiones existentes entre el goce de mayor salud y la provisión de otros servicios, como el saneamiento ambiental. En tercer lugar, por su naturaleza individual y social, pues corresponde tanto a las necesidades y contingencias individuales como a la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En cuarto lugar, por su progresividad e irreversibilidad, en relación con el compromiso estatal de avanzar en su materialización. Y en quinto lugar, por su irrenunciabilidad, en cuanto derecho inajenable de la persona.

El derecho a la salud implica un mandato al Estado en el sentido de garantizar no solo la prevención de la enfermedad, sino también la promoción de la salud y la atención de las contingencias patológicas en condiciones de universalidad, equidad, eficiencia y solidaridad, máxime cuando el no cumplimiento de este derecho compromete la vida y la calidad de vida de las personas (Galvis, 2006, p. 21).

En cuanto a la salud como derecho humano en Colombia, la jurisprudencia de la Corte Constitucional —órgano que se encarga de interpretar la Constitución Política— ha ido evolucionando, desde una concepción como derecho social hasta una como derecho fundamental autónomo (Sentencias T-487 de 1992 y T-760 de 2008). Por ejemplo, la Sentencia T-121 de 2015 estableció que en nuestro país la salud tiene una doble faceta: derecho fundamental y servicio público. En tanto derecho fundamental, implica la prestación oportuna del servicio, con eficiencia y calidad, atendiendo los principios de continuidad, integralidad e igualdad, por su estrecha relación con el principio de la dignidad humana, las condiciones materiales de existencia y la integridad física y moral de las personas.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció en su artículo 2.º:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a

los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

De acuerdo con Sen (2012, p. 399), considerar una libertad como un derecho humano indica que se la valora como suficientemente importante y que se pueden esgrimir razones para que los otros le presten seria atención.

La salud: servicio público esencial

A la luz de los planteamientos constitucionales, la salud también implica la prestación de un servicio público de carácter esencial. Al respecto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha destacado las implicaciones de un servicio público, dentro de las cuales destaca precisamente el cumplimiento de los fines estatales establecidos en el artículo 2.º de la Constitución (Sentencia T-058 de 2011). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la Corte ha ido mucho más allá de catalogar el servicio de salud como un servicio público, al señalar que se trata de un servicio público de carácter esencial (Sentencia T-423 de 1996). Como tal, es uno de los servicios públicos que contribuyen al respeto, vigencia, ejercicio y efectividad de los derechos y libertades fundamentales, y a su no interrupción (Sentencia C-122 de 2012). Igualmente, la Corte ha con-

siderado que la seguridad social en salud constituye un servicio público inherente a la finalidad social del Estado (Sentencia C-331 de 2003) y que debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Sentencia T-121 de 2015).

Con fundamento en lo anterior, cabe destacar que en el marco político colombiano se le ha asignado a la salud no solo un valor material como derecho humano, sino también un valor instrumental o procedimental como servicio público de carácter esencial, esto es, como condición necesaria para la garantía de otros derechos fundamentales.

La salud: necesidad básica insatisfecha

Uno de los criterios para calificar la salud como servicio público esencial es que esta constituye una necesidad básica que debe satisfacerse, según el artículo 366 de la Constitución. La Corte Constitucional ha expresado que la atención de las necesidades básicas insatisfechas, entre ellas la salud, es un cometido básico del Estado inherente a su finalidad social, y que hace efectiva la igualdad material (Sentencias C-450 de 1995 y C-715 de 2008).

El concepto de *necesidades* ha sido abordado sobre todo desde la economía. Para esta disciplina, bajo un enfoque tradicional, una necesidad significa la carencia de algo (Dobb, 1971). Otras teorías, caracterizadas por un enfoque de desarrollo humano, están más acordes con los planteamientos constitucionales que hemos esbozado. Se destaca Manfred Max-Neef, Premio Nobel Alternativo de Economía, quien señala que las necesidades revelan el ser de los individuos, el cual se hace palpable a través de ellas en su doble condición existencial: como carencia y como potencialidad. Como carencia, las necesidades se remiten al ámbito fisiológico, donde asumen la sensación de falta de algo; como potencialidad, comprometen, motivan y movilizan a las personas (1998, pp. 49-50).

La salud como necesidad está dentro de las macronecesidades de subsistencia y protección; y su satisfacción se da por medio de satisfactores como el sistema de seguridad social y los seguros (p. 58). El Sistema General de Seguridad Social en Salud apunta a la satisfacción de una necesidad humana básica insatisfecha, fundamental para el desarrollo humano. Como necesidad básica, la salud implica a su vez el respeto por la dignidad humana, situando a los ciudadanos por encima de un umbral mínimo de capacidad. La vulneración de un derecho fundamentado en la justicia básica supone un coste muy elevado y cualitativamente distinto, en cuanto que ninguna persona tendría que soportarlo (Nussbaum, 2012, pp. 56-57).

Con fundamento en lo anterior, la justicia social vincula desde una perspectiva ética —enmarcada en el Estado social de derecho— los criterios de distribución con las necesidades, los intereses colectivos y la salud como derecho humano. El modelo político colombiano es coherente con un enfoque de justicia centrado en las necesidades, esto quiere decir que hace énfasis en las capacidades, y no solo en los medios para conseguir las (Sen, 2000). Así puede inferirse de la importancia que el artículo 366 de la Constitución le otorga a la salud como necesidad básica de la población. Por su parte, el artículo 350 consagra que el gasto social debe destinarse a la satisfacción de esas necesidades básicas. Lo anterior, en consonancia con la jurisprudencia de la Corte Constitucional que le ha otorgado al principio, valor y derecho fundamental de la dignidad humana el sentido de “vivir bien”, en términos de unas condiciones materiales concretas de existencia (Sentencia T-881 de 2002), entre ellas la salud. Por otro lado, se advierte la vinculación entre desarrollo humano y salud, al valorar esta como un derecho social (artículo 49 de la Constitución); es decir, como una garantía necesaria para los derechos fundamentales o individuales, y también como un derecho humano individual autónomo (Ley Estatutaria 1751 de 2015).

Al hacer énfasis en las necesidades, el marco político colombiano encuentra soporte en el enfoque de desarrollo humano, el cual considera que un ordenamiento económico, social y jurídico será justo en la medida en que facilite a las personas las capacidades básicas para llevar una vida plena, dentro de las cuales se encuentra la salud (Nussbaum, 2012, p. 15). El Estado colombiano tiene como fin esencial la vigencia de un orden justo (artículo 1.º de la Constitución), y sus autoridades están instituidas para proteger a todas las personas en sus derechos y libertades (artículo 2.º).

El enfoque de capacidades es una aproximación particular a la evaluación de la calidad de vida y a la caracterización de la justicia social básica, que asigna al Estado y a las políticas públicas como tarea urgente el mejoramiento de la calidad de vida para todas las personas. De esta forma, el objetivo político son las capacidades y no los funcionamientos, pues ellas garantizan la existencia de un espacio para el ejercicio de la libertad humana (Nussbaum, 2012, pp. 39-45).

La salud tiene relación con el desarrollo económico, pues requiere recursos y gestión, los cuales deben debatirse desde las políticas públicas, como establece Flores (2006): “El primer paso para el crecimiento económico y de salud debe ser comprender la trascendencia de la relación recíproca de ambos factores” (p. 2). Desde una perspectiva de desarrollo enfocada solo en lo económico, tradicionalmente se ha considerado que un mayor crecimiento eleva los niveles de salud de la población, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de los países industrializados son mejores que las de los no industrializados. Se plantea, entonces, que el crecimiento económico es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de la población y para la mejor organización y prestación de los servicios de salud (Molina, Romero y Trejo, 1991). De esta forma, la salud es entendida como un producto final del proceso de crecimiento: la persona con ingresos más elevados

es más sana, porque posee mayores bienes y servicios que ayudan a tener buena salud (Flores, 2006). Sin embargo esta perspectiva, centrada en las utilidades, la renta o la riqueza, impide reflexionar sobre la distribución y la desigualdad, ver que “el progreso en salud crea brechas en salud exactamente igual que el progreso material crea brechas en los estándares de vida” (Deaton, 2015, p. 23) y apreciar las consecuencias en las personas, más allá de las cifras. Se confunden fines y medios, pues altos niveles de productividad o de competencia en salud no garantizan una mejor calidad de vida a las personas. Como señala Flores (2006), no hay duda de que la riqueza conduce a una mejor salud, pero la salud también debería ser vista como una forma de capital humano y, por ende, como un insumo y un producto del proceso de crecimiento: una población sana y educada tiene mayores posibilidades de prosperar, en especial en un contexto de políticas favorables.

La salud está consagrada en el marco político colombiano, que la vincula con el desarrollo humano (en tanto derecho humano, servicio público esencial y necesidad básica) y no únicamente con el desarrollo económico (aumento de la productividad y la competitividad). En consecuencia, se la valora políticamente como una condición mínima material de existencia que debe ser satisfecha. Esto exige, al margen de las interpretaciones, un enfoque dirigido a impactar la vida de los ciudadanos. El crecimiento económico o el aumento de la productividad deben tener un enfoque instrumental, esto es, ser valorados como medios para la salud de las personas, no como fines en sí mismos. Si la capacidad para competir representa, al parecer, una meta nacional deseable, a la luz de la justicia social las preguntas serían: ¿Hacernos competitivos a qué costo? ¿Para qué? La reflexión sobre la justicia, en cada una de sus manifestaciones, implica una reflexión sobre la vida que deseamos vivir como colectividad, y un ejercicio político para decidir si vamos a llevar a cabo el programa político trazado como sociedad, o seguiremos directrices diferentes. Luego, las

cuestiones relativas a la justicia no solo tratan de la manera de distribuir las cosas, sino también de la manera de valorarlas (Sandel, 2013).

En el caso que nos atañe, las perspectivas de justicia de los actores del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, así como los compromisos pactados con lo público, permitirán indagar sobre la valoración que se ha hecho de la salud, precisamente con la finalidad de construir la dimensión ética del fenómeno que se investiga.

El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología y el sector público – Compromisos y beneficios: hallazgos

Significados de la justicia social

Preguntar por un concepto en sí amplio y equívoco, como el de *justicia social*, no genera una respuesta única, pero permite visualizar qué ideas tienen las personas sobre un fenómeno o asunto determinado, cómo lo perciben y, por ende, cómo actúan; igualmente, permite analizar si hay congruencia entre el pensar y el hacer.

Al ser entrevistados sobre el concepto de *justicia social*, los actores se refirieron a un proceso de distribución, a la igualdad de oportunidades y al criterio formal de tratar igual a los iguales y diferente a los diferentes. Por ejemplo, afirmaron:

Justicia social es tratar a todos por igual. (C06-217)

Justicia social es que todos tengamos las mismas oportunidades. (C04-156)

En cuanto a la justicia social como proceso de distribución, destacaron que esta debe apuntar a las necesidades básicas, como salud, educación y vivienda. También a las capacidades de las personas, con la finalidad de generar desarrollo, el cual podríamos denominar *humano* en cuanto que hace referencia a las necesidades y capacidades de los individuos, no al crecimiento económico.

Justicia social es distribuir de acuerdo con la necesidad a partir de mejores respuestas sociales. (C01-51)

Justicia social es equilibrar en lo posible las capacidades de las personas para su desempeño social y su desarrollo. (C02-89)

Justicia social es hacer procesos de redistribución entregando lo mínimo equitativo: salud, educación, vivienda. (C08-265)

Justicia social es tener acceso de manera equitativa a las necesidades mínimas básicas. (C011-352)

La justicia social como igualdad de oportunidades fue mencionada por los actores como un elemento relevante para cerrar las brechas de discriminación y desigualdad, procurando satisfacer las necesidades básicas de las personas para lograr una vida de calidad.

Justicia social es darles oportunidades a las personas y garantizarles acceso a los servicios públicos, más que asistencialismo. (C013-396)

Justicia social es que todos puedan acceder de manera equitativa a una buena calidad de vida, a los derechos de educación y salud. (C014-419)

También se planteó la justicia social desde un criterio formal, asimilándola con el derecho a la igualdad, en cuanto a brindar un trato igualitario, sin discriminaciones, y un trato diferencial a quienes así lo requieran.

Justicia social es darle a cada quien lo que realmente requiere, como lo establece la Constitución, dar igual a los iguales y desigual a los desiguales. (C010-311)

En la figura 8 (p. 110) se sintetizan las posiciones respecto a la noción de *justicia social* en el clúster de servicios de salud de Medellín.

Relación con la justicia social

Al pedirseles relacionar sus nociones de *justicia social* con la estrategia del clúster, para responder si esta contribuye o no a la justicia social, los participantes se dividieron en sus opiniones: algunos consideraron que efectivamente el clúster contribuye a la justicia social, y otros consideraron que no.

Quienes respondieron que el clúster sí contribuye a la justicia social plantearon varios elementos. En primer lugar, que hay justicia social en relación con los pacientes internacionales, porque se trata de personas que padecen una enfermedad y no pueden pagar los servicios de salud en su país, o no los tienen disponibles.

El clúster contribuye a la justicia social en la medida en que el servicio va dirigido a una persona que ha sufrido el impacto de la enfermedad, que está en desventaja, que con frecuencia el servicio no está disponible en su país o lugar de residencia o no tiene los recursos para pagarlo en ese lugar. (C01-52)

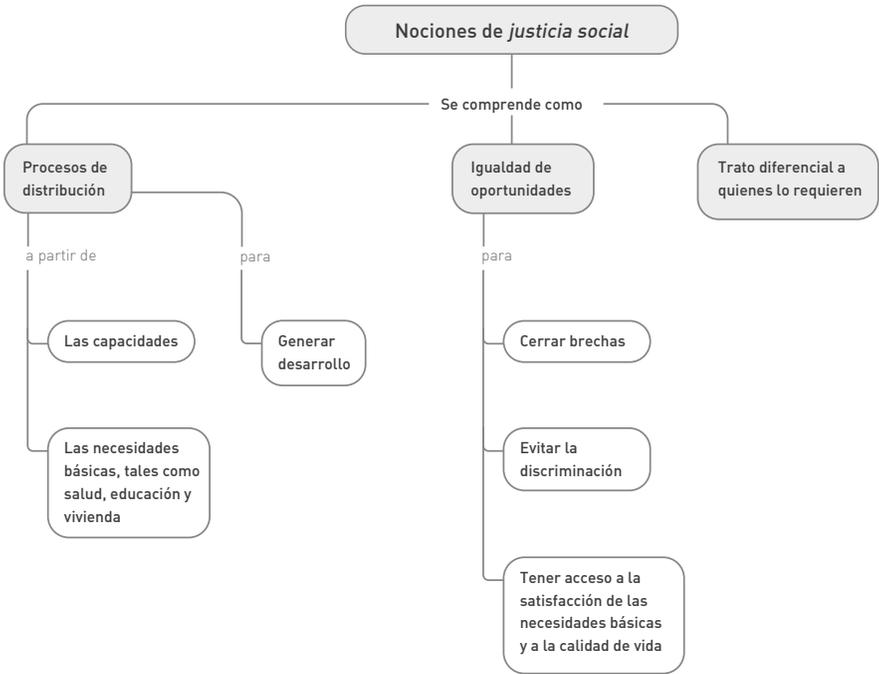


Figura 8. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: nociones de *justicia social*.

El clúster contribuye a la justicia social de los lugares [de] donde vienen los pacientes internacionales. (C04-159)

En segundo lugar, mencionaron el desarrollo institucional para la competitividad internacional en aspectos como calidad y acreditación, talento humano, tecnología y empleo. Según los entrevistados, esto repercute en la dinamización de la economía regional a través del turismo y la generación de empleo, el aumento de los ingresos, la posibilidad de reinvertir los recursos en entidades sin ánimo de lucro, el sostenimiento de las IPS en un contexto de crisis local y el mejoramiento de la imagen de la ciudad. También señalaron la oferta no diferencial de atención en salud a la población local, en el sentido de que el desarrollo institucional y tecnológico promovido por el clúster también la beneficiará.

El clúster contribuye a la justicia social con la generación de empleo y la remuneración justa a las personas. (C03-132)

El clúster genera justicia social porque todos sus desarrollos en temas como acreditación, talento humano, tecnología [y] empleos benefician también a la población local. (C05-199)

También se puede hacer justicia social mejorando los ingresos de la ciudad, generando empleo y turismo. (C06-220)

Frente a la justicia social, se debe tener en cuenta que las instituciones sin ánimo de lucro deben reinvertir los recursos. (C06-221)

Todo lo que hacen las instituciones del clúster se revierte en la población, y eso es justicia social. (C05-195)

Quienes respondieron que el clúster no contribuye a la justicia social también plantearon varios argumentos. En primer lugar, que la justicia social no es un objetivo de este tipo de estrategias, pues el énfasis está en lo económico y no en lo ético. Y como no es su función generar justicia social, el clúster toma distancia de los dilemas en torno a la equidad en salud o justicia sanitaria. Para algunos, se trata de un asunto de competencia institucional, que debe resolver cada entidad en razón a la responsabilidad social a que están llamadas todas las instituciones.

El clúster toma distancia de las dificultades de acceso y la inequidad en la prestación de servicios, va enfocado a la internacionalización, porque existen otros interlocutores que trabajan esos problemas.
(C01-54)

También afirmaron que la práctica del clúster no genera procesos redistributivos. Y como no tiene criterios de distribución para la población, especialmente la más vulnerable, no contribuye a la justicia social. Además, consideraron que el clúster solo fortalece negocios particulares, representados por agentes que son fuertes social y económicamente. En esa medida, genera mayor inequidad, al apoyar a los actores que tienen más medios y recursos. No hay un impacto favorable para la salud de la población local, porque la estrategia está dirigida solo a quienes tienen capacidad de pago. Esto se evidencia, afirman, en la política de innovación, que la sectoriza en quienes tengan la capacidad económica de generar proyectos que sean evaluados como viables económicamente.

Aunque la política de los clúster[es] se justificaba con un beneficio general, no percibí compensación alguna para la comunidad, especialmente la más vulnerable. (C010-306)

El clúster se aleja de la justicia social porque no hay redistribución a la población más necesitada. (C08-266)

En la figura 9 (pp. 114-115) se sintetizan las posiciones respecto a la relación entre la justicia social y el clúster de servicios de salud de Medellín.

Relaciones y compromisos con el sector público

El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se encuentra integrado con el sector público, frente al cual los entrevistados identificaron un contexto inicial de desconfianza por la tradición política y la falta de continuidad de las políticas públicas en la transición entre gobiernos. Sin embargo, se presentó un marco legal favorable a las alianzas público-privadas y una política pública local enmarcada en el Plan de Desarrollo municipal y las políticas de desarrollo económico, innovación y estrategias clúster. Esta última con la finalidad de integrar las cadenas productivas, asignarles recursos y darles continuidad.

Los actores identificaron el clúster como una iniciativa de índole público-privada, en la que la relación con el sector público es inherente a la estrategia. Algunos consideraron que el clúster fortalece lo público, en la medida en que se articula con las políticas de la ciudad, ayuda a consolidar el sector productivo potenciando el desarrollo empresarial, genera riqueza para la región, integra la cadena productiva, ofrece una imagen diferente de Medellín y la posiciona como destino de excelencia clínica a través del turismo de salud.

El clúster aporta al sector público al dar una buena imagen de la ciudad y se articula con la política de innovación. (C09-295)

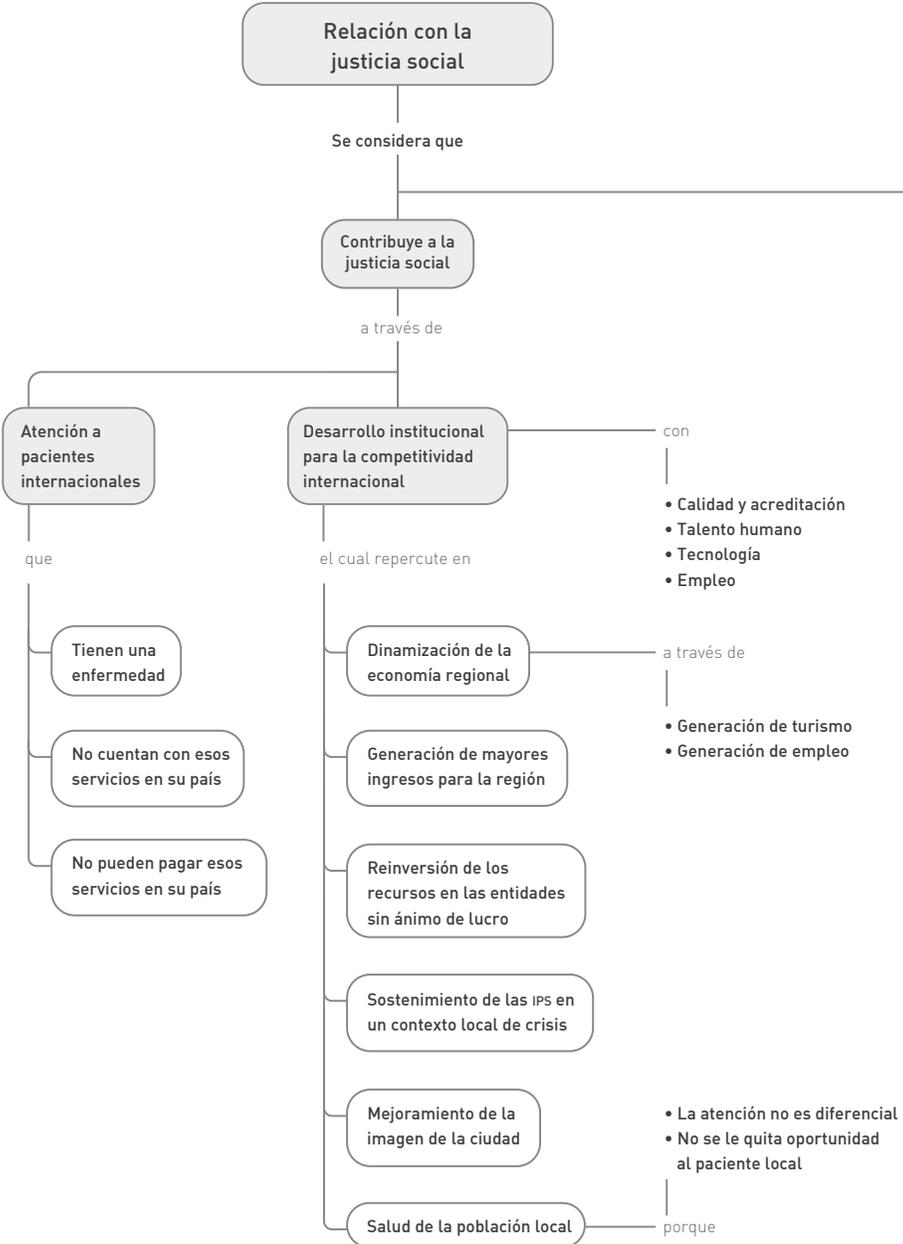


Figura 9. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín y justicia social.

