

Las relaciones entre los actores de una red de salud*

Relationships between Actors in a Health Network

WILSON GIOVANNI JIMÉNEZ BARBOSA**
GINO MONTENEGRO MARTÍNEZ***

RESUMEN

En el presente artículo se revisan los conceptos de cadena productiva, redes de producción e incentivos, con el fin de ver su aplicación en un sistema de salud. Asimismo, se hace una propuesta sobre la ubicación que deberían tener los incentivos en una red de producción de salud constituida principalmente por cinco nodos, entre los cuales se establecen seis relaciones, con el fin de motivar a los actores que forman parte de la red, a fin de implementar acciones que permitan el logro de la salud como el medio que les permitirá a las personas desarrollar todas sus capacidades individuales y sociales y contribuir a la construcción de un entorno apropiado para ellas y las generaciones futuras.

Palabras clave: redes de salud, sistemas de salud, cadena de producción, incentivos, ventaja competitiva.

Keywords: Health Networks, Health Systems, Production Line, Incentives, Competitive Advantage.

ABSTRACT

This paper reviews the concepts of supply chain, production networks and incentives, in order to view their application in a health system. Likewise, a proposal is made on where incentive should be located in a health production network consisting mainly of five nodes, between which six relationships are established, in order to motivate the actors who are part of the network to implement actions to achieve health as the means that will allow people to develop their individual and social capacities and to contribute to the building of an appropriate environment for themselves and future generations.

* Este artículo presenta los principales resultados de la investigación *Incentivos como estrategia para el logro de la salud en Colombia*, financiada por la Universidad Jorge Tadeo Lozano en el marco de la Convocatoria Interna 9-2012.

** Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud por la Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Magíster en Administración por la Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Odontólogo por la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Docente de los posgrados del área de Gestión de la Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

*** Doctorante en Salud Pública. Magíster en Administración en Salud y especialista en Salud Pública por la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Odontólogo por la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesor-instructor de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana.

Cómo citar este artículo: Jiménez Barbosa, W. G. y Montenegro Martínez, G. (2014). Las relaciones entre los actores de una red de salud. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 12(2), 107-115.

INTRODUCCIÓN

La salud se entiende como una construcción social y un medio para el desarrollo social de las poblaciones. Por ello, es uno de los conceptos que en años recientes se ha venido construyendo en el marco de un enfoque de pensamiento sistémico y holístico, por cuanto aporta a la construcción de sociedades más justas y equitativas (Vega y Torres, 2011; Picazzo, Gutiérrez e Infante, 2011). En este mismo sentido, el análisis y la utilización de conceptos sobre redes, incentivos, articulación de acciones y trabajo coordinado entre diferentes sectores sociales y el Estado pueden aportar a la comprensión y organización de un sistema sanitario que responda a las necesidades en salud de las poblaciones.

Este artículo desarrolla algunos elementos conceptuales e identifica una serie de relaciones que se dan entre los actores que participan en una red de salud, para proponer, en un ejercicio posterior, el uso de incentivos en cada una de las relaciones identificadas.

METODOLOGÍA

La investigación realizó una revisión de conceptos como *red de producción e incentivos*, mediante la consulta de artículos en las bases de datos ProQuest, PubMed y EBSCO, desde las siguientes combinaciones de búsqueda: *supply chain management, global networks of production, health services and incentives y pay per performance and health services*.

En primer término, se realizó una lectura de los resúmenes de los artículos identificados en las bases de datos, con el propósito de seleccionar los que eran pertinentes para la investigación; posteriormente, estos artículos fueron leídos en su totalidad y se extrajo de cada uno información que fue luego consolidada y organizada en una matriz, a fin de facilitar el proceso de discusión y análisis. Finalmente, con base en la revisión bibliográfica,

se procedió a adelantar una reflexión analítica que permitió proponer el modelo de interacciones e interrelaciones que dan base a la propuesta de red de salud. En esta se identifican los puntos centrales y se sugiere la implementación de incentivos que permitan que un sistema de salud cumpla con su objetivo básico: brindar salud a la población.

LA CADENA PRODUCTIVA

El concepto de cadena productiva tiene sus inicios en los primeros trabajos que en 1958 realizó Albert Hirschman sobre el desarrollo económico. Este economista propone que la existencia de encadenamientos de cooperación entre diferentes organizaciones explica los mayores niveles de generación de riqueza en las economías industrializadas del primer mundo. La clave de tales encadenamientos reside, fundamentalmente, en la capacidad de articular acuerdos o contratos de cooperación que facilitan y hacen más eficientes los procesos productivos (Isaza, 2005; Blanco, 2013).

Por ello, cuando se habla de cadena productiva, se está aludiendo al encadenamiento de procesos clave de negocio, que ocurren dentro de una cadena conformada por proveedores de insumos, fabricantes, distribuidores y minoristas independientes, con el objeto de optimizar el flujo de productos