No contribuye a la justicia social

porque

No es su función esencial

toma distancia de

- Las dificultades de acceso en salud
- La inequidad en salud

Es un tema de responsabilidad social institucional

No hay redistribución a la población más vulnerable

Tiene una fundamentación económica y no ética

Solo fortalece negocios particulares

Apoya a los sectores fuertes socialmente

No impacta la salud de la población local, solo la de quienes pueden pagar

La innovación es sectorizada

La Secretaría de Desarrollo Económico apoya el lineamiento del clúster para generar desarrollo económico en la ciudad, inversión y turismo médico. (C014-407)

Pero otros consideraron que la estrategia no fortalece lo público, pues solo beneficia negocios particulares, cuyos intereses no se revierten en beneficios sociales. También mencionaron que el clúster no está vinculado con la política de salud, en la medida en que asume la salud como negocio, y que no garantiza la prestación de servicios a la población local ni favorece a los más vulnerables; en esa medida, sus beneficios se limitan a quienes pueden pagarlos.

El clúster no ha fortalecido lo público; podría, pero no lo ha hecho. (C08-263)

La estrategia clúster no fortalece lo público, fortalece negocios particulares. (C010-308)

La política clúster no se vincula con la política de salud. (C010-329)

Los compromisos del clúster se refieren fundamentalmente a la Cámara de Comercio de Medellín, gestora de los convenios con el municipio. Las principales obligaciones son la cobertura a empresas, la transferencia de conocimientos, la participación en eventos internacionales, el apoyo a la política pública de innovación y al crecimiento económico de la ciudad, y el desarrollo de proyectos para la ejecución del gasto, como la marca “Medellín Health City”.

Los compromisos con lo público se concentran en la Secretaría de Desarrollo Económico y la Secretaría de Salud del municipio. Frente a la primera, se destacan estos deberes: mejorar las capacidades del sector,

presentar proyectos que potencien el clúster y ampliar el acceso a mercados. Frente a la segunda, mejorar las competencias institucionales a través del trabajo en red, la acreditación internacional, la gestión jurídica de pacientes, la transferencia de conocimientos y la asistencia a congresos internacionales.

También hay compromisos con el Concejo de Medellín, especialmente de información sobre los procesos de habilitación y certificación de las IPS pertenecientes al clúster, la generación y formalización de empleo, el trabajo en red y la incursión en mercados.

La estrategia ha recibido del sector público un apoyo mayoritario, prácticamente sin cuestionamientos o exigencias a la luz del control político que se debe ejercer sobre la gestión municipal para velar por los intereses de los ciudadanos. Este apoyo se ha traducido en actos políticos, principalmente en el Acuerdo Municipal 87 de 2009, que institucionaliza el programa “Medellín: Ciudad Clúster” como política pública de la ciudad y le asigna recursos prioritarios dentro de los programas de desarrollo económico de cada una de las vigencias presupuestales. También se destaca el Acuerdo Municipal 67 de 2010, que otorga beneficios tributarios a las empresas que forman parte de los clústeres de la ciudad, tales como exención del impuesto de industria y comercio y exención del impuesto predial en nuevas edificaciones.

Estas disposiciones fueron concretadas en el Acuerdo Municipal 64 de 2012, mediante el cual se reglamentaron los impuestos de la ciudad y se establecieron los beneficios tributarios para las empresas pertenecientes a las cadenas productivas clúster. La normativa amarra los beneficios económicos a la innovación en productos, procesos o servicios, innovación que deberá ser certificada por Rutaⁿ. Con el Decreto 1067 de 2013, la Alcaldía reglamentó el procedimiento para que las empresas agrupadas en clústeres accedan a los beneficios tributarios y reiteró la sujeción de estos beneficios a la innovación. En el caso particular del

Clúster de Servicios de Medicina y Odontología, consagró que los beneficios tributarios aplican para la fabricación de productos, insumos, bienes y servicios usados con fines asistenciales (artículo 8.º).

Lo anterior encuentra respaldo en el *Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín*, en el cual se priorizó la salud como una de las tres cadenas productivas para la ciudad, con un enfoque centrado en el desarrollo tecnológico, en áreas como biotecnología, nanotecnología y tecnologías de la información y la comunicación (Corporación Rutaⁿ, 2010).

Además de los compromisos anteriores, los entrevistados identificaron responsabilidades de las instituciones participantes: intervenir activamente en la estrategia, reportar a la dirección del clúster los pacientes internacionales que reciben y cofinanciar eventos.

Una de las obligaciones de los actores del clúster es participar en la cofinanciación del mismo. (C09-291)

El aporte que hace la industria privada al clúster es la participación. (C011-338)

Las principales obligaciones que se tienen son realizar un reporte sobre los pacientes internacionales que llegan a las instituciones, sea o no por el clúster; participar activamente y cofinanciar los eventos. (C011-349)

En las figuras 10 (pp. 120-121) y 11 (pp. 122-123) se representan la relación del clúster de servicios de salud de Medellín con el sector público y sus compromisos con este sector, respectivamente.

Beneficios para la ciudad

Los entrevistados identifican beneficios en varios ámbitos. En primer lugar, el desarrollo del sector salud para la competitividad, que implica intercambio de información y de tecnologías, cualificación del recurso humano, generación de empleo de alta calidad, mejoramiento de la infraestructura, los procedimientos y la atención a los pacientes locales, y generación de turismo de salud. Este último aspecto se traduce en un mayor conocimiento de la ciudad, una transformación de su imagen y el impulso a otros sectores. La apertura al mundo abre posibilidades a nuevas transacciones y mercados, transferencia de conocimientos y transformación de los productos y servicios.

El interés de la Cámara de Comercio de la ciudad es el desarrollo de un sector estratégico para la competitividad, la generación de oportunidades de cualificar el recurso humano, y el empleo de alta calidad. (C01-6)

En segundo lugar, la estrategia clúster contribuye al desarrollo de las instituciones. Para los entrevistados, esto se traduce en aspectos tales como mayor calidad de los servicios, generación de confianza, mejores prácticas, cultura de la exportación, mayores cohesión y articulación, y dinamización del sector a través del ejercicio colaborativo, el trabajo en red y la política de innovación.

Existe un beneficio para las instituciones al participar de estas oportunidades en razón a la exigencia del mejoramiento de la calidad de los servicios que benefician a cualquier persona que utilice la institución. (C01-38)

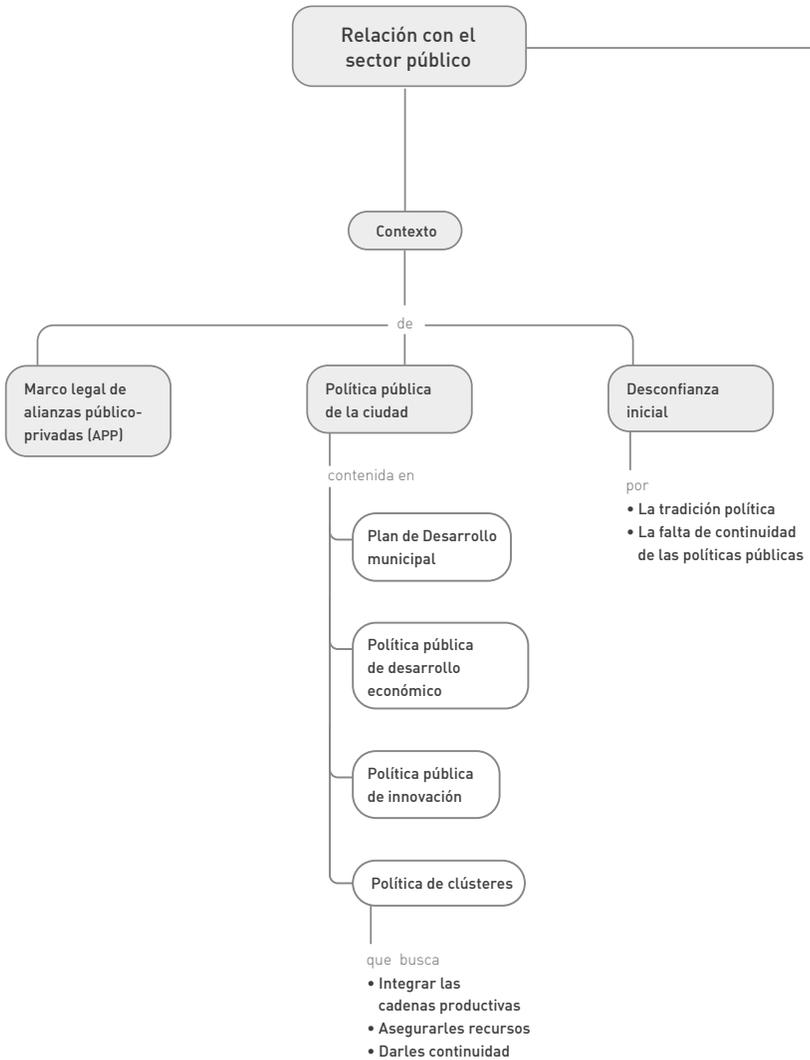
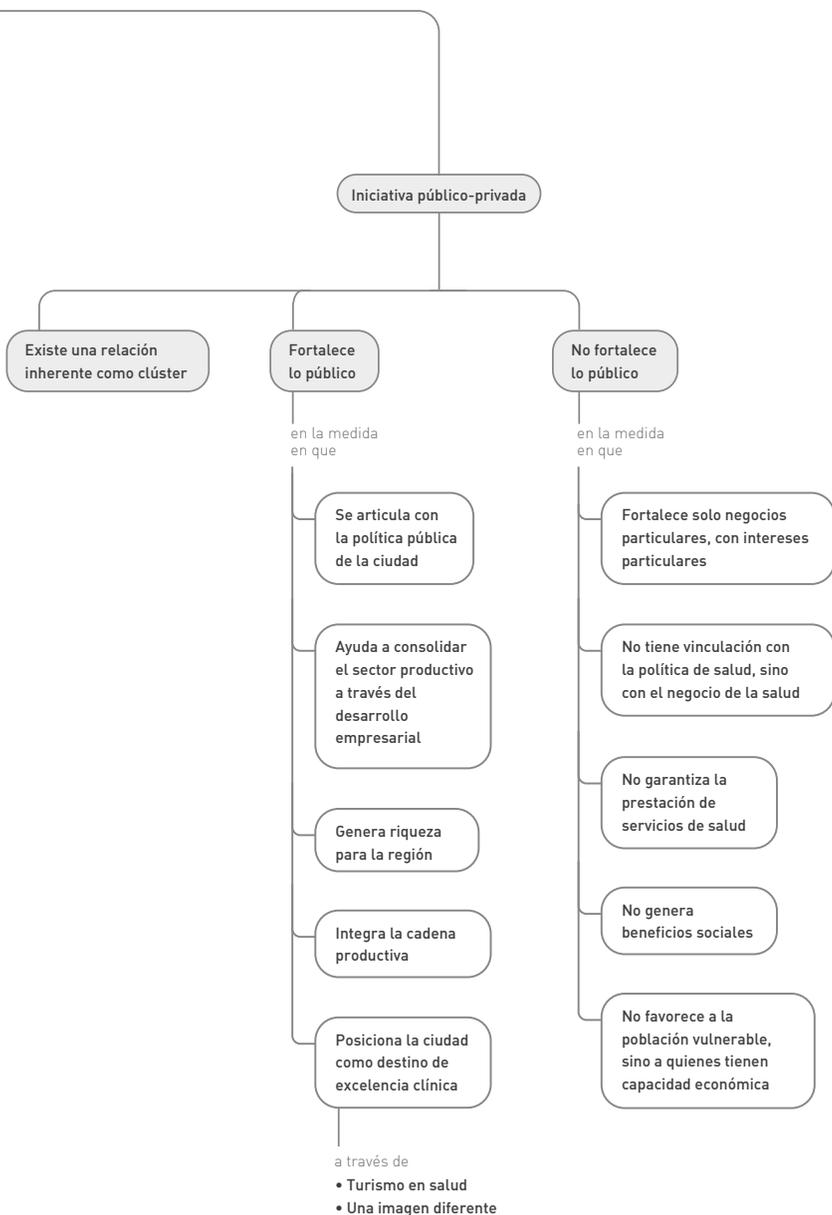


Figura 10. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: relación con el sector público.



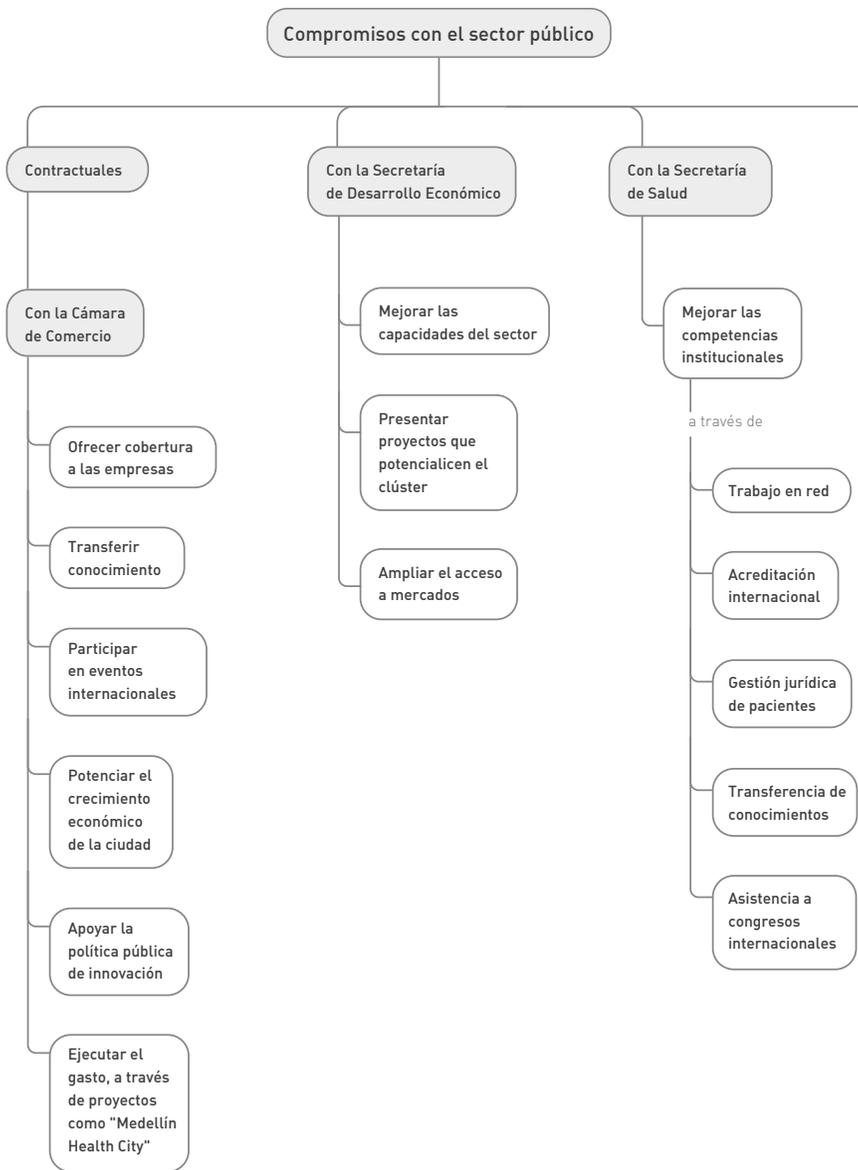
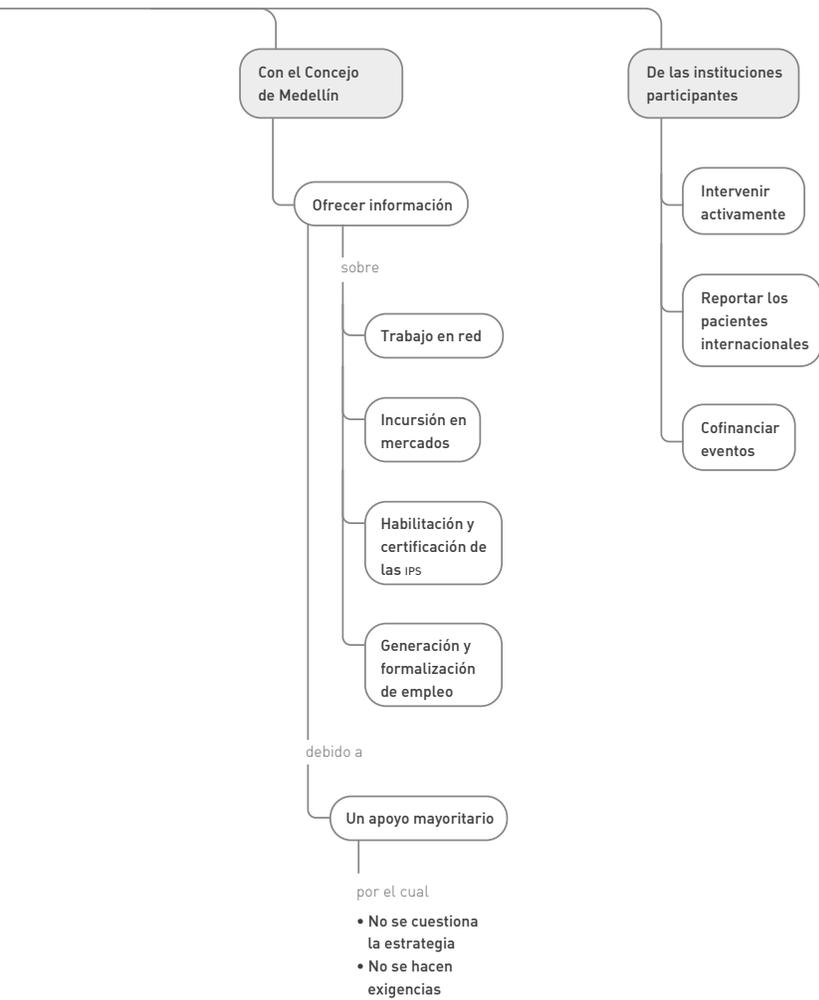


Figura 11. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: compromisos con el sector público.



El clúster de salud ha logrado instituciones altamente calificadas.
(C13-380)

El clúster ha permitido un ejercicio colaborativo que no se había presentado en la ciudad, logrando cohesión y articulación de ofertas. (C09-299)

El tercer aspecto favorable es el posicionamiento de la ciudad. Para los entrevistados, la estrategia clúster consolida a Medellín como referente científico, generadora de conocimiento e innovación, competitiva en el sector salud y con una atención humana, servicios de calidad y bajo costo.

La ciudad se beneficia con la estrategia en el sentido de que hay intercambio de tecnologías y recurso humano, se generan eventos que permiten que se conozca la ciudad a nivel internacional. (C02-83)

La relación del clúster es con la ciudad, con el posicionamiento de la misma como saludable, como ciudad del conocimiento y la innovación. (C02-87)

El clúster retribuye a la ciudad al organizar los servicios de salud con calidad. (C06-214)

En la figura 12 (pp. 126-127) se sintetizan los beneficios del clúster de servicios médicos de Medellín para la ciudad.

El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología: juicio ético-político

Justicia social: referente ético en la percepción, pero desvinculado de la acción

En un nivel netamente teórico, existe cierto consenso sobre los principios de justicia social. Los desacuerdos se manifiestan de forma más clara cuando se intenta materializar las reflexiones en torno a los derechos sociales y a las desigualdades, y encarnarlas en contextos históricos y económicos específicos (Piketty, 2014, p. 530). Este dilema se percibe en los hallazgos respecto de la justicia social en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín. Los actores identifican el concepto de *justicia social* con los procesos de distribución y la satisfacción de las necesidades básicas, pero no lo vinculan con la estrategia del clúster; algunos, incluso, consideran que no existe relación.

Esto permite comprender por qué no hay una reflexión en torno al quehacer del clúster desde la perspectiva de la justicia social: al escindir la salud de la justicia social y valorarla como objeto para la productividad y la competitividad, se presenta un giro conceptual y práctico. Cuando se cualifica la vida de las personas a través de las estrategias del mercado, la salud deja de ser un fin —derecho humano y necesidad básica— y se convierte en un medio —objeto de compra y venta para la generación de recursos económicos y utilidades—. Se diluyen así los criterios que orientan lo público en materia de salud, como la cooperación, la solidaridad y la justicia social, a pesar de que la estrategia clúster es una política pública y cuenta con el apoyo político y económico de Medellín. Lo público se convierte en promotor de la generación de riqueza, sin mayores exigencias para garantizar equidad.

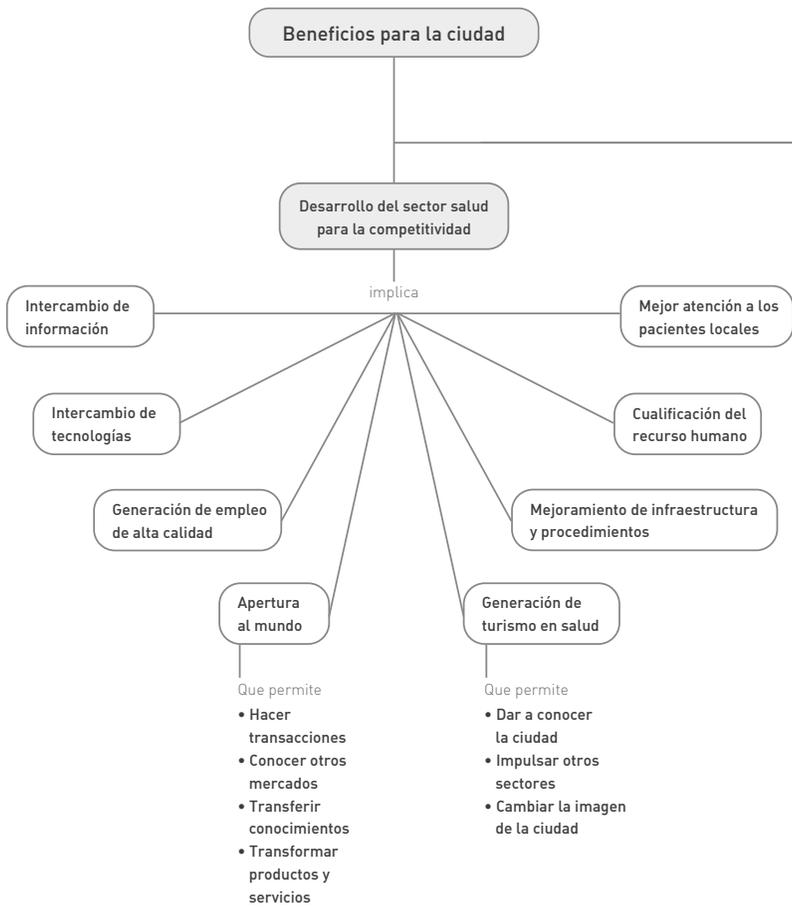


Figura 12. Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: beneficios para la ciudad.

Desarrollo de las instituciones

en

Cultura de la exportación

Compartir mejores prácticas

Cohesión y articulación

Dinamización del sector

Generación de confianza

Calidad de los servicios (p. e., modelos de atención a pacientes)

- A través de
- El ejercicio colaborativo y el trabajo en red
 - La política de innovación

Posicionamiento de la ciudad

Referente científico

Competitiva en el sector

Generadora de conocimiento e innovación

Saludable (mejor nivel de salud)

en cuanto a

- Una atención humana
- Servicios de calidad
- Bajos costos

Los hallazgos dan cuenta de una desvinculación en los actores de la estrategia clúster entre la percepción y la práctica de la justicia social: el concepto se queda en lo abstracto del deber ser, como un concepto metafísico sin vinculación política con la salud para exigir unos acuerdos concretos en la distribución de recursos y la satisfacción de la salud como necesidad básica de la población. Como estrategia de desarrollo económico, el clúster deja a un lado la justicia sanitaria, debido a que no considera como un fin en sí mismo el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas. Su objetivo es generar riqueza; como expresaron algunos de los participantes, el énfasis es económico y no ético, con lo cual toma distancia de los asuntos de justicia sanitaria, especialmente complejos en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente en Colombia. Cuando la prestación de los servicios de salud se vincula al sector industrial, la salud pasa de ser un derecho, una necesidad básica y un servicio público a ser un objeto de mercado medible en términos de productividad y competitividad internacional. Así ocurre en este caso, dado que el mercado principal son usuarios extranjeros con capacidad de pago.

Lo anterior es muy relevante en términos éticos y de alteridad. Desde esta perspectiva neoliberal, la justicia social es importante, pero no se vincula con el “otro”, ya que no se puede coartar la libertad individual para generar riqueza económica. Se trata más bien de un asunto de políticas sociales del Estado frente a los más pobres; no un derecho a la asistencia, sino un ejercicio altruista a cargo de lo público, sin intervención del sector privado (Restrepo, 2003, pp. 21-22). En consecuencia la salud, que desde el punto de vista político (como derecho humano y necesidad básica) implica siempre al otro, en la medida en que es atributo de las personas y condición indispensable para que ellas vivan bien, deja de ser atributo y se convierte en objeto, en tanto servicio especializado que puede gestionarse comercialmente para obtener recursos económi-

cos, sin consideración de las personas de las que se predica. La visión de alteridad como compromiso con el otro concreto es sesgada por una gestión económica que tiene como fin la generación de mayor riqueza; así, los rostros humanos son reemplazados por los indicadores económicos.

Al plantear a los entrevistados la relación entre el clúster y la justicia social, su principal recurso fue la abstracción: apuntaron a los conceptos generales y no a las implicaciones concretas de la estrategia. La relación más específica se fundamentó en un concepto de *justicia sanitaria* que podría calificarse de amplio, según el cual el clúster genera justicia social para los pacientes internacionales:

El clúster contribuye a la justicia social en la medida en que el servicio va dirigido a una persona que ha sufrido el impacto de la enfermedad, que está en desventaja, que con frecuencia el servicio no está disponible en su país o lugar de residencia o no tiene los recursos para pagarlo en ese lugar. (C01-52)

El análisis del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín que aquí se propone en tanto estrategia de salud financiada con recursos públicos hace referencia a la justicia social local. Si bien es posible que la estrategia contribuya al bienestar de los pacientes internacionales, lo pertinente es valorar si contribuye, y de qué manera, al bienestar local. Esto teniendo en cuenta que no opera como Médicos sin Fronteras o la Cruz Roja Internacional: no es una ONG con fines altruistas, sino una estrategia económica que obedece a una política pública local y recibe financiación pública. Por tanto, debería tener impacto en la vida de los habitantes de Medellín, concretamente en la salud de quienes no pueden acceder a este tipo de servicios altamente especializados a pesar de necesitarlos.

Algunas de las justificaciones expuestas por los entrevistados parten de la perspectiva utilitarista según la cual los incrementos incesantes

de la productividad y el crecimiento económico se traducirán en niveles de vida más elevados para todo el mundo. La premisa es que “una ola fuerte eleva a todos los barcos”: gracias a una especie de “goteo” o “regadera”, la riqueza se extiende a todas las capas sociales (Harvey, 2007a; Stiglitz, 2012; Restrepo, 2003; Piketty, 2014). En ese sentido se entienden las afirmaciones que explican la justicia social del clúster por “dinamizar la economía regional”, “la generación de empleo” o “la generación de mayores ingresos a la región”.

Por otra parte, los entrevistados relacionaron la justicia social de la estrategia con el mejoramiento de la imagen de Medellín, asunto que podría calificarse como cosmético, en tanto dirigido al aspecto exterior, a cómo se ve la ciudad y no cómo se vive en ella, particularmente en lo que atañe a las condiciones concretas de salud. Por lo tanto, es un criterio superficial desde la perspectiva de justicia social consagrada políticamente en la Constitución, la cual apunta a un mínimo de condiciones materiales que impacten la vida de las personas. No es sensato esperar que se genere un cambio en la imagen de Medellín gracias a unas instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas internacionalmente: si estas no tienen efecto en las condiciones materiales de existencia de la población, por más publicidad que se haga, por más sellos dorados en las páginas web de las instituciones, seguirán existiendo altas cifras de desigualdad, inseguridad, falta de oportunidad en la atención de salud y congestión en los servicios de urgencias, y la ciudad seguirá siendo percibida como desigual e insegura. En sentido figurado, la promoción de la ciudad es similar a la venta de apartamentos mediante piezas publicitarias en las que la fotografía se toma desde una perspectiva especial que realza un ángulo específico, pero cuando se tiene la visión completa del lugar, esta contrasta con la que solo resaltó el mejor ángulo. Entonces, cuando la persona visita el apartamento lo ve muy pequeño, o no le gusta el barrio, o las zonas comunes no cubren sus expectativas... De

la misma manera, Medellín se presenta como una ciudad saludable por sus excelentes servicios de salud privados, con instituciones acreditadas internacionalmente y tecnología de punta, pero quien llega no puede dejar de percibir la marginalidad y la pobreza en las laderas, la contaminación ambiental que poco a poco cubre las montañas, a los habitantes de calle vendiendo confites en los semáforos o limpiando los parabrisas de los carros... La oferta de servicios privados con tecnología de punta contrasta con los graves problemas de acceso a los programas de salud pública y los servicios básicos de salud que la población más vulnerable enfrenta día a día, a pesar de tener un seguro del régimen contributivo o el subsidiado, toda vez que el aseguramiento no es garantía de atención.

Por otro lado, los participantes señalaron que el clúster aporta recursos para las entidades (accionistas), lo cual, si bien es cierto e importante, no necesariamente se traduce en mejores servicios para la ciudadanía. El aporte económico debería revertir en aportes a la salud de los ciudadanos, con la finalidad de impactar su calidad de vida, más allá de la búsqueda de rentabilidad, máxime cuando se trata de una estrategia de ciudad. Algunos de los actores consideran que no hay injusticia, en la medida en que instituciones acreditadas y con excelentes procedimientos de atención no diferencian entre el paciente internacional y el local: los dos reciben el mismo servicio con la misma calidad. Sin embargo el asunto de la justicia, como se indicó previamente, queda en lo abstracto y especulativo frente a la financiación concreta de la estrategia, toda vez que la mejora en tecnología y la acreditación de los procesos y servicios no generan para los pacientes locales una atención equivalente a la que se ofrece a los internacionales. Además, uno de los problemas de la salud en el nivel local es el acceso a esos servicios de alto costo, que no afecta a los pacientes extranjeros. En consecuencia, este argumento es análogo a la confusión entre cobertura y acceso en términos de atención en salud: la cobertura no implica necesariamente el acceso a los servicios. De igual

forma, la acreditación, la certificación de procesos y el portafolio de servicios de alto costo no implican necesariamente el acceso de la población local a ellos.

Se evidencia una escisión de la salud, valorada económicamente como factor para la productividad, y políticamente como derecho humano y necesidad básica. Esta escisión, representada en un giro conceptual y práctico, corre el riesgo de acrecentar tanto las inequidades en salud como las dificultades que ella enfrenta en el contexto local. Ausente la visión holística de la salud, que permitiría dar respuesta a los problemas de los ciudadanos, se perpetúa la idea de que el programa político del país sigue siendo un papel sin impacto en lo colectivo, y los derechos humanos, una quimera.

Criterio de distribución: el “goteo” del crecimiento económico vs. la salud

Desde un enfoque de la salud como derecho humano y necesidad básica, es pertinente la reflexión sobre la justicia social en la medida en que la tarea fundamental del Gobierno, como afirma Nussbaum (citada en Rodríguez, 2012), consiste en poner a disposición de los miembros de la comunidad política los recursos y condiciones necesarios para hacerlos capaces de vivir bien. Esto implica dar forma específica a los criterios de distribución y a las principales instituciones políticas, para poder evaluar hasta qué punto el ordenamiento político alcanza su objetivo de facilitar a los ciudadanos una vida floreciente. A la luz de este enfoque, es posible identificar las funciones fundamentales en la vida humana, examinar si las instituciones sociales y políticas ofrecen a los ciudadanos lo que necesitan para un buen funcionamiento, y determinar si lo ofrecen mínimamente o si están haciendo todo lo posible para que los ciudadanos funcionen bien.

Marshall (citado en Garzón y Mogollón, 2009) establece que la existencia de la ciudadanía está condicionada por el cumplimiento de tres condiciones por el Estado: la primera, el desarrollo del sujeto a partir del ejercicio de sus libertades individuales; la segunda, la promoción de procesos de participación democrática que favorezcan la toma de decisiones políticas; y la última, y no menos importante, el acceso equitativo a condiciones sociales que permitan una vida digna.

En consecuencia, la justicia social debe ser un imperativo en el clúster de salud, como política pública y estrategia de ciudad, no solo en cuanto criterio relevante a la hora de analizar el impacto de la estrategia en la vida de las personas, sino en cuanto requisito para la constitución de ciudadanía, siendo la salud una condición social que permite una vida digna o de calidad. Esto significa que, independientemente del enfoque con que se aborde la salud, no se la puede desvincular de lo político: en los asuntos que involucran derechos humanos y necesidades básicas, el Estado no puede permitir que se escinda lo político de lo económico. En este caso, la justicia sanitaria no puede escindirse de la venta de servicios de salud.

Si bien el desarrollo económico es fundamental para las regiones, debe plantearse una reflexión colectiva sobre cómo se distribuye la riqueza y cómo esta distribución impacta la vida de las personas, especialmente cuando se hace referencia a derechos humanos y necesidades básicas —la salud, por ejemplo—, porque así como el progreso en salud crea brechas en salud, el progreso material crea brechas en los estándares de vida (Deaton, 2015). Aunque la riqueza, sin duda, conduce a una mejor salud, esta última debería ser vista también como una forma de capital humano y, por ende, como un insumo del proceso de crecimiento, no solo un producto: los países con una población sana y mejor educada tienen mayores posibilidades de prosperar, en especial en un contexto de políticas favorables (Flores, 2006).

Un criterio de distribución general, como el de la teoría del efecto de “goteo” –los beneficios del crecimiento económico acaban inevitablemente mejorando la situación de las personas pobres–, resulta insuficiente, pues no toma medida activa alguna ni mejora de forma automática la calidad de vida en ámbitos tan importantes como la salud (Nussbaum, 2012, p. 68). Esta situación es palpable en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: la venta de servicios médicos a extranjeros ha aumentado de forma paulatina, con el consiguiente aumento de los ingresos,⁵ pero paradójicamente la situación de la salud en la ciudad es cada vez más crítica, con serias limitaciones de acceso a los servicios, tanto básicos como especializados.⁶ Resulta evidente que la estrategia no ha ayudado a mejorar el nivel de salud de la ciudad, a pesar de los mayores ingresos y, en general, el mayor crecimiento económico. Es dicente que, cuando los actores se refirieron a las obligaciones del

⁵ Entre los años 2000 y 2004 fueron atendidos en la ciudad 3501 pacientes internacionales y se facturaron us \$9 150 000 por los servicios prestados. En 2009, ya en funcionamiento el clúster, aumentaron tanto el promedio de pacientes como la facturación por servicios (Cámara de Comercio de Medellín, 2013).

⁶ Como se mencionó en el capítulo anterior, el informe de derechos humanos de la Personería de Medellín (2015) indica que se agudizaron los problemas de acceso y oportunidad a los servicios de salud, incremento de la cartera de las EPS con los hospitales públicos y privados, crecimiento de las tutelas en salud, incumplimiento en la entrega de medicamentos e inoportunidad de las citas médicas. Estas situaciones, reafirmadas en el *Informe de calidad de vida 2012-2015* (Medellín Cómo Vamos, 2016b), han hecho que la salud haya pasado a ocupar el primer lugar entre los factores que afectan la calidad de vida individual

clúster con la Secretaría de Salud (cofinanciadora de la estrategia), ninguno haya mencionado la de contribuir a un sector que está en crisis en lo referente a la atención.

Si no hay un criterio específico de distribución, quedan en juego los intereses colectivos. Priorizar la salud como sector industrial para entrar en la competitividad internacional genera un riesgo propio del globalismo: que los mercados desalojen y desplacen lo político. Se da primacía a lo económico, donde el libre mercado minimiza y subordina otras dimensiones, incluida la política (Borrero, 2011); se deja a un lado la defensa de un principio colectivo de bien común, para resguardar la búsqueda particular de los intereses individuales del sector privado empresarial (Fair, 2010). Al favorecer la internacionalización a cualquier costo, el Estado se subordina al mercado y entra en la mercantilización de las relaciones internacionales, renunciando a su representación de los intereses generales de la nación en beneficio de los sectores más poderosos en la competencia. Y los resultados positivos que puedan obtenerse en algunos indicadores macroeconómicos difícilmente lograrán legitimar el costo social de las medidas económicas (Corredor, 2003), como se observa en Medellín con la agudización de la inequidad y los problemas de la salud.

Lo expuesto hasta ahora no constituye un fenómeno nuevo en materia sanitaria, ni en la ciudad de Medellín ni en Colombia. Medellín se

de los ciudadanos, según la encuesta de percepción sobre calidad de vida (Medellín Cómo Vamos, 2017). Los sectores más vulnerables viven de forma más aguda esta crisis, como lo evidencia el caso de Metrosalud, entidad pública que atiende la red de servicios para la población del régimen subsidiado. Debido a las altas carteras con los proveedores, enfrenta graves dificultades financieras que le impiden incluso brindar los medicamentos a sus usuarios (Álvarez, 2017).

ha caracterizado por ser pionera en el país en el proceso de industrialización por la vía de la sustitución de importaciones, y por un modelo de desarrollo que privilegia los intereses privados sobre los públicos y enfatiza la regulación del mercado sobre el papel del Estado. Siguiendo la lógica valorativa neoliberal, ha predominado la especulación con el crecimiento de la ciudad, so pretexto de la ley del mercado (Botero, 1996, p. XIII). La relación entre los sectores privado y público se ha caracterizado por que el poder económico y político y la dominación ideológica han estado centrados en una élite comercial e industrial que gozó de hegemonía en un sentido amplio, es decir, logró imponer sus intereses particulares y hacerlos aparecer como colectivos (p. XIV).

La salud, como señala Vega (2002, p. 139), no es un ámbito que pueda librarse de las leyes del mercado, pero cuando se fundamenta en el interés pecuniario, y en general en el capital financiero, no siempre el modelo es eficaz: las organizaciones del sector han sido reconstituidas para funcionar más como empresas eficientes y rentables económicamente que para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. A pesar de alejarse del Sistema General de Seguridad Social, el clúster continúa desarrollándose en el contexto de un enfoque utilitarista que tiene como valores básicos la utilidad y el mercado y centra la asignación de recursos en la evaluación económica y la distribución sobre el enfoque costo-beneficio, lo cual deja de lado la justicia. En ese sentido, asegura la eficiencia, pero no la equidad (Escobar, 2012, pp. 32-33).

Efectivamente, como afirmaron los participantes, del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología se espera la generación de una renta que mejore los ingresos de la ciudad y la haga más competitiva. Se requieren unos criterios de distribución específicos que permitan evaluar la estrategia, los cuales se desvanecen cuando el discurso se fundamenta en el propósito general de aportar al crecimiento económico

de la región, dinamizar el sector salud o impulsar otros sectores, como el turismo. De ahí la necesidad de reflexionar sobre un criterio específico en salud que se traduzca en acciones concretas que impacten la vida de los ciudadanos y ofrezca elementos precisos para evaluar la estrategia a partir de su contribución a las condiciones de vida. La redistribución moderna, como lo establece Piketty (2014, pp. 528-529), no consiste en transferir las riquezas de los ricos a los pobres, sino que se edifica en torno a una lógica de derechos y un principio de igualdad de acceso a cierto número de bienes considerados fundamentales, como la salud.

Algunos actores del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología identificaron que este no genera procesos redistributivos, especialmente hacia la población más vulnerable, y que por lo tanto no contribuye a la justicia social:

Desde el punto de vista ético, al clúster le hace falta el concepto de redistribución. (C08-268)

Por el contrario, observaron, las instituciones se fortalecen como negocio particular y los problemas del sector salud se agudizan. Un ejemplo es el acceso a la atención según la capacidad de pago de las personas, sean nacionales o extranjeras:

Un problema de fondo es el concepto de equidad en salud; la red tiene suficiente capacidad, pero solo para los que tienen capacidad de pago. (C08-268)

También identificaron que la estrategia se desvincula de las políticas de salud, pues contempla esta únicamente como negocio, sin fortalecer lo público o colectivo:

La estrategia clúster no contribuye a la justicia social, fortalece negocios particulares en los que el Estado no debería tener una función importante. (C010-313)

La estrategia clúster es reflejo de que el desarrollo político actual mezcla la visión de lo estatal con el modelo económico imperante, lo que lleva a una dicotomía entre lo público y lo privado. De acuerdo con Garzón y Mogollón (2009), precisamente el surgimiento del modelo económico neoliberal, centrado en la lógica del mercado y la globalización, impone la indiferencia hacia los problemas sociales y subyuga el sistema jurídico-político del Estado a los intereses de una clase social hegemónica: pese a la existencia de una democracia, la toma de decisiones de los gobiernos se circunscribe a un número reducido de participantes que constituyen la élite del país, y que en muchas ocasiones no representan ni dan respuesta a las necesidades de sus ciudadanos.

Esta situación se observa en el clúster de salud. Las cadenas productivas del sector lograron que esta estrategia se convirtiera en política pública de la ciudad, con la asignación de unos recursos permanentes, sin tener criterios concretos sobre su impacto en las condiciones de vida de los ciudadanos. Mientras tanto, la situación de la salud en la ciudad y en el país es cada vez más deficiente, sin respuestas políticas que permitan conjurar esa crisis y que vinculen al sector privado. Como afirma Stiglitz (2012): “Si determinados grupos controlan el proceso político, lo utilizarán para diseñar un sistema económico que los favorezca” (p. 251). En este caso, despojando la salud de su carácter de derecho humano y necesidad básica y convirtiéndola en objeto remercantilizado del sector industrial.

Como lo manifestaron los actores, esto se hace evidente en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología: no tiene obligaciones concretas frente a lo público, en la medida en que su articulación a las políticas públicas se ha establecido con el sector industrial y no con el de

la salud. Por lo tanto, los beneficios van a los empresarios de la salud como sector industrial, sin un impacto correlativo en la vida de los ciudadanos, específicamente en sus condiciones de salud, ni obligaciones claras de devolución; la política pública es instrumentalizada en provecho de un sector particular. Los beneficios para la ciudad se diluyen en aspectos ya mencionados –crecimiento económico, cambio en la imagen, articulación del sector, certificación nacional e internacional– o no existen –en términos de impuestos–; en todo caso, no tienen impacto en la vida de los ciudadanos ni les garantizan un acceso equitativo a los servicios de salud.

El clúster de salud fue diseñado como una estrategia de mercado, con el apoyo del sector público, para vender servicios médicos especializados y posicionar la ciudad internacionalmente. Las fronteras de esta alianza público-privada son borrosas: no resulta claro si se trata de una estrategia de consolidación de lo público, con beneficios colectivos en materia de salud y generadores de justicia social, o una estrategia privada para fortalecer negocios, cuyas ganancias son particulares. Como afirma Pacheco-Vega (2007), el grado de riesgo que enfrentan los clústeres forzados –como este– es elevado, por el alto nivel de incertidumbre. En lo que atañe en concreto a la relación entre los sectores público y privado, la falta de claridad de la estrategia lleva a que el primero cubra los riesgos económicos del financiamiento, y el segundo reciba los beneficios.

Al reflexionar sobre los criterios distributivos a propósito del crecimiento económico proyectado de las estrategias clúster, se esperaría que la distribución se presentara por el lado de los impuestos municipales, los cuales no son un asunto técnico sino eminentemente político, en tanto implica ponerse de acuerdo sobre quién debe pagar qué, y en nombre de qué principios (Piketty, 2014, p. 546). Como lo advierten Borja y Castells (1997, p. 33), la fiscalidad local debe gravar la actividad económica en su territorio sin exceso, pero con la cuantía suficiente para asegurar la integración social de la población local y las

condiciones de productividad genérica del sistema urbano de las que se benefician las empresas. Pero en Medellín, además de garantizársele al Clúster de Servicios de Medicina y Odontología unos recursos continuos por ser política pública (Acuerdo Municipal 87 de 2009), se le otorgaron beneficios tributarios municipales, como la exención del impuesto de industria y comercio y el impuesto predial (Acuerdos Municipales 67 de 2010 y 64 de 2012). En consecuencia, el mayor crecimiento económico no generará mayor recaudo tributario para la ciudad, toda vez que el clúster no paga impuestos locales, que tienen destinación colectiva.

Así las cosas, en Medellín los impuestos predial y de industria y comercio son de carácter regresivo, pues no están obligados a pagarlos quienes mayor ingreso generan, y no progresivo, como deberían serlo con miras al desarrollo y la viabilidad del Estado social, así como la transformación de las desigualdades (Piketty, 2014, pp. 351 y 548). El modelo económico imperante considera que recaudar de forma progresiva hace menos competitivos a los países, y en un mundo globalizado y altamente competitivo, los países no pueden darse ese lujo. Esto perjudica directa e indirectamente a las personas de menores ingresos, debido a que induce a recortar el gasto social (Stiglitz, 2012, p. 113).

En cuanto a los compromisos contractuales del clúster con lo público, la investigación muestra que se establecieron fundamentalmente con la Secretaría de Desarrollo Económico y la Secretaría de Salud. Frente a la primera, se destacan deberes como mejorar las capacidades del sector, presentar proyectos que potencien el clúster y acceder a mercados internacionales. Frente a la segunda, se destaca el deber de mejorar las competencias institucionales a través del trabajo en red, la acreditación internacional, la gestión jurídica de pacientes, la transferencia de conocimientos y la asistencia a congresos internacionales. Todas estas obligaciones repercuten en el beneficio particular de los prestadores, principalmente en su fortalecimiento institucional. No hay ningún com-

promiso dirigido al beneficio colectivo; este se queda, como se advirtió, en un asunto genérico, en la idea del “goteo” según la cual ese fortalecimiento institucional generará indirectamente un beneficio colectivo. Pero, como lo advierte Sen (2000, p. 85) en relación con el utilitarismo, es indiferente a la distribución y no se interesa por los derechos.

La política pública de la ciudad parte de consideraciones utilitaristas, y estas no son las únicas que interesan: ciertos bienes tienen un valor que va más allá de la utilidad que proporcionan a compradores y vendedores individuales. La manera en que un bien se distribuye puede ser parte de lo que hace de él la clase de bien que es (Sandel, 2013, p. 40), y en ese sentido la salud no puede distribuirse igual que otros bienes, sino que deben tenerse en cuenta criterios que impacten concretamente la vida de los ciudadanos. No debe perderse de vista que, sobre la base de una creciente desigualdad social, el crecimiento económico entendido como acumulación de capital agudiza la inequidad, lo cual empeora los servicios de salud media y, en términos de patología, incrementa las tasas de morbilidad y mortalidad (Molina, Romero y Trejo, 1991). Como establece Sen (2000, p. 37), la privación de capacidades elementales puede traducirse en una mortalidad prematura, un grado significativo de desnutrición y una persistente morbilidad, entre otros fracasos. De ahí que el proceso sociopolítico de la salud en la ciudad y en el país sostenga una predisposición a la inequidad, no a la garantía de este derecho para todos (Hernández-Álvarez, 2008).

Lo económico es fundamental para lograr cierta prosperidad compatible con diversas formas de distribución de recursos y normatividad, pero no puede suplantar la gobernabilidad política ni restar relevancia a la acción pública, que es capaz de transformar las relaciones económicas y disminuir la polarización de los niveles de pobreza y desigualdad (Sen, 2001). El bienestar no puede ser juzgado con base en su promedio, sin considerar la desigualdad, y tampoco puede ser juzgado por una o más

de sus partes, sin atender al todo en su conjunto (Deaton, 2015, p. 23). En la salud, esa suplantación de lo político por el mercado hace perder una visión holística, con lo cual se descuidan los problemas colectivos y se generan mayor desigualdad y peores niveles de salud. En el plano político, no es lo mismo garantizar la salud para generar mayor crecimiento económico que convertir la salud en objeto para el desarrollo económico.

En consecuencia, no podremos modificar las condiciones de salud si no cambiamos el modelo de desarrollo impuesto; no podremos apostarle a la salud si confundimos bienestar con consumo, si mantenemos la idea de una modernidad en la que el sujeto es absorbido por la sociedad, el mundo de la vida por el sistema, el saber por la ciencia, la ética por la moral (Acurio, 2011, p. 133), la salud por el mercado. Como derecho humano, necesidad básica y servicio público esencial, la salud en Colombia tiene connotación constitucional; políticamente se la valoró así. Tratarla como sector industrial requiere una decisión política, no solo tecnocrática: si se pretende promover la salud como un elemento fundamental para el crecimiento económico de la región, debe darse un proceso democrático en el que las personas decidan si están o no de acuerdo. De lo contrario, esta decisión carecería de legitimidad; incluso podría afirmarse que es inconstitucional.

La distribución de los recursos en salud implica límites, el primero de ellos relacionado con la equidad: ninguna persona debería recibir cuidados intensivos en tecnología, por ende dispendiosos, mientras otras personas se sientan privadas de su derecho a una igual participación en la asignación de recursos públicos para atender una condición similar. Se trata de una dimensión de orden público de la salud como derecho humano, en que la equidad comprende la posibilidad de acceso, protegida y promovida por las políticas públicas. Es necesario desde este punto de vista que la ley conserve la distribución del derecho a la salud como

una libertad civil, como el derecho de libertad en salud o la salud como libertad (Illich, citado en Passos, 2008, pp. 38-39).

Innovación tecnológica sin referente social

Otro aspecto por considerar en este análisis del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín es el enfoque en la innovación tecnológica, manifestación del giro que se le ha dado a la salud al entenderla como elemento de productividad y competitividad. Por razones obvias, al convertirse la salud en un sector industrial, la oferta de servicios del clúster hace énfasis en aquellos de alto costo. Según los actores, uno de los objetivos principales del clúster es el desarrollo tecnológico y se da prioridad tanto a los servicios ambulatorios, entre los que se destacan los estéticos y los odontológicos (estos últimos con dificultades, por no representar alto costo y no estar incluidos generalmente en los seguros de salud), como a los altamente especializados, por su costo.

No se trata de una novedad propia de la ciudad o de la estrategia clúster, sino una expresión de las tendencias a la globalización, entendida como la convergencia de los mercados del mundo, que venden en todas partes la misma cosa, de la misma manera, con lo que imponen una sola tendencia: el modelo biomédico. Este hace énfasis en un enfoque monocausal (biológico) que fomenta la especialidad, bajo el predominio del mercado, el dinero y la técnica, y convierte la salud en un bien de consumo (Escobar, 2010, p. 98). La visión biomédica hegemónica ha institucionalizado y legitimado la medicina y la profesión médica como los pilares de todo sistema de salud, y promovido el desarrollo de la medicina científica (Llambías, 2003).

En este enfoque biotecnológico se concreta el riesgo de la sobreespecialización, que canaliza la inversión en salud a la atención de

alto costo tecnológico, para la venta de los servicios de las empresas, no para la atención de la población (Palazuelos, citado en Pacheco-Vega, 2007). Como señala Pfeiffer (2011), esta forma de proceder es coherente con una perspectiva económica de la salud, en la que los criterios de selección de evidencias están especialmente acotados por la investigación experimental, destinada a evaluar el efecto de intervenciones por medios técnico-instrumentales. Por ende, se da prioridad a la medicina especializada, con un individuo atomizado y un concepto de *terapéutica* que necesariamente debe aplicarse a las partes del cuerpo.

Dentro de los compromisos y desarrollos que ha tenido la estrategia clúster que se analiza, la gran apuesta ha sido la marca “Medellín Health City”, la cual responde más al posicionamiento de marca y al desarrollo tecnológico que a las necesidades de la ciudad. La marca resalta el enfoque biomédico desde las instituciones agrupadas, con énfasis en los servicios de alto costo, como por ejemplo fertilidad, urología y cirugía bariátrica, cardiovascular y plástica estética (Medellín Health City, s. f.).

Las principales obligaciones contractuales del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología con el municipio —el fortalecimiento del clúster, la formación de los empresarios, la elaboración de propuestas para investigación y desarrollo, el fortalecimiento de la competitividad y la internacionalización de la salud— apuntan al fortalecimiento económico de las instituciones a partir del enfoque biomédico para vender servicios de salud y producir conocimiento especializado que se traduzca en ganancias económicas. La apuesta en investigación y desarrollo ha ido de la mano con el *Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín* (Corporación Rutaⁿ, 2010), que consagró la salud como una de las tres cadenas productivas priorizadas por la ciudad, con un enfoque centrado en el desarrollo tecnológico en biotecnología, nanotecnología y tecnologías de la información y la comunicación.

A fin de consolidar ese enfoque, el Acuerdo Municipal 64 de 2012 estableció beneficios tributarios para las empresas pertenecientes a las cadenas productivas clúster, vinculados a la innovación en productos, procesos o servicios, que debería ser certificada por Rutaⁿ. La Alcaldía de Medellín reglamentó, mediante el Decreto 1067 de 2013, el procedimiento para que las empresas agrupadas en clústeres accedan a tales beneficios tributarios. Para el caso del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología, consagró que los beneficios aplican a la fabricación de productos, insumos, bienes y servicios usados con fines asistenciales (artículo 8.º). En síntesis, este desarrollo normativo vincula los beneficios tributarios a la innovación tecnológica, la cual en el paradigma biomédico mencionado no se relaciona con beneficios para la salud colectiva, sino con beneficios económicos individuales.

En función de postularse para los beneficios tributarios, las entidades prestadoras de servicios de salud conforman clústeres, es decir, comparten conocimientos, tienen relaciones de credibilidad y confianza y son apoyadas por una serie de instituciones y organismos que les permite evolucionar y sostener una posición competitiva en el mercado (Pacheco-Vega, 2007), para lo cual el desarrollo tecnológico es fundamental. Dentro de la política de innovación de la ciudad, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología debe enfocarse a la transmisión de conocimientos, de ahí que se haya dado prioridad a las tecnologías de la información y la comunicación para la salud, como la *e-health*. Se apuesta al desarrollo de propuestas de *software* aplicado, control y operación remotos y sistemas de información integrados para la atención del paciente durante la prestación de servicios en salud: monitoreo, telemedicina, teleasistencia, telecirugía y asistencia robotizada (Corporación Rutaⁿ, 2010).

Si bien tales desarrollos, como todo desarrollo científico, generan la idea de progreso y pueden traer enormes beneficios, no han de

perderse de vista las limitaciones de este modelo, como por ejemplo el hecho paradójico de que los costos exorbitantes de la medicina moderna, la extraordinaria especialización, el avance de la tecnología y la invasión farmacéutica no logran resolver el 90 % de los problemas de salud. Asimismo, las transiciones demográficas y epidemiológicas cuestionan seriamente un paradigma que parece cada vez menos sostenible frente al aumento de los costos, el impacto financiero de las enfermedades crónicas, el sobreconsumo de medicamentos, la cada vez más onerosa tecnología y la demanda creciente de servicios médicos (Llambías, 2003). Existe, en consecuencia, una sinergia entre el capital como potencia simbólica ilimitada (con el dinero, se dice, “uno puede hacer todo”) y la investigación y el desarrollo tecnocientíficos, en virtud de la cual una fracción importante del capital se invierte en la creatividad técnica para lograr nuevas ganancias, lo que permite el crecimiento del capital (Hottois, 2013, p. 199).

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones y el progreso propiamente médicos (nuevas tecnologías y medicamentos) no constituyen más que un factor relativamente menor de la salud global de una población, en comparación con otros como el nivel económico, la alfabetización, la culturización, la higiene, la estabilidad y la calidad humana en términos de solidaridad y de respeto a los derechos fundamentales (p. 170).

En esa medida, se advierte que este enfoque desconoce los aspectos psicológicos, sociales y culturales del ser humano como un todo indivisible (Escobar, 2010, p. 99), dejando de lado u olvidando las dimensiones subjetivas, sociales y culturales de los problemas de salud (Pfeiffer, 2011). La fe exclusiva o excesiva en la tecnología y en las ciencias, y la voluntad de propagar esa fe sin tener en cuenta los contextos, la historias y la complejidad de situaciones, personas y sociedades, son fuente adicional de sufrimiento, miseria e injusticia (Hottois, 2013, p. 172).

Por consiguiente, el desarrollo tecnológico no implica necesariamente mayor desarrollo de la salud, aunque sí mayor desarrollo económico desde la perspectiva financiera. La enfermedad sigue siendo considerada fuente de explotación económica, lo cual se aleja de la valoración de la salud como derecho y necesidad básica. Como establece Granda (citado en Acurio, 2011, p. 136), no vamos a conseguir salud solo restando enfermedad; la ganancia en capacidad explicativa de las causas de la enfermedad y de la muerte empobrece, en cambio, las potencialidades para interpretar la vida y la salud. Tiene razón Iván Illich (citado en Passos, 2008):

Un mundo de salud generalizada y difundida será obviamente un mundo de mínima y tan solo ocasional intervención médica. Personas sanas son aquellas que viven en casas sanas en base a una dieta sana y en un ambiente igualmente adecuado para nacer, crecer, curarse y morir. (p. 52)

Se trata de una perspectiva holística y compleja que no ha sido considerada por el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín.

La bioética llama la atención para no mirar desde una sola perspectiva la salud, independientemente del valor que pueda otorgársele en lo especulativo y lo económico. La tecnociencia se relaciona con la ética, la política, los sistemas jurídico y educativo, la religión, el arte y todos los subsistemas derivados. Las intervenciones que tienen que ver con biotecnología plantean problemas que involucran la vida en general y la humana en particular, e interpelan a la bioética dados los conflictos morales que surgen por la acción humana en ambos aspectos (Escobar, 2004). Debe comprenderse entonces que los indicadores de salud van más allá de la ausencia de enfermedad e incluyen los distintos elementos que afectan la calidad de vida. En consecuencia, la crisis de la salud se en-

marca en una reconceptualización más profunda, estrechamente ligada a una crisis social, que sobrepasa sus componentes económicos y políticos y tiene en cuenta también sus dimensiones culturales, filosóficas, éticas y valorativas (Llambías, 2003). La bioética va de la mano de los avances biotecnológicos, y su universalidad tiene como contexto el hecho de que vivimos en un mundo de diversidad, único, no fragmentario, con interdependencia de la comunidad humana y con los derechos humanos como telón de fondo. Por eso el compromiso bioético se relaciona con la investigación científica como valor y con la economía de mercado, pero en armonía con la realidad (Escobar, 2010, p. 97); esto es, sin desconocer los contextos, buscando un equilibrio con la cualificación de la vida de las personas.

A la luz de esta reflexión, es pertinente preguntar si la apuesta en ciencia, tecnología e innovación que está haciendo la ciudad de Medellín en términos de salud apunta a resolver los problemas sanitarios de la población o a consolidar un modelo que genere beneficios económicos para quienes participan de la industria de la salud. La respuesta dependerá del enfoque que predomine. Si es el paradigma biomédico, la respuesta apuntará al fortalecimiento de la estrategia, es decir, al negocio de la salud, a la búsqueda de mayores beneficios económicos y no mejores condiciones de vida para la población. Por lo tanto, es necesaria la reflexión bioética para tener una visión más amplia de la salud, que no fragmente al individuo y lo aisle de lo colectivo; para que la innovación no solo impacte la productividad, sino también las condiciones de salud de la población. Distinguir entre lo técnico y lo social arroja alguna luz sobre las opciones disponibles: invertir en la investigación y el desarrollo biomédicos, o incrementar las medidas sociales mediante una redistribución más solidaria de la riqueza económica e invertir menos en la investigación y el desarrollo tecnocientíficos (Hottois, 2007). Se trata de una decisión de carácter político que debe analizarse colectivamente.

No puede perderse de vista que el ser humano no es solamente un ser biológico o biofísico, sino también un ser simbólico y cultural, que pregunta por significados y valores, a los cuales las ciencias y las técnicas no responden. De igual manera, la civilización en vías de mundialización no es solamente tecnocientífica, sino también multicultural, desigual y diversamente articulada alrededor de la cultura y de las prácticas de investigación y desarrollo, y resulta indispensable para la salud respetar esta diversidad que vincula al otro (Hottois, 2013, p. 171). Por ello, en el mediano y el largo plazos es preciso comprender que la crisis y la reorganización de los sistemas de servicios de salud exigen un análisis que supere dos grandes límites a los cuales se ve enfrentado el modelo curativo hegemónico: por un lado, las interpretaciones mecanicistas ligadas a la biomedicina y al racionalismo científico; por el otro, las concepciones reduccionistas y lineales del desarrollo y la modernidad. Ambos límites tienen consecuencias sobre las definiciones, estrategias y políticas de salud para el futuro de nuestras sociedades (Llambías, 2003). Solo así se podrá consolidar una transformación urbana, económica, social y cultural que genere cambios innovadores, en vez de utilizar el discurso tecnológico para mantener un enfoque hegemónico bajo el predominio del mercado, que hace hincapié en lo individual y deja a un lado lo social y lo cultural.

Es necesario comprender que el problema radica en la macroasignación de los recursos en el dominio de la salud; por ende, es un problema ético, económico y político. La solución no puede abandonarse a procesos locales e individuales, sino que exige que la metodología de las prioridades sea discutida públicamente y de la manera más transparente posible. Un control social de las decisiones, su aclaración a la opinión pública y la confianza de las personas en el sistema de salud están en este precio (Hottois, 2013, p. 188); lo exigen el modelo de Estado social democrático y la salud como derecho humano y necesidad básica. Por lo tanto, la reflexión en torno a la justicia social se hace indispensable para

promover la distribución de los recursos y trabajar activamente contra las discriminaciones basadas en la raza, el género, el estado socioeconómico, la etnicidad, la religión o cualquier otra categoría social (Escobar, 2010, p. 101). Hay que dejar abierta la posibilidad de preguntarse si esos mismos avances pueden contribuir, con otras lógicas, a la concreción de un mundo más justo y democrático (Novoa, 2014).

CAPÍTULO III

CONTEXTO BIOPOLÍTICO DE LA BIOÉTICA EN EL CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

Lo contextual sin supracontextualidad es caótico;
lo supracontextual sin contextualidad es mera abstracción.

MALIANDI, *Ética convergente* 1⁷

Biopolítica y gubernamentalidad neoliberal

Como se ha indicado, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se desarrolla en el macrocontexto de la globalización neoliberal. Más que una ideología o forma de Estado, el neoliberalismo constituye una racionalidad de gobierno que se ejerce sobre la población, como establece Foucault (Lemm, 2010, p. 14). Desde este punto

⁷ p. 105.

de vista, se hace necesario vincular el concepto de *gubernamentalidad* como forma de conducir la conducta de las personas, toda vez que se hace referencia al conjunto de instituciones, procedimientos, análisis, reflexiones y tácticas que permiten ejercer ese poder, cuyo objeto esencial es la población, como forma de saber de la economía política y como instrumento técnico esencial a los dispositivos de seguridad. Dentro de los principios de este orden neoliberal se destacan la adopción de una razón del mínimo Estado, la extensión de los principios del interés y la utilidad, y la constitución del mercado como instancia a partir de la cual se determinan la verdad o la falsedad de la práctica gubernamental (Foucault, 2006, p. 136).

Como señala Foucault (2007, p. 149), se trata más de un Estado bajo la vigilancia del mercado que de un mercado bajo la vigilancia del Estado. En palabras de Sandel (2013, p. 18), pasamos de tener una economía de mercado a ser una sociedad de mercado, toda vez que la economía dejó de ser una herramienta para organizar la actividad productiva y se convirtió en una manera de vivir en la que los valores mercantiles penetran cada aspecto de las actividades humanas y las relaciones sociales se construyen a imagen del mercado: “Vivimos en un mundo en el que el modelo de la empresa se utiliza para estructurar, no solo el ámbito económico, sino el conjunto de la vida de los individuos y del cuerpo social” (Quintanas, 2013b, párr. 42).

Bajo esta perspectiva, en la cual se gobierna a través del mercado y para el mercado, es relevante el concepto de *biopolítica* planteado por Quijano y Tovar (2006):

La biopolítica es elemento consustancial y funcional al desarrollo del capitalismo, que vinculó y vincula los cuerpos disciplinados a los procesos de producción e igualmente inserta lo concerniente a la población a los vaivenes de la economía global, diseñando

asimismo una subjetividad concreta y un tipo de corporeidad ciudadana de determinado tipo. En general, se trata del establecimiento de una nueva disciplina de la vida, de las energías, del movimiento, del espacio y del tiempo, proceso agenciado a través de la “razón de Estado” por medio de la tecnología gubernamental y hoy por el mercadocentrismo, “marketización”, o por el discurso y la práctica del desarrollo con base en el mercado. (p. 11)

En consecuencia, el contexto biopolítico de esta gubernamentalidad neoliberal expresa una administración de la vida que inserta a la población en los procesos económicos para garantizar las relaciones de dominación y explotación (Foucault, 1998). O, como señala Fumagalli (2007, p. 26), el mercado se torna en el ámbito directo y principal en el que actúan las relaciones de poder. El panorama más completo de este mundo, como lo advierten Hardt y Negri (2005, p. 53), se presenta en la perspectiva monetaria, que permite apreciar un horizonte de valores y una máquina de distribución, un mecanismo de acumulación y un medio de circulación, un poder y un lenguaje ante los cuales no hay nada, ninguna vida al desnudo, ningún punto de vista externo que pueda plantearse al margen: nada bajo este tipo de administración escapa al dinero. En una economía capitalista, monetaria y de mercado todo puede ser cambiado e intercambiado, gracias a la mediación del dinero. Todo puede encontrar un precio, todo se vuelve medible, intercambiable y movable (Hottois, 2013, p. 198). Es así como el gobierno de la población y de la vida se torna mercantil.

El escenario biopolítico pone en evidencia la explotación del conocimiento y de la vida a través de procesos de acumulación y valorización (Fumagalli, 2007, p. 19). Es decir, existe un mercado biopolítico, una verdadera monetarización de la existencia que entraña una incorporación exhaustiva de la vida de los sujetos a un proceso de circulación financiera (Castro, 2010, p. 77). En palabras de Rose (2013):

Este es un mundo de entender la vida como algo que contiene un superávit, un valor latente que puede ser extraído mediante tecnologización. Puede ser extraído porque puede ser capitalizado, almacenado, intercambiado, puede ser puesto a la venta y adquirido en forma de mercancía en la red de la bioeconomía global. (párr. 27)

Dentro de esa dinámica de individualización neoliberal (Hernández, 2003), se abren nuevos horizontes mercantiles; por ejemplo, la salud como bien de consumo. Ella no escapa a la lógica mercantil, también es monetarizada; rodeada de valores económicos como competencia, eficiencia y rentabilidad; expresada en lenguajes como el que emplea el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: la salud como sector industrial, como sector para la productividad y la competitividad, conceptos *made in Harvard*, como el mismo clúster. Estos valores y lenguajes reflejan que la salud ha sido convertida en un sector más del mercado para responder a las demandas del comercio mundial, lo que se traduce en nuevas prácticas —como el turismo médico— y estrategias de tipo económico —como el clúster— que satisfacen las necesidades empresariales más que las necesidades de salud de la población.

En este escenario, lo biopolítico se expresa en la capacidad de gubernamentalidad de las grandes empresas, que estructuran y articulan directamente los territorios y las poblaciones (Hardt y Negri, 2005, p. 52). De esta forma, el Estado es sustituido progresivamente por las finanzas e incluso asume, de forma pasiva, el papel de prestamista (Fumagalli, 2007, pp. 20-21). Lo cual puede apreciarse en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, iniciativa privada que plantea la salud como sector industrial para la competitividad internacional, a través de una política pública que le asegura continuidad y recursos, financiada fundamentalmente por el municipio —que incluso ha comprometido

vigencias presupuestales futuras— sin una exigencia de devolución concreta, por valor de \$22 500 millones de pesos (Alcaldía de Medellín, s. f.). La economía, entonces, se vuelve creadora de derecho público (García de la Huerta, 2012, p. 185), para sus propios intereses y en beneficio de ciertos sectores.

Las características de la sociedad de mercado que se evidencian en estrategias como el clúster de salud no son asunto exclusivo de las ciudades: hacen parte de un modelo que se ha impuesto en todo el mundo y ha generado importantes cambios institucionales en la política urbana, tales como la creación de redes de negocios dirigidas por alianzas público-privadas (Brenner y Theodore, 2002). Ese modelo se ha impuesto también en Colombia, con un mayor desarrollo en Medellín, donde los gremios económicos cuentan con mayor poder de influencia política y han conformado mayores redes bajo la forma de alianzas público-privadas. Gracias a eso pudo concretarse la apuesta de la administración municipal, que los representantes del sector productivo de la región habían comenzado a trabajar intersectorialmente en 2005: el proyecto denominado “Medellín mi Empresa”. Se tomó el modelo de la empresa para estructurar la ciudad y se alcanzaron acuerdos de competitividad para el desarrollo de varios clústeres: textil, confección, diseño y moda; construcción; energía eléctrica; turismo de negocios, ferias y convenciones; y servicios de medicina y odontología (Cámara de Comercio de Medellín, s. f.). Este proyecto tiene garantizada su continuidad en los planes de desarrollo de la ciudad y se convirtió en política pública con el nombre de “Medellín: Ciudad Clúster” (Acuerdo Municipal 87 de 2009), lo cual deja en evidencia que la política local se ha formulado a imagen del mercado, concretamente del sector empresarial. Cuando “la empresa privada y la iniciativa empresarial son tratadas como las llaves de la innovación y la creación de riqueza” (Harvey, 2007a, p. 74), las lógicas regulatorias redistributivas son sustituidas por las lógicas competitivas, y los riesgos y responsabilidades son

transferidos a las agencias, actores y jurisdicciones locales (Theodore, Peck y Brenner, 2009).

En este contexto, la competitividad se constituye en un lenguaje fundamental, lo que puede apreciarse en la nominación de las políticas públicas (por ejemplo, *Política Nacional de Competitividad*), la calificación de la ciudad como *competitiva* y la consideración de la salud como elemento para la competitividad. En tanto virtud esencial, esta se erige como valor dominante de la estrategia (Harvey, 2007a, p. 74). En consecuencia, se interioriza uno de los valores fundamentales de la gubernamentalidad neoliberal, la competencia como principio de mercado, el cual se considera necesario producir y expandir acorde con las lógicas empresariales (Castro, 2010, p. 74; López, 2010, p. 48). Desde esta perspectiva, lo más importante es conseguir que las instituciones, sean públicas o privadas, se dinamicen; es decir, que asuman la lógica competitiva del mercado, descentralizándose y adquiriendo más autonomía en sus finanzas y su gestión, lo cual se logra con mecanismos reguladores como las acreditaciones y las auditorías, siguiendo el marco laboriosamente construido por las políticas neoliberales.

Como lugar donde operan y se materializan este tipo de estrategias, prácticas y lenguajes, la ciudad no escapa de ese contexto globalizador. Es vista “como espacio de capital y no como espacio de relaciones sociales y deseo” (Harvey, 2013, p. 20); depende cada vez más, en sus niveles y modos de vida, de las formas de su articulación a la economía global; y al mismo tiempo que se sitúa en la economía global, debe integrar y estructurar a su sociedad local (Borja y Castells, 1997, pp. 31-33). Por lo tanto, la competencia se convierte en un reto dentro de los programas políticos de la ciudad, como subraya Ascher (citado en Morin, 2011, p. 186). El primer desafío es la competencia entre las ciudades, que deben ser capaces de atraer capitales, mercancías y profesionales de alto nivel cuya presencia resulta indispensable para seducir a los inver-

sionistas en sectores clave. Así, en la ciudad neoliberal, la mayoría de sus componentes son objeto de negocio y especulación, sin un contrapeso significativo que logre, desde la sociedad civil, disputar esta noción mercantilista en los flujos de toma de decisiones, con lo que se establece la preponderancia del sector privado sobre la sociedad civil (Rodríguez y Rodríguez, 2009). Así lo señalan Hardt y Negri (2005):

Mientras que para la legitimación y administración del Estado moderno la universalidad y la equidad de las acciones administrativas era el objeto máximo, en el régimen imperial lo fundamental es la singularidad y la conveniencia de las acciones para alcanzar fines específicos.

(...) Precisamente, en la medida en que la administración se singulariza y ya no funciona sólo como el actor de organismos políticos y deliberativos centralizados, se hace cada vez más autónoma y se compromete cada vez más estrechamente con diversos grupos sociales: grupos de negocios y laborales, grupos étnicos y religiosos, grupos legales y criminales, etcétera. (p. 362)

En consecuencia, lo público y común va particularizándose a una sola perspectiva y a favor de unos actores; como observa Arendt (2005, p. 84), lo común se convirtió en el gobierno nombrado para proteger a los poseedores privados en su lucha competitiva por aumentar la riqueza. La política social deja de buscar la distribución equitativa de los recursos y adopta como objetivo central el crecimiento económico para permitir la capitalización de los grupos sociales (López, 2010, p. 49), lo cual “pone sobre el tapete una cierta descomposición del espacio público y una *jibbarización* de la ciudadanía en beneficio de un individualismo radicalizado” (Castro, 2010, p. 65). Según Zizek (citado en Quintanas, 2013a), en el

neoliberalismo han llegado al extremo los procesos de privatización y capitalización de lo que es común a nuestro ser social. Esto da cuenta de una crisis del *ethos*, que impacta con fuerza en las estructuras político-sociales y refleja una pérdida de la legitimidad de obrar conforme a valores, poniendo en crisis el significado mismo de la validez en un mundo regido por la racionalidad estratégica (De Zan, citado en Vidal, 2013). Una racionalidad de tipo administrativo-económico que deja de lado la legitimidad de los valores colectivos como la solidaridad, la cooperación y la justicia social.

En el caso que nos atañe, el retiro parcial del Estado, la formación de un mercado para el sector privado soportado con recursos públicos y el crecimiento de las estructuras para la autonomía y rentabilidad de la salud hacen de la atención médica un lucrativo negocio (Llambías, 2003; Rose, 2013). Esta gestión económica de la vida lleva a un proceso de despersonalización de la salud como derecho y atributo del ser humano, condición esencial para la vida y objetivo político del Estado, y la convierte en objeto de mercado y bien de consumo del cual puede extraerse rentabilidad. Se objetiviza el derecho desvinculándolo de la persona, lo cual implica profundos cambios en las políticas y en las organizaciones de salud, para transformar los sistemas de seguridad social en instrumentos financieros de alta rentabilidad (Llambías, 2003) y los servicios de salud en un sector para la productividad económica.

El resultado es la apuesta por un modelo médico-tecnológico centrado en la enfermedad, siguiendo la naturaleza del proceso de acumulación actual (capitalismo cognitivo), que pasa de la producción material a la producción inmaterial de conocimiento (Fumagalli, 2007, p. 25). En el sistema neoliberal, esto puede observarse en el trabajo productivo, cada vez más inmaterial, intelectual y comunicacional (Hardt y Negri, 2005, p. 50; Fumagalli, 2007, p. 25). Esto responde a la lógica del capitalismo cognitivo como estadio de la evolución de las formas capitalistas de pro-

ducción en el que se valorizan las capacidades cognitivas y relacionales de los individuos (Fumagalli, 2007, p. 27). Como indica Morin (2011, pp. 165-169), la especialización hace progresar los conocimientos, pero tiende a separar saberes que deberían estar relacionados, ocultando las conexiones y complejidades en el seno del conjunto humano e ignorando su entorno (por ejemplo, el entorno urbano).

Puede afirmarse que la ciencia, y particularmente la medicina, nos han aislado del mundo como si fuéramos ajenos a él (Morin, 2011, p. 170), al centrarse en la valoración económica de la salud y no en las condiciones de vida. Así ocurre en la ciudad de Medellín, cuyas políticas públicas carecen de un enfoque holístico. En lo que atañe a la salud, pasan por alto los problemas de desigualdad y acceso a los servicios, especialmente los de alto costo; esto deja en evidencia “un paradigma que trata la enfermedad antes que la salud, antes que el paciente, los síntomas antes que las causas, las causas individuales antes que las sociales y las enfermedades orgánicas antes que las funcionales” (Llambías, 2003). La oferta de servicios de salud se jerarquiza de acuerdo con las reglas del mercado, los costos y las ganancias de los procedimientos, y no de acuerdo con las necesidades de la población.

En un contexto biopolítico neoliberal, este paradigma biomédico se impone cada vez más en la atención de salud y la concentra en el sector especializado y la producción de conocimiento para generar patentes y acrecentar las ganancias. Como señala Rose (2013), la inversión ofrece posibilidades para la investigación, lo cual no es esencialmente bueno ni malo, pero bajo este paradigma la investigación se centrará precisamente en las áreas donde se intuya que puedan generarse propiedad intelectual o rendimiento económico. A la vez, este criterio define aquellas áreas que no van a ser investigadas, aquellas realidades que no van a existir por no representar un interés de lucro. Con este modelo crece y se desarrolla el sector privado, más eficiente en lo económico por ser excluyente,

no tener compromisos con la salud pública y estar ligado a la capacidad de pago de los usuarios. Pero más oneroso en lo global para la salud de la población, pues aplica perfectamente el mecanismo de socializar los costos y privatizar las ganancias (Llambías, 2003), y deja por fuera la investigación de temas relevantes para la salud que no representan un alto costo o no generan una renta importante, como por ejemplo las enfermedades ligadas a las condiciones de vida.

En el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología se hace evidente el enfoque de innovación tecnológica formulado en el *Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín* (Corporación Rutaⁿ, 2010). A partir de la valoración de la salud como elemento de productividad y competitividad, se hace énfasis en los servicios de alto costo y en el desarrollo tecnológico en biotecnología, nanotecnología y tecnologías de la información y la comunicación, como la denominada *e-health*. Pero no se indaga cuáles son las estrategias más pertinentes para la población y sus condiciones de vida, como por ejemplo los problemas de salud pública o las enfermedades por vectores que aquejan el entorno urbano.

La lógica de inclusión/exclusión en términos de capacidad económica

Podría afirmarse de Medellín lo que afirman Borja y Castells (1997, pp. 59-60) de las grandes ciudades del mundo: el modelo tecnoeconómico se caracteriza simultáneamente por su gran dinamismo productivo y su carácter excluyente de amplios sectores sociales y territorios; en el mismo sistema metropolitano coexisten las funciones más valorizadas y las más degradadas, los grupos sociales productores de información y detentadores de riqueza con los grupos sociales excluidos y las personas en condición de marginación.

La neoliberalización planetaria y la ciudad globalizada permiten constatar un principio elemental del espacio urbano: la segregación. Del mismo modo en que los consumidores son separados en defectuosos o eficientes de acuerdo con su modo de inserción en la fluidez espacio-temporal del capitalismo, las ciudades son clasificadas en función de su rendimiento dentro del mercado biopolítico. Se refuerza la hegemonía de los “globalizados”, los incluidos, individuos transterritoriales que circulan eficientemente en busca de nuevos mercados (al igual que el capital), habilitados para circular por las redes de información o de negocios en forma ligera, desarraigada e inmediata (Castro, 2009; 2010, pp. 73-74). Al mismo tiempo, se produce un nuevo tipo de pobreza: la de los “locales”, los individuos encadenados a un territorio, aquellos a los que Bauman (citado en Castro, 2010) bautiza como “consumidores imperfectos”, cuya territorialidad extrema resulta directamente proporcional a su desconocimiento de los nuevos lenguajes del comercio y la tecnología. La distinción planetaria entre globalizados y locales se manifiesta de un modo concreto en la urbe, con efectos de desterritorialización: mientras los primeros disponen de acceso a la movilidad ilimitada, que les permite elegir su destino y asegurarse la producción de distancia, los segundos se hallan en un espacio restrictivo, imposibilitados de desplazarse (Castro, 2009).

Desde esta perspectiva, es evidente que la ideología neoliberal encubre un proyecto político de dominación de clases que restaura el poder de las élites económicas, a la vez que afecta dramáticamente las condiciones sociales y económicas y amenaza el Estado de bienestar y las políticas de redistribución. Esto deviene en la configuración de regímenes excepcionales de ciudadanía (Hidalgo y Janoschka, 2014, p. 9; Harvey, 2007a), como el ya mencionado de globalizados y locales, en los cuales los lugares responden a los intereses de los actores hegemónicos de la economía y la sociedad, e incluso se les permite incorporarse con toda autoridad a las corrientes de la globalización. Así se hace efectivo

el paso de la gestión urbana gerencial a empresarial, que expresa la renuncia a la responsabilidad del Gobierno para dirigir el desarrollo de la ciudad de manera equilibrada, democrática y justa (Valenzuela, 2013). En el sector salud, las ciudades también implementan el modelo económico neoliberal inspirado en la ecuación “mercado - precio - capacidad de pago” (Llambías, 2003), con lo que generan y perpetúan lógicas de inclusión y exclusión a partir de la mercantilización de la salud.

Antes de que se creara la escuela de medicina en Medellín, el hospital no era un medio de curación, estudio o práctica médica, sino un sitio para la atención de los pobres, los mendigos y las prostitutas; una institución de separación y exclusión, que recogía al enfermo y protegía a los demás del peligro que representaba (Melo, 1996, p. 284). Hoy, en una sociedad de control —entendida como aquella donde los mecanismos de dominio se vuelven aún más democráticos, más inmanentes en lo social y distribuidos tanto en los cuerpos como en los cerebros, haciendo que los ciudadanos interioricen las conductas de integración y exclusión social (Hardt y Negri, 2005, p. 44)—, el hospital sigue en su lógica de exclusión, solo que no excluye a los considerados anormales o peligrosos como otrora. Por el contrario, hoy es el lugar que acoge a los incluidos o VIP (*Very Important People*), aquellos con capacidad de pago o de endeudamiento, que son un grupo minoritario en sociedades desiguales como Medellín. Tan minoritario, que hay que buscar esa clientela en el extranjero, ofreciendo los servicios de salud fuera de la ciudad.

En una sociedad medicalizada, donde las instituciones venden servicios médicos “a precios más competitivos”, como en los *outlets* de las marcas comerciales, el hospital limita el acceso a quienes tienen necesidades en salud y no cuentan con la capacidad económica para pagar o financiar los servicios: a la mayoría de la población, a los “nadies” de la sociedad capitalista (Acurio, 2011, p. 130). Y mientras se fomenta la mercantilización de los servicios de salud sin considerar las consecuencias de

estas estrategias y su impacto en lo colectivo, el discurso de los derechos humanos languidece cada vez más como esfera protectora del individuo, condenado a ser un papel que envejece en los anaqueles, evidenciando la contradicción entre la universalidad formal de los derechos democráticos y la no tan universal capacidad de sus titulares para ejercerlos con eficacia (Bauman, 2011, p. 23). Los “nadies” quedan desprotegidos en sus derechos, abandonados a la buena voluntad de los franciscanos que puedan ver, detrás de la billetera que guarda el efectivo y las tarjetas de crédito, algún atisbo de rostro humano.

Esta lógica que incluye a pocos y excluye a multitudes es manifestación del carácter biopolítico neoliberal dirigido a la apropiación mercantil de los cuerpos, a hacer vivir en la medida de la capacidad económica de las personas. El *bios*, entendido como una vida cualificada, se amplía de acuerdo con lo que el dinero pueda comprar para cualificarlo: atención en salud, alimentación, educación, servicios básicos y de alto costo. De esta forma, no se accede a la calidad de vida y a la atención en salud en virtud de la humanidad y sus derechos, sino según lo que el dinero pueda comprar, lo mismo que con cualquier producto, como por ejemplo un teléfono celular: se puede acceder a un *bios* de gama alta, media o baja. Este gobierno mercantilizado de la vida excluye, rechaza hacia la muerte aquellas vidas no rentables, aquellas que no pueden alcanzar una vida cualificada por fuera del mercado global: los locales, los “nadies” que están sujetos a las pocas acciones que puedan tomarse desde lo público o desde la beneficencia frente a sus necesidades.

Esta situación se aprecia metafóricamente en la película norteamericana *In Time* o *El precio del mañana*, escrita y dirigida por Andrew Niccol y estrenada en el año 2011. El argumento supone un futuro en el que el valor de intercambio no es el dinero, sino el tiempo de vida. De esa forma, hay quienes tienen asegurada la vida eterna por su acumulación de capital, traducido en tiempo, mientras otros se debaten en el día a día

de sus necesidades básicas para ganar unas horas más que les permitan ver un nuevo amanecer y continuar en la misma lógica de sobrevivencia. La película también refleja efectos territoriales: los pobres viven en guetos aislados por peajes de los sectores donde viven los ricos. Así como en la película, en el mundo de hoy la vida puede ser prolongada, con atención a las necesidades en salud y acceso a la mejor tecnología, a los mejores medicamentos y a los servicios de alto costo, pero solo para aquellos con la capacidad económica de costearlos. Mientras que la gran mayoría, que no puede cualificar su vida ni satisfacer sus necesidades, es confinada a los guetos, a las localidades, donde sobrevive al día hasta que termine su tiempo de vida.

Uno de los argumentos para defender el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín como beneficioso para la ciudad es que la generación de las condiciones para ofrecer un buen servicio a los extranjeros repercute directamente en una mejor atención para los locales. Se trata de un argumento falso toda vez que la iniciativa, como se refleja en los resultados discutidos, especialmente en el primer capítulo, buscó desde el principio escindir la salud y abordarla como sector industrial, dirigiéndose a los industriales de la salud y dejando a un lado las incidencias relacionadas con las condiciones de vida de los ciudadanos y los problemas de los servicios de salud en los contextos local y nacional. De esta manera, la estrategia perpetúa y agudiza la lógica de inclusión/exclusión de la mercantilización de los servicios de salud al fomentar la lógica “mercado - precio - capacidad de pago”. Esto obedece a la consideración de la salud como un negocio rentable y a la inexistencia de un criterio distributivo específico que propenda por garantizar a quienes no pueden costearlo el acceso a los servicios que se promocionan.

Las subjetividades en la estrategia clúster de salud

Como afirma Castro (2010, p. 75), en la gubernamentalidad neoliberal debería producirse una tecnología de gobierno de “el marco”, es decir, una política de la vida que garantice el funcionamiento de la sociedad y la subjetividad de acuerdo con las reglas del mercado. Porque no solo se precisa hacer funcionar los Estados según los imperativos económico-liberales, sino también a las poblaciones y, más concretamente, a los individuos. En el mismo sentido, Hardt y Negri (2005, p. 53) expresan que los grandes poderes industriales y financieros no producen solo mercancías, sino también subjetividades, las cuales son agentes en el contexto político: producen necesidades, relaciones sociales, cuerpos y mentes, lo que equivale a decir que producen productores.

Esta construcción genera un tipo de racionalidad dominante según el principio universal de la competencia y la maximización del rendimiento extendida a todas las esferas públicas, a las que reordena y atraviesa con nuevos dispositivos de control y evaluación (Aleman, 2013). En consecuencia, como forma de gobierno produce subjetividades, como la constitución del *Homo economicus*, sujeto que hace de sus irreductibles e irrenunciables intereses el fundamento de la racionalidad social y económica en su conjunto (López, 2010, pp. 41-51), “sujeto homogeneizado a una lógica empresarial, competitiva, comunicacional, excedida todo el tiempo por su *performance*” (Aleman, 2013).

Esa subjetividad genera una especie de tecnócrata económico que tiene por credo el modelo empresarial. En las instancias políticas, y concretamente en el área de la salud, se comienza a perfilar la existencia o generación de administradores, gerentes, empresarios y trabajadores con un similar modelo mental de administración, organización y competencia (Walsh, citado en Tello, 2008, p. 178), en el cual el criterio preponderante

es la eficiencia, de modo que la vida se moldea con base en una economía en la que dominan la maximización y la optimización como palabras clave.

En el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín, esa subjetividad se expresa en los individuos a los que va dirigida la estrategia: los globales. Por ejemplo, “Medesalud”, evento organizado anualmente por el clúster, tiene como público estratégico a gerentes, directores generales, jefes de compras de clínicas y hospitales, invitados especiales, compradores internacionales —sobre todo de Latinoamérica— y funcionarios nacionales, departamentales y municipales (Cámara de Comercio de Bogotá, s. f.). Así lo consagra la página web del evento, dirigido a “los líderes de la industria de la salud” vinculados con la gestión y el desarrollo de servicios, la atención a pacientes internacionales, la gestión del conocimiento, la innovación y la gestión de procesos de acreditación e internacionalización de servicios de salud (Medesalud Vital, 2016).

La estrategia, en consecuencia, es generada para empresarios de la salud por subjetividades empresariales de la salud, subjetividades descritas así por Abad Faciolince (2006):

Vivimos en la dictadura de los economistas y de los administradores de empresas. Antes el mayor orgullo de las familias era tener un hijo con un doctorado en medicina interna. Hoy vivimos en el reino de los vástagos con MBA (dígase siempre en inglés y por las siglas, “em bi ai”, que en castellano quiere decir maestro en administración de negocios). Cuando en Colombia había Ministerio de Salud,⁸ era común que el ministro de este

⁸ En el primer periodo presidencial de Álvaro Uribe Vélez (2002-2006), los Ministerios de Salud y de Trabajo fueron fusionados en el Ministerio de Protección Social. En el primer periodo de Juan Manuel Santos (2010-2014), se restableció el Ministerio de Salud y Protección Social. (Nota del editor.)

ramo fuera un médico. Un médico dedicado a la medicina; un médico empeñado en defender el bienestar de la gente, o, como lo definía Rudolph Virchow, “un abogado de los pobres”.

Como ahora los médicos han bajado muchos escalones en la escala del prestigio, ya ni siquiera hay Ministerio de Salud, y los ministros que administran nuestra terrible desprotección social suelen ser economistas. Si son médicos, para que les perdonen su profesión, tienen que estar especializados en gerencia de mercadeo, o en economía, o en administración de recursos humanos, o en las tres. Mejor dicho: tienen que hacer de la medicina un negocio.

Los médicos son locos que claman en el desierto. A los economistas se los escucha y reverencia como si fueran los brujos de la tribu. Sus intervenciones suelen empezar siempre con la misma frase, que es como el anuncio de que a continuación se expondrán algunos versículos del Evangelio: “Según los últimos hallazgos de la teoría económica...”, y en seguida el “pontífice” expone los dogmas inexpugnables del neoliberalismo: inversión extranjera, retorno bursátil, crecimiento económico, estabilidad financiera, estímulos tributarios... (párr. 1-3)

En cuanto al cliente final, se busca el modelo del ciudadano cliente - consumidor de servicios, que acude al mercado para sacarle el máximo jugo a su existencia procurándose un seguro de vida, un seguro privado de asistencia sanitaria, un régimen alimentario saludable, terapias eficaces, un buen plan de pensiones, sistemas de vigilancia privada o un máster con salidas laborales (Quintanas, 2013b). En concreto, se busca un turista global, con la capacidad de costearse servicios de salud por fuera del seguro que lo cubre en su país, o de pagar un seguro que le permita

buscar servicios en el extranjero, y que además pueda aprovechar su estancia médica para hacer turismo. Pero como la lógica es de inclusión/exclusión, también se genera el local, el “nadie”: aquel que desconoce el lenguaje técnico empresarial, que cada vez más ve la salud como un artículo de lujo y no un derecho; vulnerable socioeconómicamente y con menores oportunidades de atender sus necesidades básicas, las cuales no interesan o no son objeto de conocimiento para un industrial o empresario de la salud. Aquel que en nuestro contexto no puede acceder a los servicios básicos, por la congestión del servicio de urgencias, o porque no hay camas disponibles para atenderlo de acuerdo con su capacidad de pago o la reputación de su asegurador. Aquel que ni siquiera proyecta en sus sueños un hospital-hotel para atender sus necesidades en salud y pasar unas vacaciones.

Como la subjetividad empresarial difunde su discurso con la premisa de descubrir la ley natural del comportamiento humano y de la sociedad, se tiende a recibir las recomendaciones del experto como la mejor opción moral, y se hace de él el gobernante. Así lo demuestra Pacheco-Vega (2007) en referencia al paradigma de los clústeres, el cual se convirtió en una tendencia de moda que proviene realmente del gran —y en ocasiones desmedido— entusiasmo con que ha sido recibido el concepto. En un buen número de casos, los clústeres surgieron de la popularidad del concepto y de lo atractiva y prometedora que resulta la idea de fortalecer el desarrollo económico a través de la proximidad de las empresas, y no de una visión integral del desarrollo regional. No todas las regiones pueden —ni deben— tener clústeres; no existe la fórmula mágica de un desarrollo regional equilibrado y armónico.

Medellín movilizó toda su institucionalidad a partir de la visión de un tecnócrata experto, Michael Porter, líder en competitividad y principal promotor del concepto de *clúster*. Su empresa, Monitor Company, fue contratada para identificar la ventaja competitiva del país y de la ciudad, y

recomendó el trabajo en clústeres, recomendación que efectivamente se llevó a cabo. En consecuencia, se construyó el modelo de ciudad a partir del concepto del experto-gestor, sin conocimiento de lo local y sus problemas, y sin involucrar a la colectividad: es el experto quien, de forma paternalista, orienta políticamente la ciudad sin la participación de los ciudadanos, quienes no tienen —se supone— la capacidad para discernir la orientación que debe dársele a aquella. También es el experto (tecnócrata-empresario) quien orienta las políticas de la ciudad para hacer de la salud un sector productivo, siguiendo el modelo empresarial, sin tener en cuenta la realidad social y los problemas del contexto relacionados con la salud.

Sea que obren de forma altruista o egoísta, estas subjetividades desconocen la autonomía de los ciudadanos, excluidos de participar en el enfoque de desarrollo que se desea de la ciudad, de decidir sobre un asunto que les compete, como las políticas de salud y los retos del comercio internacional. De tal forma, se hace necesaria la reflexión bioética en estos contextos biopolíticos, para proponer una respuesta política que represente los intereses generales de la población y satisfaga sus necesidades básicas.

Bioética: por la conservación de unas condiciones de vida digna

Como señala Quintanas (2013a), “la bioética dominante se ha reducido a la ética biomédica o la ética de la biotecnología, y a menudo sus análisis no tienen en cuenta el sistema social, político y económico dentro del cual surgen los conflictos éticos”.

Este capítulo planteó el contexto biopolítico para representar un conjunto de circunstancias que se producen alrededor del dinero y tie-

nen implicaciones en lo político, lo económico y lo social, y finalmente en la persona y sus derechos, como parte del análisis del Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín y sus consecuencias para los derechos humanos, específicamente para la salud. También se buscó evidenciar, desde el lugar, conflictos éticos que son relevantes para la bioética. No puede perderse de vista que:

Según Foucault, Nietzsche nos habría enseñado que el cuerpo-vida del hombre es producto de una herencia múltiple, en la que los elementos biológicos no se pueden deslindar de la influencia histórica, social y cultural. Desde este punto de vista, nuestro cuerpo-vida sería la superficie de inscripción de los acontecimientos: nuestro cuerpo estaría todo él impreso de tinta histórica. (Quintanas, 2013a, párr. 10)

De acuerdo con lo anterior, puede resultar incluso cínico hablar de problemas éticos que afectan el gobierno de la vida partiendo de una categoría abstracta de sujeto que no contemple su realidad situada (Quintanas, 2013a), su contexto, el marco de las relaciones de poder dentro del cual se producen los conflictos bioéticos.

Si se olvida este trasfondo biopolítico de la bioética, se corre el riesgo de dejarse arrastrar por lo que algunos autores llaman “imperialismo ético” (Garrafa, Kottow y Saada, citados en Quintanas, 2013a), la imposición de patrones éticos de determinadas culturas, regiones geopolíticas o países a otras culturas, regiones o países. Esto tendría como consecuencia la reducción de las discusiones bioéticas a un problema técnico del que se ocupan expertos, a comités sin posibilidades de impacto en lo colectivo, ni implicaciones más allá del acta de la respectiva sesión, cuando el contexto no solo exige respuestas políticas y éticas, sino que genera conflictos relevantes para la vida y la salud; por lo tanto, debe ser abordado y cuestionado también desde la bioética.

Como destaca Pellegrino (citado en Quintanas, 2013a), al parecer hemos olvidado que, en sus orígenes, la bioética era más un movimiento que una disciplina, cuyo ámbito no se desvinculaba de lo social, lo económico, lo legal o lo cultural, por lo cual los conflictos éticos no quedaban desgajados de las coordenadas que rigen el sistema social, político y económico. No podremos construir “un puente hacia el futuro” si no somos capaces de dirigir el enorme poder inherente al conocimiento científico y tecnológico hacia lo que Potter llamó *bien social* (Quintanas, 2013b). En consecuencia, debemos tener presente que los problemas éticos alrededor del *bios* están íntimamente asociados con factores de signo político o económico. Así lo advierte Quintanas (2013a) al considerar que la naturaleza en general (incluyendo la naturaleza humana) es una realidad que puede ser transformada, patentada, privatizada y mercantilizada, lo que no solo nos sitúa ante un problema ético, sino ante un debate claramente político: “No existen ideas políticas sin espacio al cual sean referibles, ni espacios o principios espaciales a los que no correspondan ideas políticas” (Smith, citado en Cavalletti, 2010, p. 7).

En América Latina, las circunstancias políticas y económicas están signadas por una creciente y dramática inequidad, en medio de un dinamismo económico que precisamente parece reforzar los nichos de pobreza y marginación (Castro, 2010, p. 64). Esta situación y la prevalencia de sistemas de salud fragmentados, ineficientes y generalmente poco accesibles (Vidal, 2013) constituyen realidades que la bioética debe enfrentar. También hay que tener en cuenta que cada vez más se cuestiona el valor político de las libertades ante el proceso cultural que privilegia lo privado, descompone el espacio público y reduce la ciudadanía en beneficio de un individualismo radicalizado (Castro, 2010, p. 65) que impacta lo colectivo, como establece Deleuze (1996): “La empresa instituye entre los individuos una rivalidad interminable a modo de sana competición, como una motivación excelente que contrapone unos individuos a otros y atraviesa a cada uno de ellos” (p. 250).

De tal manera, “resulta comprensible que estos intentos por pensar la bioética desde su trasfondo biopolítico tengan protagonismo en los ‘bordes del mundo’ donde, evidentemente, las cuestiones éticas (y bioéticas) difícilmente se pueden escindir de la cuestión de la justicia social” (Quintanas, 2013a). En estos contextos la bioética tiene un campo de actuación más rico, por decirlo de alguna manera, donde se debaten problemas relacionados principalmente con la justicia social ante las grandes desigualdades que atraviesan todos los conflictos éticos de la vida y la salud humanas, determinados en parte por el lugar que ocupamos en la política internacional (Flor do Nascimento y Garrafa, 2010; Vidal, 2013). Si se reclaman con mayor énfasis los derechos económicos, sociales y culturales, es porque en América Latina el porcentaje de población en la pobreza, la indigencia y la exclusión es mayoría (Tealdi, 2005). Así, los derechos humanos deben convertirse en una estrategia importante para considerar una ética en permanente cambio y transformación, particularmente en aquellos lugares donde las desigualdades, exclusiones e injusticias históricas acumuladas y presentes son tan notorias (Novoa, 2014).

Según Vidal (2013), esta mirada regional debería apostar por una bioética social dirigida a transformar las realidades. Como afirma Castoriadis (citado en Quintanas, 2013a), la bioética debería sentirse interpelada por las profundas desigualdades sociales que provocan que la mayoría de la población no tenga acceso siquiera a los servicios sanitarios más elementales. El contexto biopolítico y sus consecuencias piden una bioética relevante, correspondiente a su realidad. Habrá que modificar o al menos complementar vigorosamente las áreas de preocupación fundamentales en una ética de la vida que pretenda ganar pertinencia en sociedades menos desarrolladas y que permanecen marginadas de la corriente academicista de la bioética actual, predominantemente anglohablante y neoliberal (Kottow, 2010). Se requiere una bioética que se enfrente a las prácticas de exclusión, que impulse el reconocimiento

de los marginados, desposeídos y desapoderados (Kottow, 2010) y que se convierta en reflexión y resistencia política frente a las estrategias y prácticas que ponen en juego la libertad y la dignidad expresadas en las condiciones de vida de las personas.

Como señala Quintanas (2013b), sería interesante conectar los problemas éticos generados alrededor de la vida con las relaciones de poder dentro de las cuales estos suelen plantearse, porque los conflictos éticos no surgen al margen de las relaciones de poder que subyacen la sociedad y porque en esas relaciones, el *bios* también ha entrado al mercado global. En consecuencia, existen razones para defender un diálogo entre bioética y biopolítica, que debe impulsar a la bioética a enfrentarse a la cuestión social dentro del entramado de desigualdades lacerantes que preside la globalización (Quintanas, 2013a). Es apropiado incorporar a las discusiones bioéticas el concepto de *biopolítica*, relacionado directamente con la calidad de vida y la supervivencia de las personas. En el antagonismo con la biopolítica, la bioética tiene la misión de proteger al *bios* de ser tratado como mera *zoé* (nuda vida, vida reducida a lo biológico), conservar cierta humanidad y argumentar en oposición a las perspectivas biopolíticas que operan en forma excluyente de los valores de libertad (Kottow, 2005).

Es necesario comprender los discursos, dispositivos y estrategias que utiliza el poder para someter la vida a los intereses económicos rentistas. Corresponde a la bioética, desde los contextos particulares, dar respuestas a los problemas reales que afectan la vida y la salud, y que en nuestro escenario no se limitan al campo clínico, sino que tocan la esfera política y pública, de la cual “también forman parte (...) las cuestiones relacionadas al mercado, a las empresas y la industria, a la economía y la política y, finalmente, a los medios de producción y reproducción social” (Vidal, 2013, p. 60). De tal manera, toda decisión ética exige un correlato político, todo juicio bioético exige decisiones y acciones políticas, puesto

que estas solo tienen sentido para el bien de la comunidad si son empujadas y alentadas por exigencias éticas (Pfeiffer, 2011): “No podemos esperar la llegada de una solución técnica. Nuestro mundo necesita ser pensado en términos políticos” (Acosta, 2013, p. 20).

Ante la instrumentalización de la vida para fines económicos y políticos mediante su conversión en objeto de producción, la bioética no puede distanciarse de los problemas del mundo de la vida que realmente preocupan a los ciudadanos. Habida cuenta de que poderosas fuerzas como la globalización, la hegemonía del mercado y la debilitación del Estado llevan a grandes sectores poblacionales a vivir en condiciones de inseguridad, incertidumbre, desprotección y exclusión, se requiere desarrollar una postura propia frente a los males sociales que aquejan a nuestra ciudadanía y producen profundas inequidades sanitarias que son causa y consecuencia de esos desmedros y desempoderamientos. Y también se requiere reforzar un lenguaje propio frente a nuestra realidad (Kottow, 2005).

Como señala Hottois (2013, p. 203), la crisis de la economía política de la salud, en parte suscitada por la investigación y el desarrollo tecnocientíficos, no puede ser resuelta únicamente con medidas técnicas; exige también respuestas éticas con potencial emancipatorio, que limiten la mundialización económica a la satisfacción de las necesidades de la humanidad. Y tales respuestas pueden provenir de la bioética. La deliberación en esta materia debe representar alternativas que subordinen los criterios monetarios a la protección y la cualificación de la vida y generen reflexiones macrosociales, porque no solo está en juego la vida individual, sino también la colectiva. En ese sentido, la deliberación bioética debe cuestionar y controlar el desbordado poder económico y su racionalidad instrumental, que impulsan políticas excluyentes; exigir una economía que responda a las condiciones de vida de las personas y oponerse a la instrumentalización de la vida a los intereses rentistas.

En concreto, la bioética aporta mayores criterios valorativos a los derechos humanos, particularmente a la salud, con lo que refuerza su rol como límite y resistencia a la biopolítica neoliberal; y especialmente, como advierte Tealdi (2005), contribuye “a profundizar sus contenidos en un ámbito de acción particularizado” (p. 8). Desde una perspectiva axiológica, esto involucra la consolidación de un verdadero Estado democrático, en la medida en que incentiva la discusión desde las realidades locales, incluyendo a los sectores directamente afectados, y promueve la deliberación sobre asuntos públicos fundamentales, como las políticas de salud y la valoración que queremos darle a esta. Como señala Morin (2011, p. 182), hacen falta políticas de civilización que apunten a la humanización de las ciudades, la regeneración de las solidaridades y la disminución de las desigualdades —entre ellas, las concernientes al acceso a la asistencia sanitaria—; se requieren reformas de la vida, del consumo y de la alimentación, así como el desarrollo continuo de los sistemas preventivos y el mejoramiento de la calidad de vida.

Así, la bioética reafirma su desarrollo desde y para el ser humano, no desde y para la producción de objetos, teniendo en cuenta que el crecimiento económico no puede situarse sobre la garantía de unas condiciones mínimas de calidad de vida para la población. Como establece Vidal (2013), “satisfacer necesidades humanas no es una cuestión de brindar bienes, generalmente materiales, a los individuos, sino brindarles lo que necesitan para desarrollar la capacidad que les permita obtener esos bienes por sus propios medios” (p. 67). En otros términos, la justicia social es un imperativo que implica una garantía en el sentido de que las políticas no pueden desmejorar las condiciones de vida de la población presente y futura, ni perpetuar o agudizar prácticas de exclusión; por el contrario, deben garantizar condiciones equitativas a los derechos humanos, así como satisfacer unas condiciones materiales mínimas de existencia. La redistribución moderna, como señala Piketty (2014, pp.

528-529), no consiste en transferir las riquezas de los ricos a los pobres, sino en establecer una lógica de derechos y un principio de igualdad de acceso a los bienes considerados fundamentales, como la salud.

En consecuencia, frente a las estrategias y prácticas relacionadas con la salud, la bioética debe argumentar a favor de su consideración como derecho humano, necesidad básica insatisfecha y servicio público esencial, y exigir mínimos de justicia y criterios distributivos que potencien la autonomía de las personas. Debe otorgar herramientas para crear resistencias o reforzar las actuales y defender la vida como plenitud de lo posible (Foucault, 1998), que exige unas necesidades fundamentales para expresarse como tal, en oposición a la mera sobrevivencia. Para ello, debe promover la política desde los lugares donde se debate la vida misma en su cultura y diversidad —esto es, en lo local—, para seguir denunciando, resistiendo y proponiendo argumentos en contra de la exclusión, la marginalidad y la dependencia, y a favor de la conservación de la vida y su cualificación, la autonomía y la justicia social.

CONCLUSIONES

- El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín aborda la salud como elemento de la productividad y la competitividad de la ciudad, bajo el modelo de los clústeres competitivos, sin tener en cuenta el contexto local. Esto agudiza la consideración de la salud como negocio y objeto de renta a partir del cual se espera obtener lucro, e ignora la crisis estructural del sector. Se identifica una estimación de la competencia como valor central de la estrategia, sobre otros valores relevantes para las decisiones en torno a la salud, como la cooperación, la solidaridad y la equidad, lo cual repercute en la búsqueda del interés individual por encima de los intereses colectivos. De esta forma se instrumentaliza la salud para alcanzar fines rentistas, equiparándose a cualquier bien

u objeto que puede adquirirse en el mercado. No se persigue la salud como fin en sí mismo, derecho humano y necesidad básica, esto es, no se busca impactar las condiciones de vida de los ciudadanos. Así, se degrada la estimación política que se le ha dado a la salud en Colombia y se agudiza la crisis del sector, que sigue sin tener una respuesta interinstitucional.

- Con el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología, Medellín le apuesta a un desarrollo exclusivamente económico, no humano e integral, centrado en la búsqueda de productividad y eficiencia y en la consecución de recursos en el mercado internacional, con el liderazgo de los sectores industriales de la ciudad. Pero la estrategia no integra lo local en el ámbito ético-social, referente a la atención de las necesidades y problemas básicos de la población, por lo cual carece de legitimidad política y democrática.
- Como el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se enfoca en lo económico, la ética no es uno de los aspectos priorizados. Prevalece la visión de los comités de bioética como equivalentes a los comités de ética hospitalarios que debe tener cada institución como requisito de habilitación. Pero evidentemente la bioética tiene un campo más allá de la perspectiva biomédica, y en esa medida sería pertinente que la estrategia clúster de salud contara con un comité de ética como organismo deliberativo y consultivo que asegure los lineamientos éticos y una visión más amplia de los criterios axiológicos y sociales, máxime cuando se han presentado dilemas axiológicos respecto a la orientación de la estrategia. Este comité podría además cumplir funciones de asesoría a las instituciones en los temas relacionados con conflictos éticos, tanto en la prestación de los servicios como en las propuestas de investigación en las que participen seres humanos, habida cuenta de que el Consejo Nacional de Bioética no tiene operatividad actualmente y no existe una instancia similar en el ámbito regional.

- En contextos como este, la bioética tiene grandes desafíos; entre ellos, promover cambios paradigmáticos dirigidos a una conceptualización política de la salud y consolidar la valoración de esta como derecho humano, necesidad básica y servicio público esencial, para que no sea un proyecto meramente declarativo sin impacto en las decisiones políticas. Desde la bioética, en reflexión constante por la vida, deben ponerse en discusión aquellos valores que afectan las condiciones de vida cuando los criterios rentistas se imponen sobre los éticos, y los intereses personales sobre los colectivos.
- Como derecho humano y condición y componente fundamental de la vida humana, la salud no puede ser abordada como objeto de mercado. El modelo político del Estado social implica un compromiso con la justicia social, especialmente en lo relativo a los derechos que se expresan como condiciones materiales para una vida de calidad. Por lo tanto, una política de salud, bajo cualquier denominación o conceptualización, necesariamente debe buscar una justa distribución de los recursos sanitarios y ser evaluada por sus logros en salud, en función de las personas, y no de su aporte al crecimiento económico. Una práctica de salud centrada en la obtención de renta deja de lado la reflexión sobre la desigualdad, pero perpetúa y agudiza las consecuencias de esta, con efectos en la morbilidad y mortalidad de los ciudadanos.
- Por su vinculación a las políticas públicas de la ciudad, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín debe tener un enfoque integral que complemente y subordine su consideración como renglón de las cadenas productivas y sector promotor de riqueza y desarrollo biomédico, a su consideración política como derecho humano, necesidad básica y servicio público esencial. Esto exige una reflexión sobre cómo se vive en la ciudad, más allá de la imagen que de ella se quiera proyectar. Además de preocuparse

por las competencias institucionales, el trabajo en red, la acreditación internacional, la gestión jurídica de pacientes, la transferencia de conocimientos, la asistencia a congresos internacionales y el desarrollo tecnológico, la estrategia debe trabajar para garantizar unas condiciones materiales mínimas en la atención en salud, con las que hoy no cuenta la ciudad.

- El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín debe tener unas exigencias de redistribución concretas en términos de salud, no solo en la lógica competitiva, lo cual requiere incluir criterios que impacten concretamente la vida de los ciudadanos. En materia de impuestos, la ciudad debería apuntar a la progresividad y revisar su consagración regresiva, en aras de transformar las desigualdades. Un criterio concreto que apunte a darle contenido material a lo abstracto del crecimiento económico o a la especulación con la ciudad podría ser que por cada determinado número de pacientes internacionales atendidos (tres o cinco, por ejemplo) se le brinde atención a un paciente local de la población vulnerable que necesite acceder a esos servicios. Esto impactaría el ámbito local y las condiciones de vida de los ciudadanos.
- En el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín se evidencia la primacía de los valores mercantiles y su impacto en la vida social y humana; esta estrategia refleja el gobierno biopolítico neoliberal de la vida a través del mercado y para el mercado, en el que la gubernamentalidad es constructo de las empresas más que del Estado. El protagonismo del sector privado sobre la sociedad civil, con miras a construir un mercado que garantice la rentabilidad del sector salud, hace de esta un lucrativo negocio. Por su parte, el Gobierno renuncia a la responsabilidad de dirigir el desarrollo de la ciudad de manera equilibrada, democrática y justa. Bajo este tipo de administración, tanto la vida como la salud adquieren

un precio, se vuelven medibles e intercambiables; convertida la salud en factor para la productividad y la competitividad, la ciudad entra a la lógica mercantil del turismo médico y al comercio global de los servicios sanitarios.

- En un contexto neoliberal, se procura que la ciudad y sus instituciones asuman la lógica competitiva del mercado a través de una gestión urbana empresarial, para la cual resulta provechoso que los riesgos y responsabilidades financieros de incursionar en el mercado internacional sean asumidos por el sector público y no por el privado, que participa de las ganancias, mas no de los riesgos. En términos de producción de conocimiento, el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín también se enmarca en la lógica biopolítica neoliberal, apostándole a la atención especializada y a la investigación en las áreas que puedan generar propiedad intelectual o rendimientos económicos.
- En esta forma de gobierno se concretan también lógicas de inclusión/exclusión en razón a la lógica “mercado - precio - capacidad de pago”, con lo cual en la ciudad coexisten las funciones más valorizadas con las más degradadas, los grupos sociales productores de información y detentadores de riqueza con los grupos sociales excluidos y las personas en condición de marginación. Esto se percibe en el hospital como lugar que acoge a quienes tienen capacidad de pago o de endeudamiento –la minoría de la población– y genera barreras de acceso para aquellos que tienen el derecho, mas no los recursos. De tal manera, el *bios* se amplía de acuerdo con lo que el dinero puede comprar para cualificarlo: el gobierno mercantilizado de la vida rechaza hacia la muerte a aquellos locales que no tengan la capacidad económica de costear los servicios (ortopedia, cirugía bariátrica, tratamientos de fertilidad, por ejemplo). Esta gubernamentalidad expresa subjetividades en torno a la lógica empresarial y de

inclusión/exclusión, tales como médico-empresario, gobernante - tecnócrata empresarial o ciudadano - cliente - consumidor. Quedan por fuera los “nadies”, a quienes no va dirigida la comercialización de los servicios de salud por su incapacidad monetaria para acceder a ese mercado.

- El contexto biopolítico donde se desenvuelve la bioética implica tener presente que los problemas éticos están íntimamente asociados a problemas de signo político y económico, algunos especialmente relevantes en nuestro ámbito, tales como la inequidad, la ineficacia de los derechos humanos, la marginalidad y exclusión sociales, la fragmentación en los servicios de salud y las dificultades de acceso a ellos. Ante estas realidades que interpelan a la bioética y la sitúan en lo político, ella debe propender a la práctica reflexiva, al cuestionamiento constante y a la resistencia política para la denuncia, protección y conservación de unas condiciones de existencia dignas para todos. La bioética no puede ser indiferente: debe abrir alternativas con potencial emancipatorio, debatiendo a favor de los derechos humanos y en contra de la discriminación, manteniendo la reflexión constante en torno a las posibilidades del desarrollo y sus consecuencias en la vida y la salud, tanto individual como colectiva. En este campo, la bioética apuesta por una política justa, que contrarreste la consideración de los seres humanos como mero objeto de mercado, velando por criterios distributivos que se concreten en unas mejores condiciones de vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín:
categorías analíticas38

Figura 2
Fortalezas y debilidades de Medellín
para la consolidación de un clúster de salud58

Figura 3
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín:
antecedentes y origen.....62

Figura 4
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: estado actual.....66

Figura 5
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín:
valores orientadores68

Figura 6
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín:
actores y financiación71

Figura 7
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín:
pertinencia de los comités de ética94

Figura 8
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín:
nociones de *justicia social*.....110

<i>Figura 9</i>	
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín y justicia social	114
<i>Figura 10</i>	
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: relación con el sector público	120
<i>Figura 11</i>	
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: compromisos con el sector público.....	122
<i>Figura 12</i>	
Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín: beneficios para la ciudad	128

ÍNDICE ONOMÁSTICO

- Acurio Páez, David 142, 162
Ahumada Beltrán, María Consuelo 21-22
Arendt, Hannah 31, 157
Bauman, Zygmunt 161, 163
Borja, Jordi 24, 79, 85, 139-140, 156, 160
Castells, Manuel 24, 79, 85, 139-140, 156, 160
Castro Orellana, Rodrigo 153, 156, 157, 161, 165, 171
Escobar Triana, Jaime 90, 92, 93, 96, 97, 98-99, 136, 143, 146, 147, 148, 150
Flores Sandí, Gretchen 105, 106, 133
Foucault, Michel 30, 151, 152, 153, 170
Fumagalli, Andrea 153, 154, 158, 159
Galvis Sánchez, Cristian 23, 97, 99, 100-101
Garzón Díaz, Karin 133, 138
Hardt, Michael 153, 154, 157, 158, 162, 165
Harvey, David 23, 25-26, 42, 130, 155, 156, 161
Hernández, Mario 97, 154
Hernández Castilla, Reyes 96, 97, 98
Hernández-Álvarez, Mario 23, 98, 99, 141
Hottois, Gilbert 17, 28, 146, 148, 149, 153, 174
Kottow, Miguel 172, 173, 174
Llambías Wolff, Jaime 31-32, 143, 146, 148, 149, 158, 159, 160, 162
Max-Neef, Manfred 87, 103
Mogollón Pérez, Amparo 133, 138
Morin, Edgar 159, 175
Murillo Torrecilla, Francisco Javier 96, 97, 98
Negri, Antonio 153, 154, 157, 158, 162, 165

Nussbaum, Martha 21, 100, 104, 105, 132, 134
Osmont, Annik 17, 24, 25, 29, 79, 85
Pacheco-Vega, Raúl 86, 87, 88, 89, 139, 145, 168
Piketty, Thomas 125, 130, 137, 139, 140, 175-176
Porter, Michael 43, 46, 57, 62, 87, 168
Quintanas Feixas, Anna 152, 167, 169, 170, 171, 172, 173
Sandel, Michael 15, 26, 27, 28, 77, 78, 93, 96, 107, 141, 152
Sen, Amartya 21, 23-24, 26, 78, 93, 96, 98, 99, 102, 104, 141
Tello, Mario Delfín 86, 87
Vidal, Susana 171, 172, 173, 175

ÍNDICE ANALÍTICO

- alianza público-privada 20, 25-26, 32, 44, 54, 86, 87, 113, 139, 155
- bioética
 - y condiciones de vida digna 169-176
 - y reflexión sobre lo público 30-32
- biopolítica y gubernamentalidad neoliberal 151-160
- ciudad neoliberal 24-25
- Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín
 - actores y financiación 70-71
 - antecedentes y origen 51-53, 57, 60, 62-63
 - beneficios para Medellín 119, 124, 126-127
 - contexto biopolítico 151-176
 - criterio de distribución 132-143
 - desarrollo de la estrategia 85-89
 - estado actual 60-61, 64-65, 66-67
 - fortalezas y debilidades de Medellín 53-55, 58-59, 79-85
 - innovación tecnológica 143-150
 - necesidad o pertinencia de los comités de ética 72-73, 90-94
 - relaciones y compromisos con el sector público 113, 116-118, 120-123
 - valores orientadores 65, 68-69, 73-79
 - y justicia social 107-115, 125, 128-132
 - y subjetividades 165-169
- clústeres de salud
 - en Colombia 46-51
 - en el mundo 44-45
 - y ética 26-32
- comités de ética 72-73, 90-94, 178

competencia 17, 23, 24, 42, 46, 65, 73, 74, 76, 77, 79, 81, 87, 88, 106, 112, 135, 154, 156, 165, 177

competitividad 17, 18, 26, 27, 28, 29, 45, 46-47, 50, 52, 57, 65, 70, 75, 77, 78, 79, 89, 93, 106, 111, 119, 125, 128, 135, 143, 144, 154, 155, 156, 160, 168, 177, 181

globalización 15-16, 19, 24, 30, 31, 42, 57, 79, 138, 143, 150, 161, 173, 174

goteo del crecimiento económico 23, 130, 132-135, 141

inclusión/exclusión 160-164, 168, 181, 182

innovación 20, 23, 26, 28, 44, 46, 47, 52, 54, 91, 92, 112, 113, 116, 117, 119, 124, 143-150, 155, 160, 166

justicia sanitaria 23, 99, 112, 128, 129, 133

justicia social

- en el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín 107-115, 125, 128-132
- y salud 23-24, 95-107

metodología 33-39

productividad 23, 26, 27, 28, 29, 46, 48, 57, 75, 78, 81, 85, 88, 89, 90, 93, 106, 125, 128, 130, 132, 140, 143, 148, 154, 158, 160, 177, 178, 181

público/privado 25-26

salud

- como derecho humano y social 19, 21, 23, 27, 29, 30, 79, 100-102, 103, 104, 106, 125, 128, 132, 138, 142, 149, 176, 178, 179
- como necesidad básica insatisfecha 19, 21, 24, 27, 29, 30, 79, 103-107, 125, 128, 132, 138, 142, 147, 149, 176, 178, 179, 180
- como servicio público esencial 19, 21, 24, 27, 30, 75, 78, 79, 100, 101, 102-103, 106, 128, 142, 176, 179, 180
- y justicia social 23-24, 95-107
- y modelo neoliberal 21-23, 41-45

subjetividades 165-169

turismo médico o de salud 43-45, 47, 48, 50, 113, 116, 119, 154, 181

REFERENCIAS

- Abad Faciolince, H. (5 de agosto, 2006). Hay otras teorías. *Semana*, Opinión. Recuperado de <http://www.semana.com/opinion/articulo/hay-otras-teorias/80304-3>
- Acosta, A. (2013). *El buen vivir. Sumak Kawsay, una oportunidad para imaginar otros mundos*. Barcelona: Icaria.
- Acuerdo 0326 de 2012, Alcaldía de Santiago de Cali: Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2012-2015, “CaliDA: una ciudad para todos”. Recuperado de http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/44418/plan_desarrollo_municipal_2012_2015/
- Acuerdo 119 de 2004, Concejo de Bogotá: Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá 2004-2008, “Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”. *Registro Distrital* N.º 3111, 3 de junio de 2004. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13607>
- Acuerdo 645 de 2016, Concejo de Bogotá: Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá 2016-2020, “Bogotá mejor para todos”. *Registro Distrital* N.º 5850, 9 de junio de 2016. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=66271>
- Acuerdo 011 de 2016, Distrito Especial de Barranquilla: Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo 2016-2019, “Barranquilla capital de vida”. Recuperado de <https://www.barranquilla.gov.co/documento/plan-desarrollo-2016-2019/?version=1.1>

- Acuerdo Municipal 16 de 2008, Concejo de Medellín: Plan de Desarrollo 2008-2011, “Medellín es solidaria y competitiva”. *Gaceta Oficial* N.º 3261, 16 de junio de 2008. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Publicaciones/Documentos/Gaceta%20Oficial%20Plan%20de%20Desarrollo.pdf>
- Acuerdo Municipal 87 de 2009, Concejo de Medellín: Por medio del cual se institucionaliza el programa “Medellín: Ciudad Clúster”. *Gaceta Oficial* N.º 3596, 31 de diciembre de 2009. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0087_2009.htm
- Acuerdo Municipal 67 de 2010, Concejo de Medellín: Por medio del cual se conceden beneficios tributarios a las empresas de la cadena productiva de los clúster en el Municipio de Medellín para los impuestos de Industria y Comercio y Predial. *Gaceta Oficial* N.º 3779, 29 de diciembre de 2010. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0067_2010.htm
- Acuerdo Municipal 64 de 2012, Concejo de Medellín: Por medio del cual se expide la normativa sustantiva aplicable a los ingresos tributarios en el Municipio de Medellín. *Gaceta Oficial* N.º 4122, 17 de diciembre de 2012. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0064_2012.htm
- Acurio, D. (2011). La salud: bien público concebido en lo “glocal”. En E. Granda (Ed.), *La salud y la vida* (vol. 3, pp. 129-137). Quito: Ministerio de Salud – OPS/OMS.
- Ahumada, C. (1996). *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. Bogotá: El Áncora.
- Ahumada, C. (septiembre, 2002). La ideología neoliberal: Una justificación teórica del predominio de los poderosos. *Papel Político*, 14, 37-58. Recuperado de https://www.academia.edu/7067443/LA_IDEOLOGIA_NEOLIBERAL_UNA_JUSTIFICACION_TEORICA_DEL_PREDOMINIO_DE_LOS_PODEROSOS

- Albuquerque, F. (2006). *Clusters, territorio y desarrollo empresarial: Diferentes modelos de organización productiva*. Actas del Cuarto Taller de la Red de Proyectos de Integración Productiva Fondo Multilateral de Inversiones (MIF/FOMIN). Banco Interamericano de Desarrollo, San José, Costa Rica. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/14444/clusters-territorio-y-desarrollo-em-presarial-diferentes-modelos-de-organizacion>
- Alcaldía de Barranquilla (2012a). Plan de Desarrollo 2012-2015: “Barranquilla florece para todos”. Recuperado de http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/barranquilla%20plan%20de%20desarrollo%202012_2015.pdf
- Alcaldía de Barranquilla (2012b). Plan de Salud Territorial 2012-2015: “Barranquilla saludable” [presentación]. Recuperado de http://web2018.barranquilla.gov.co/salud/index.php/informes/doc_download/88-plan-territorial-de-salud-2012--2015
- Alcaldía de Medellín (2004). Plan de Desarrollo 2004-2007: “Medellín, compromiso de toda la ciudadanía”. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_0_0/Shared%20Content/pdf%20codigo%20buen%20comienzo/Texto%20Completo%20Acuerdo%20Plan.pdf
- Alcaldía de Medellín (2008). Anexo de presupuesto de inversión por resultados 2009. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Instrumentos%20de%20Seguimiento_0_/Documentos/2008-2011/Presupuesto%20por%20resultados/Anexo%20Presupuesto%20por%20Resultados%202009.pdf
- Alcaldía de Medellín (2012a). Plan de Desarrollo 2012-2015: “Medellín, un hogar para la vida”. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano>

- no/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Publicaciones/Documentos/PlaDesarrollo2012-2015/Plan%20de%20Desarrollo_baja.pdf
- Alcaldía de Medellín (enero-junio, 2012b). Plan de Salud Municipal 2012-2015: “Medellín, ciudad saludable”. *Salud Pública de Medellín*, 5(1). Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20volumen%206,%20No%201/Revista%20Salud%20P%C3%BAblica%202011.pdf>
- Alcaldía de Medellín (2013). Formulación de plan de acción 2013. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Instrumentos%20de%20Seguimiento_0_/Documentos/2012-2015/Plan%20de%20Accion%202012/Plan%20de%20Accion%202013.pdf
- Alcaldía de Medellín (2016). Proyecto de Acuerdo Plan de Desarrollo 2016-2019: “Medellín cuenta con vos”. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2016/Proyecto%20de%20Acuerdo%20Plan%20de%20Desarrollo.pdf
- Alcaldía de Medellín (2018). *Análisis del Sector Económico – Convenio de Asociación (formato FO-ADQUI-Análisis del Sector Económico, Cod. FO-AFQUI-128, v2)*. Recuperado de <https://community.secop.gov.co/Public/Archive/RetrieveFile/Index?DocumentId=19613516>
- Alcaldía de Medellín (s. f.). *Medellín: Ciudad Clúster*. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/negocios?NavigationTarget=navurl://29a7ab1d86a66e93ef13e61b6fd80d56>
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2008a). Convenio de Asociación N.º 4600007900 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de Medellín. Medellín: DAP.

- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2008b).
Convenio de Asociación N.º 4600010874 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de Medellín. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2009a).
Convenio de Asociación N.º 4600017581 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de Medellín. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2009b).
Convenio de Asociación N.º 4600020174 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de Medellín. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2012).
Convenio de Asociación N.º 4600041628 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de Medellín. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2014).
Convenio de Asociación N.º 4600053379 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de Medellín. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2015).
Convenio de Asociación N.º 4600059253 entre el Municipio de Medellín y la Cámara de Comercio de *Medellín*. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2016).
Convenio de Asociación N.º 4600064796. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2017).
Convenio de Asociación N.º 4600070630. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2017b).
Convenio de Asociación N.º 4600070099. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación (2018).
Convenio de Asociación N.º 4600075029. Medellín: DAP.
- Alcaldía de Santiago de Cali (2016). Plan de Desarrollo 2016-2019: “Cali progresa contigo”. Recuperado de <http://www.cali.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=23688>

- Alemán, J. (14 de marzo, 2013). Neoliberalismo y subjetividad. *Página12*, Contratapa. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/contratapa/13-215793-2013-03-14.html>
- Álvarez, V. A. (28 de febrero, 2017). Crisis financiera dejó a Metrosalud sin medicamentos para usuarios. *El Colombiano*. Recuperado de <http://www.elcolombiano.com/antioquia/en-metrosalud-no-hay-suficientes-medicamentos-por-falta-de-pago-a-proveedores-NY6045395>
- Amézquita, J. C. y Puig, F. (octubre, 2013). Clúster y emprendimiento: Evidencia en el sector salud colombiano. En Universidad de Valencia (Presidencia), *Encuentro Internacional XIV Red Motiva*, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Ansa Eceiza, M. M. (2005). Economía y justicia social: Cuatro tradiciones éticas. *Información Comercial Española, ICE: Revista de Economía*, 823, 199-216. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1292675>
- Arendt, H. (2005). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- Arias, M. y Álvarez, V. (7 de abril, 2016). Crisis de la salud en Colombia. *El Colombiano*, Salud. Recuperado de <http://www.elcolombiano.com/colombia/crisis-de-la-salud-en-colombia-EE3897868>
- Bauman, Z. (2011). *Daños colaterales: Desigualdades sociales en la era global*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (2008). *Qué es la globalización*. Buenos Aires: Paidós.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Birdsall, N. y De la Torre, A. (2001). *El disenso de Washington: Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica*. Washington, D. C.: Fondo Carnegie para la Paz Internacional y el Diálogo Interamericano.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Borja, J. y Castells, M. (1997). *Local y global: La gestión de las ciudades en la era de la información*. Madrid: Santillana.

- Borrero, Y. (2011). Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: Un debate pendiente. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 299-307. Recuperado de http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3542/Derecho_salud_justicia_sanitaria.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Botero, F. (1996). *Medellín 1890-1950: Historia urbana y juegos de intereses*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Braidotti, R. (2009). *Transposiciones: Sobre la ética nómada*. Barcelona: Gedisa.
- Brenner, N. y Theodore, N. (2002). Cities and the Geographies of “Actually Existing Neoliberalism”. *Antipode*, 34(3), 349-379. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8330.00246>
- Briones, G. (2003). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales* (4.^a ed.). México, D. F.: Trillas.
- Cámara de Comercio de Barranquilla (diciembre, 2014). Clúster de Salud de Barranquilla y el departamento del Atlántico. *El Hospital*, Temas. Recuperado de <http://www.elhospital.com/temas/Cluster-de-Salud-de-Barranquilla-y-el-departamento-del-Atlantico+100587>
- Cámara de Comercio de Bogotá (s. f.). *Eventos y capacitaciones: Eventos clúster* [página web]. Recuperado de <http://www.ccb.org.co/Eventos-y-capacitaciones/Nuestros-eventos/Eventos-Clúster/2016/Medesalud-2016> (página deshabilitada)
- Cámara de Comercio de Cali (agosto, 2012). Salud: Potencialidades que proyectan a una región. *Revista Acción*, 145, 4-6. Recuperado de <http://www.ccc.org.co/articulos-revista-accion/ediciones/145/11256/version-impresion-ediccion-no-145.html>
- Cámara de Comercio de Cali (abril, 2014). Iniciativas clúster para el Valle del Cauca. *Revista Acción*, 163, 18-19. Recuperado de <http://www.ccc.org.co/revista-accion-ccc/19643/version-impresion-ediccion-no-163.html>

- Cámara de Comercio de Cúcuta (s. f.). *Mi Destino Salud: Información del clúster* [página web]. Recuperado de <http://midestinosalud.com/informacion-general/informacion-del-cluster.html> (página deshabilitada)
- Cámara de Comercio de Medellín (2006). *Documento Comunidad Clúster N.º 1: Clúster; una estrategia para crear ventaja competitiva*. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín. Recuperado de <https://www.camaramedellin.com.co/Portals/0/Biblioteca/Publicaciones-cluster/cluster-estrategia-para-ventaja-competitiva-interna.pdf?ver=2018-11-20-103122-613>
- Cámara de Comercio de Medellín (2009). *Documento Comunidad Clúster N.º 5: Avances de la estrategia clúster en Medellín y Antioquia*. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín.
- Cámara de Comercio de Medellín (2013). *Documento Comunidad Clúster N.º 8: Diseño e implementación de un modelo clúster para la atención de pacientes internacionales en la ciudad de Medellín. Expectativas y prospectivas*. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín.
- Cámara de Comercio de Medellín (s. f.). *Contexto del Proyecto Medellín: Ciudad Clúster* [página web]. Recuperado de http://www.camaramed.org.co/mcc_resultados/pdf/Contexto_esp.pdf (página deshabilitada)
- Castro, R. (2009). La ciudad apestada: Neoliberalismo y postpanóptico. *Revista de Ciencia Política*, 29(1), 165-183. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2009000100009
- Castro, R. (2010). *Neoliberalismo y gobierno de la vida*. En S. Arribas, G. Cano y J. Ugarte (Coords.), *Hacer vivir, dejar morir: Biopolítica y capitalismo* (pp. 63-84). Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Cavalletti, A. (2010). *Mitología de la seguridad: La ciudad biopolítica*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Clúster de la Salud (2010). *Clúster de la Salud* [página web]. Recuperado de <http://www.clustersalud.es/index.php>

- Concha, M. (octubre, 2003). El compromiso por la justicia social: Una exigencia de la ética cívica y política. *Contaduría y Administración*, 211, 31-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39521105>
- Corporación Rutaⁿ (2010). *Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín: Entre todos construimos una ciudad innovadora*. Medellín: Universidad El Rosario – Tecnológico de Monterrey. Recuperado de https://www.rutanmedellin.org/images/programas/plan_cti/Documentos/Plan-de-CTi-de-Medellin.pdf
- Corredor, C. (2003). El problema del desarrollo. En V. M. Moncayo y D. I. Botero (Eds.), *La falacia neoliberal: Crítica y alternativas* (pp. 61-83). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Antropos.
- Corte Constitucional de Colombia (1992). Sentencia T-487/92: Libertad de locomoción, retención de pacientes deudores de hospitales. Alejandro Martínez Caballero (M. P.). Recuperado de http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=jurcol&document=jurcol_759920414d28f034e0430a010151f034
- Corte Constitucional de Colombia (1995). Sentencia C-450/95: Derecho de huelga. Antonio Barrera Carbonell (M. P.). Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/C-450-95.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (1996). Sentencia T-423/96: Derecho de huelga, no se garantiza en servicios públicos esenciales. Hernando Herrera Vergara (M. P.). Recuperado de http://legal.legis.com.co/document/index?obra=jurcol&document=jurcol_759920415a6ef034e0430a010151f034
- Corte Constitucional de Colombia (2002). Sentencia T-881/02: Principio de dignidad humana – Naturaleza. Eduardo Montealegre Lynett (M. P.). Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-881-02.htm>

- Corte Constitucional de Colombia (2003). Sentencia C-331/03: Seguridad social en salud. Porcentajes para contratar la prestación de servicios de los recursos del régimen subsidiado (...). Rodrigo Escobar Gil (M. P.). Recuperado de http://legal.legis.com.co/document/index?obra=jurcol&document=jurcol_75992041dfdaf034e-0430a010151f034
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia C-715/08: El derecho a la huelga. Se está a lo resuelto en la Sentencia C-691 de 2008. Mauricio González Cuervo (M. P.). Recuperado de http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=jurcol&document=jurcol_759920424daaf034e0430a010151f034
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia T-760/08: Acciones de tutela instauradas por Luz Mary Osorio Palacio contra Colpatria EPS (...). Manuel José Cepeda Espinosa (M. P.). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia (2011). Sentencia T-058/11: Derecho fundamental a la salud – Reiteración de jurisprudencia. Jorge Iván Palacio Palacio (M. P.). Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/T-058-11.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (2012). Sentencia C-122/12: Derecho a la huelga – Restricción solo en caso de los servicios públicos esenciales, cuya determinación corresponde de manera exclusiva al legislador. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub (M. P.). Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-122-12.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (2015). Sentencia T-121/15: Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud (...). Luis Guillermo Guerrero Pérez (M. P.). Recuperado de http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol_f417ae066d7d48d9ade4370b7ebfcbd6

- Curra-Lugo, V. de (2010). *Colección Bios y Oikos, N.º 9: Salud y neoliberalismo*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Deaton, A. (2015). *El gran escape: Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Decreto 2828 de 2006: Por el cual se organiza el Sistema Administrativo Nacional de Competitividad y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* N.º 46 368, 22 de agosto de 2006. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21074>.
- Decreto 1067 de 2013: Por medio del cual se reglamenta el capítulo ix del Acuerdo 064 de 2012, en materia del procedimiento para acceder a los beneficios tributarios a las empresas de la cadena productiva de los clúster en el Municipio de Medellín. *Gaceta Oficial* N.º 4169, 17 de junio de 2013. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/d_alcamed_1067_2013.htm
- Deleuze, G. (1996). *Conversaciones*. Valencia: Pre-Textos.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). *Handbook of Qualitative Research* (3.ª ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE (2010). Documento técnico de soporte POT [Acuerdo 46/2006]: Medellín y su población. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/POT/medellinPoblacion.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación, DNP (2010). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: “Prosperidad para todos”. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND-2010-2014/Paginas/Plan-Nacional-De-2010-2014.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación, DNP (2014). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: “Todos por un nuevo país”. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>

- Departamento Nacional de Planeación DNP y Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes (2006). *Documento Conpes 3439: Institucionalidad y principios rectores de política para la competitividad y productividad*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3439.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación DNP y Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes (2008). *Documento Conpes 3527: Política Nacional de Competitividad y Productividad*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3527.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación DNP y Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes (2009). *Documento Conpes 3582: Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación*. Recuperado de <https://www.colciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/conpes-3582-2009.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación DNP y Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes (2010). *Documento Conpes 3678: Política de Transformación Productiva: Un Modelo de Desarrollo Sectorial para Colombia*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/CONPES/Econ%C3%B3micos/3678.pdf>
- Deuda de EPS a hospitales ya afecta atención en Medellín (15 de julio, 2015). *El Tiempo*, Medellín. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/deuda-de-eps-a-hospitales-ya-afecta-atencion-en-medellin/16101618>
- Dobb, M. (1971). *Economía del bienestar y economía del socialismo*. Madrid: Siglo XXI.
- Dougherty, P. J., Carter, P. R., Seligson, D., Benson, D. R. y Purvis, J. M. (enero, 2004). Orthopaedic Surgery Advances Resulting from World War II. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 86(1), 176-181. doi: 10.2106/00004623-200401000-00028

- Echeverría, M. y Rincón, A. (2000). *Serie Investigaciones, N.º 22: Ciudad de territorialidades, polémicas de Medellín*. Medellín: Centro de Estudios del Hábitat Popular, Cehap.
- Escobar, J. (2004). Presentación. En J. Escobar (Ed.), *Colección Bios y Ethos, N.º 22: Bioética y biotecnología en la perspectiva cts* (pp. 9-11). Bogotá: Universidad El Bosque.
- Escobar, J. (2005). *Colección Bios y Ethos, N.º 12: Bioética y medio ambiente* (2.ª ed.). Bogotá: Universidad El Bosque.
- Escobar, J. (enero-junio, 2009). A propósito del Comité Nacional de Bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 4(1), 5-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189214300001.pdf>
- Escobar, J. (diciembre, 2010). La globalización del paradigma biomédico: Biotecnología y ciencia vs. la medicina como profesión histórica. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(2), 94-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189218186008.pdf>
- Escobar, J. (2012). La Ley 100 de Seguridad Social: Implicaciones bioéticas. En J. Escobar (Ed.), *Colección Bios y Ethos, N.º 9: Bioética y justicia sanitaria* (pp. 19-51). Bogotá: Universidad El Bosque.
- Fair, H. (2010). Por una economía con un rostro humano: Crítica a la filosofía utilitarista neoliberal a partir del caso argentino. *Persona y Sociedad*, 24(1), 69-93. Recuperado de <https://personaysociedad.uahurtado.cl/index.php/ps/article/view/190>
- Flor do Nascimento, W. F. y Garrafa, V. (diciembre, 2010). Nuevos diálogos desafiantes desde el Sur: Colonialidad y bioética de intervención. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(2), 23-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189218186003>
- Flores, G. (2006). La salud como factor de crecimiento económico. *Posgrado y Sociedad*, 6(1), 1-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3662652>
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia*. Barcelona: Herder.
- Fumagalli, A. (2007). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo: Hacia un nuevo paradigma de acumulación*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fundación Proantioquia (2016). *Aspectos generales* [página web]. Recuperado de <http://proantioquia.org.co/web/index.php/quienes-somos/aspectos-generales>
- Galvis, C. (2006). La justicia sanitaria en Colombia: Un proyecto inconcluso. En J. Escobar (Ed.), *Colección Bios y Ethos, N.º 25: Bioética, justicia y salud* (pp. 123-191). Bogotá: Universidad El Bosque.
- García, G. (2005). Referentes básicos para la construcción de un ethos sanitario. En *Cuadernos del Doctorado 2: Ética, salud y vida* (pp. 13-36). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/08/cuaderno2.pdf>
- García de la Huerta, M. (2012). Foucault y el neoliberalismo: Una lectura crítica. En V. Lemm (Ed.), *Michael Foucault: Neoliberalismo y biopolítica* (pp. 177-197). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Garzón, K. y Mogollón, A. (noviembre, 2009). *Documentos de Investigación N.º 1: Aproximaciones conceptuales en torno a "lo público"*. Bogotá: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Recuperado de http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3753/BI_1_artes%20finales.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Gobernación de Norte de Santander (2012). Plan de Desarrollo 2012-2015: "Un Norte pa' lante". Recuperado de <https://ids.gov.co/web/planesids/plan-de-desarrollo-norte-de-santander-2012-2015.pdf>

- Gobernación de Norte de Santander (2016). Plan de Desarrollo 2016-2019: “Un Norte productivo para todos”. Recuperado de <http://www.sednortedesantander.gov.co/sitio/images/documentos/informesdelsector/PDD%20NDS%202016-2019.pdf>
- Gobernación del Atlántico (2015). Plan de Desarrollo 2012-2015: “Atlántico más social”. Recuperado de http://www.atlantico.gov.co/images/stories/plan_desarrollo/plan_desarrollo_2012-2015.pdf
- Granda, E. (2011). *Políticas públicas saludables*. En E. Granda (Ed.), *La salud y la vida* (pp. 13-20). Quito: Ministerio de Salud – OPS/OMS. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida_vol3.pdf
- Häberle, P. (2003). *El Estado Constitucional*. México, D. F.: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Hardt, M. y Negri, A. (2005). *Imperio*. Barcelona: Paidós.
- Harvey, D. (2007a). *Espacios del capital*. Madrid: Akal.
- Harvey, D. (2007b). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Harvey, D. (2013). *Ciudades rebeldes: Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Madrid: Akal.
- Hernández, M. (2003). Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas. En V. M. Moncayo y D. I. Restrepo (Eds.), *La falacia neoliberal: Crítica y alternativas* (pp. 347-361). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Antropos.
- Hernández-Álvarez, M. (diciembre, 2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 72-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217847007>
- Hidalgo, R. y Janoschka, M. (Eds.). (2014). *La ciudad neoliberal: Gentrificación y exclusión en Santiago de Chile, Buenos Aires, Ciudad de México y Madrid*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Hottois, G. (julio-diciembre, 2007). La diversidad sin discriminación: Entre modernidad y posmodernidad. *Revista Colombiana de*

- Bioética*, 2(2), 45-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189217250003.pdf>
- Hottois, G. (2013). *Colección Bios y Oikos, N.º 11: Dignidad y diversidad humanas*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica*. Barcelona: Barral. Recuperado de <https://espaidevida.files.wordpress.com/2014/03/ivan-illich-nc3a-9mesis-mc3a9dica-la-expropiac3b3n-de-la-salud.pdf>
- Innovative Capital Region (2014). *Cluster Life Sciences and Healthcare* [página web]. Recuperado de <http://www.innobb.de/en/cluster/cluster-life-sciences-and-healthcare> (página deshabilitada)
- Jeanet, S. (2007). Ciudad y gestión de las transformaciones sociales. *Urbano*, 10(16), 86-97. Recuperado de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RU/article/view/380>
- Kottow, M. (2005). Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(2), 110-121. doi: <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i2.8065>
- Kottow, M. (2010). Bioética: Una disciplina en riesgo. *Redbioética/Unesco*, 1(1), 159-173. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000193203>
- La salud como motor de desarrollo regional de los clusters (septiembre, 2010). *El Pulso, año 11*(144). Recuperado de <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/1009sep/observa/monitoreo.htm>
- Lemke, T. (2010). Los riesgos de la seguridad: Liberalismo, biopolítica y miedo. En V. Lemm (Ed.), *Michel Foucault: Neoliberalismo y biopolítica* (pp. 247-274). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Lemm, V. (2010). Prefacio. En V. Lemm (Ed.), *Michel Foucault: Neoliberalismo y biopolítica* (pp. 13-18). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Ley 1374 de 2010: Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* N.º 47 586,

- 8 de enero de 2010. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1374_2010.html
- Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* N.º 49 427, 16 de febrero de 2015. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Llambías, J. (julio-septiembre, 2003). Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 236-245. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300007
- López, P. (2010). Biopolítica, liberalismo y neoliberalismo: Acción política y gestión de la vida en el último Foucault. En S. Arribas, G. Cano y J. Ugarte (Coords.), *Hacer vivir, dejar morir: Biopolítica y capitalismo* (pp. 39-61). Madrid: Los Libros de la Catarata. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/14099/>
- Lozano, C. (2001). Del 76 al modelo neoliberal: La represión necesaria. En N. Fernández (Ed.), *Colección Milenio, N.º 5: 25 años después*. Buenos Aires: IDEP.
- Maliandi, R. (2010). *Ética convergente I: Fenomenología de la conflictividad*. Buenos Aires: Las Cuarenta.
- Marulanda, A., Correa, G. y Mejía, F. (2009). El clúster de salud en Medellín: Ventaja competitiva alternativa para la ciudad. *Revista EAN*, 67, 37-58. Recuperado de <https://www.metarevistas.org/Record/oa:ois-journal.universidadean.edu.co:articleois-483>
- Mattos, C. A. de (mayo-agosto, 2001). Movimientos del capital y expansión metropolitana en las economías emergentes latinoamericanas. *Revista de Estudios Regionales*, 60, 15-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=75506001>
- Max-Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana* (2.ª ed.). Barcelona: Icaria – Nordan.

- Medellín Cómo Vamos (2016a). *¿Cómo vamos en salud?* [página web]. Recuperado de <http://www.medellincomovamos.org/salud>
- Medellín Cómo Vamos (2016b). *Informe de indicadores objetivos sobre la calidad de vida en Medellín 2012-2015*. Recuperado de http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2012-2015/?utm_source=Documentos%20Home&utm_campaign=Encuesta%202016&utm_medium=Botones%20Sidebar&utm_term=Informe
- Medellín Cómo Vamos (2017). *Agenda ciudadana y percepción de desigualdad en Medellín*. Recuperado de <http://www.medellincomovamos.org/agenda-ciudadana-y-percepcion-de-desigualdad-en-medellin/>
- Medellín Health City (s. f.). *Medellin Health City: Feel the Confidence* [página web]. Recuperado de <http://www.medellinhealthcity.com/es/> (página deshabilitada)
- Medesalud Vital S.A.S. (2016). *Medesalud* [página web]. Recuperado de <http://www.medesalud.co/es/> (página deshabilitada)
- Melo, J. (Ed.) (1996). *Historia de Medellín*, tomo I. Bogotá: Compañía Suamericana de Seguros.
- Meyer, J. y Harmes, U. (agosto, 2005). *Mesopartner; Documento de Trabajo 3: Cómo promover clusters*. Recuperado de <http://iberpyme.sela.org/Documentos/comopromoverclusters.pdf>
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2008). *Programa de Transformación Productiva*. Recuperado de <https://www.colombiaproductiva.com/>
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009a). *Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia. Informe final sector Turismo de Salud*. Recuperado de <https://www.colombiaproductiva.com/CMSPages/GetFile.aspx?guid=fb1a5bb8-ca0a-471c-b571-0f2218d55860>

- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2009b). *Programa de Transformación Productiva: Sectores de clase mundial* [página web]. Recuperado de <http://www.transformacionproductiva.gov.co> (página deshabilitada)
- Ministerio de Salud de Costa Rica (19 de diciembre, 2013). Tras firma de convenio de cooperación, Ministerio de Salud y Promed velarán por calidad de servicios. Recuperado de http://www.ministerio-desalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-marco-orientador-servicios/cat_view/143-alertas/144-alerta-sanitaria/552-internacionales?limit=5&limitstart=0&order=date&dir=DESC
- Molina, G., Muñoz, I. F. y Ramírez, A. (Eds.) (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud: Ética, derechos y deberes frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Molina, G., Ramírez, A. A. y Ruiz, A. M. (Eds.) (2014). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín: Pulso & Letra.
- Molina, R. E., Romero, J. R. y Trejo, J. A. (mayo-junio, 1991). Desarrollo económico y salud. *Salud Pública de México*, 33(3), 227-234. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5393/5651>
- Monterrey Ciudad de la Salud (2012). *Clúster Monterrey Ciudad de la Salud: Nosotros* [página web]. Recuperado de <http://www.clusterdesalud.com/nosotros> (página deshabilitada)
- Morin, E. (2011). *La vía para el futuro de la humanidad*. Barcelona: Paidós.
- Murillo, F. J. y Hernández, R. (2011). Hacia un concepto de justicia social. *REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 9(4), 8-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/551/55122156002.pdf>

- Nagel, T. (2000). *Ensayos sobre la vida humana*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Nathanson, V. (30 de septiembre, 2000). El papel de la profesión médica en la prevención y la limitación del sufrimiento en caso de conflicto. *Revista Internacional de la Cruz Roja*. Recuperado de <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/misc/5tdpdw.htm>
- Niccol, A. (Productor) y Niccol, A. (Director) (2011). *In Time* [película]. España: Regency Enterprises, New Regency Pictures, Strike Entertainment.
- Novoa, E. (2014). Las nuevas realidades del bios/zoe del cuerpo: Entre la bioética y la biopolítica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14(1), 98-113. doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.499>
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Ñaupas, P., Mejía, M., Novoa, R. y Villagómez, P. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (4.ª ed.). Bogotá: Ediciones de la U.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Colombia, HCHR (4 de marzo, 2013). Medellín innovadora, pero desigual. Recuperado de <https://www.hchr.org.co/index.php/compilacion-de-noticias/126-onu-derechos-humanos/2425-medellin-innovadora-pero-desigual>
- Olabuénaga, I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*, vol. 15. Bilbao: Universidad de Deusto.
- ONU Hábitat (2014). Medellín es la ciudad más desigual de Colombia [página web]. Recuperado de http://www.onuhabitat.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1270:qmedellin-es-la-ciudad-mas-desigual-de-colombia-seguida-de-cali-monteria-y-bogota-mientras-que-las-menos-desiguales-de-la-muestra-de-12-ciudades-que-tomamos-son-bucaramanga-pereira-y-barranquilla&catid=161:noticias&Itemid=171 (página deshabilitada)

- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2007). Resolución 62/10: Día Mundial de la Justicia Social. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/62/10>
- Osmont, A. (2003). *Ciudad y economía: La ciudad eficiente*. En M. Balbo, R. Jordán y D. Simioni (Eds.), *Cuadernos de la CEPAL, N.º 88: La ciudad inclusiva* (pp. 11-28). Santiago de Chile: CEPAL – ONU. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/27814-la-ciudad-inclusiva>
- Ospina, G. (8 de enero, 2016). En Medellín no habría cómo atender una emergencia. *El Colombiano*, Salud. Recuperado de <http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/crisis-de-la-salud-hospitales-de-medellin-dicen-no-poder-atender-emergencias-XA3406505>
- Ospina, W. (2013). *Colombia, donde el verde es de todos los colores*. Bogotá: Random House Mondadori.
- Pacheco-Vega, R. (septiembre-diciembre, 2007). Una crítica al paradigma de desarrollo regional mediante clusters industriales forzados. *Estudios Sociológicos*, 25(75), 683-707. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/598/59825303.pdf>
- Passos, R. (2008). *La salud que hace mal: Un estudio alrededor del pensamiento de Iván Illich*. Buenos Aires: Lugar.
- Personería de Medellín (2015). *Informe sobre la situación de los derechos humanos en la ciudad de Medellín*. Recuperado de <http://www.personeriamedellin.gov.co/index.php/informacion-al-ciudadano/documentos/informes-derechos-humanos-ddhh/category/38-informes-ddhh-2015?download=161:informe-ddhh-2015>
- Pfeiffer, M. L. (2011). Bioética y derechos humanos: Una relación necesaria. *Revista Redbioética/Unesco*, 2(4), 74-84. Recuperado de <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Pfeiffer-RBioetica4-p74.pdf>
- Pieper, A. M. (1991). *Ética y moral*. Barcelona: Crítica.

- Piketty, T. (2014). *El capital en el siglo XXI*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Porter, M. (2013). *Ser competitivo: Nuevas aportaciones y conclusiones*. Bilbao: Deusto.
- POT en Bogotá, la ciudad por decreto (31 de agosto, 2013). *Semana*, Bogotá. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/pot-bogota-ciudad-decreto/356113-3>
- Quijano, V. y Tovar, J. (Comps.) (2006). *Territorios del saber. Biopolítica y filosofías de vida*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Quintanas, A. (2013a). Introducción. En A. Quintanas (Ed.), *El trasfondo biopolítico de la bioética* [versión e-book]. Girona: Documenta Universitaria.
- Quintanas, A. (2013b). Bioética, biopolítica y neoliberalismo. En A. Quintanas (Ed.), *El trasfondo biopolítico de la bioética* [versión e-book]. Girona: Documenta Universitaria.
- Ramírez, A. P. (2012). *Proyecto Ciudad Salud – Bogotá, D. C. como nodo urbano articulador: Análisis desde la perspectiva territorial* [tesis de maestría en Planeación Urbana y Regional]. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/2046>
- República de Colombia (1991). Constitución Política de Colombia. *Gaceta Constitucional* N.º 116, 20 de julio de 1991. Recuperado de <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>
- Restrepo, D. (2003). De la falacia neoliberal a la nueva política. En V. M. Moncayo y D. I. Restrepo (Eds.), *La falacia neoliberal: Crítica y alternativas* (pp. 17-40). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Antropos.
- Rodríguez, A. y Rodríguez, P. (2009). *Santiago, una ciudad neoliberal*. Quito: Olacchi.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

- Rodríguez, R. B. (2012). Martha Nussbaum: Las capacidades humanas y la vida buena. *Turia: Revista Cultural*, 101, 155-172. Recuperado de http://www.ieturolenses.org/revista_turia/index.php/actualidad_turia/martha-nussbaum-las-capacidades-humanas-y-la-vida-buena
- Romero, J. L. (1976). *Latinoamérica: Las ciudades y las ideas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Rose, N. (2013). Las políticas de la vida en el siglo XXI. En A. Quintanas (Ed.), *El trasfondo biopolítico de la bioética* [versión e-book]. Girona: Documenta Universitaria.
- Sandel, M. (2011). *Justicia: ¿Hacemos lo que debemos?* Bogotá: Debate.
- Sandel, M. (2013). *Lo que el dinero no puede comprar. Los límites morales del mercado*. Bogotá: Debate.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta.
- Sen, A. (2001). Juicios sobre la globalización. *Fractal*, 6(22), 37-50. Recuperado de http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1219333998145_1506469714_113804
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 302-309. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/>
- Sen, A. (2012). *La idea de la justicia*. Bogotá: Taurus.
- Solvell, O. (2008). *Cluster Balancing Evolutionary and Constructive Forces*. Estocolmo: Ivory Tower Publishing.
- Stansbury, L. G. y Hess, J. R. (2009). Blood transfusion in World War I: The roles of Lawrence Bruce Robertson and Oswald Hope Robertson in the “Most Important Medical Advance of the War”. *Transfusion Medicine Reviews*, 23, 232-236. doi: 10.1016/j.tmr.2009.03.007
- Stiglitz, J. (2012). *El precio de la desigualdad: El 1 % de la población tiene lo que el 99 % necesita*. Bogotá: Taurus. Recuperado de http://depa.fquim.unam.mx/amyd/archivero/EPreciodelaDesigualdad_27245.pdf

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tamayo, H. (26 de junio, 2016). Calidad de la educación: Materia pendiente en Medellín. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/informe-de-calidad-de-vida-de-medellin-como-vamos/16629519>
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación: La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.
- Tealdi, J. C. (2005). Para una declaración universal de bioética y derechos humanos: Una visión de América Latina. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(1), 7-17. Recuperado de <http://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8038>
- Tello, M. D. (2008). *Desarrollo económico local, descentralización y clusters: Teoría, evidencia y aplicaciones*. Centrum – Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Theodore, N., Peck, J. y Brenner, N. (marzo, 2009). Urbanismo neoliberal: La ciudad y el imperio de los mercados. *Temas Sociales*, 66, 1-11. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277955552_Urbanismo_neoliberal_la_ciudad_y_el_imperio_de_los_mercados
- Tugendhat, E. (1997). *Lecciones de ética*. Barcelona: Gedisa.
- Uprimny, R. y Rodríguez, C. (diciembre, 2005). Constitución y modelo económico en Colombia: Hacia una discusión productiva entre economía y derecho. *DeJuSticia: Documentos de Discusión*, 12, 23-40. Recuperado de <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2005/12/Constituci%C3%B3n-y-modelo-econ%C3%B3mico-en-Colombia.pdf>
- Valenzuela, A. (enero, 2013). Dispositivos de la globalización: La construcción de grandes proyectos urbanos en Ciudad de México. *EURE (San-*

- tiago*), 39(116), 101-118. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612013000100004
- Vega, R. (septiembre, 2002). Dilemas éticos contemporáneos en salud: El caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(2), 49-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510206>
- Vidal, S. (mayo, 2013). Bioética y desarrollo humano: Una visión desde América Latina. *Actio*, 15, 43-79. Recuperado de http://actio.fhuce.edu.uy/images/Textos/15/Actio15_Vidal_vf.pdf
- Zapata, J., Echavarría, J. y Carvajal, V. (21 de agosto, 2015). Crisis de la salud en Colombia: ¿Qué está pasando? *De la Urbe*. Recuperado de <http://delaurbe.udea.edu.co/crisis-de-la-salud-en-colombia-que-esta-pasando/>
- Ziccardi, A. (2008). Pobreza y exclusión social en las ciudades del siglo XXI. En A. Ziccardi (Comp.), *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social: Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI* (pp. 9-33). Bogotá: Siglo del Hombre.

¿CIUDADES COMPETITIVAS O SALUDABLES?

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE
EL CLÚSTER DE SERVICIOS DE MEDICINA
Y ODONTOLOGÍA DE MEDELLÍN

FUE EDITADO Y PUBLICADO POR LA
EDITORIAL UNIVERSIDAD EL BOSQUE
JUNIO DE 2020
BOGOTÁ, COLOMBIA

Para esta edición, se usaron las familias tipográficas Apple Garamond de 8 a 12 puntos y Din de 12 a 24 puntos.

El formato de este ejemplar es 14,5 x 21,5 centímetros.

La cubierta está impresa en propalcote de 300 gramos de baja densidad, y las páginas interiores, en papel Bond Bahía de 90 gramos.

El Clúster de Servicios de Medicina y Odontología de Medellín es fruto de una alianza entre los sectores público y privado para el desarrollo empresarial de la ciudad, específicamente para la promoción y venta de servicios de salud a extranjeros, el llamado *turismo médico*. Esta investigación se propuso caracterizar el clúster analizando sus antecedentes, financiación, estado actual y valores orientadores, entre otros aspectos, para comprender los significados de *lo público* y *la justicia social* en su constitución y desarrollo. La conclusión es que la estrategia ha tenido resultados económicos significativos, en correspondencia con su comprensión de la salud en términos de productividad, competitividad e innovación. Sin embargo, a la luz de la bioética es necesario considerar los problemas de la salud en el contexto local, y su relación con la justicia social y sanitaria. Se requiere una perspectiva integral que entienda la salud como derecho humano y necesidad básica e incorpore criterios distributivos para mejorar las condiciones de vida de toda la población, no solo de aquella que puede pagar servicios especializados y de alta calidad.

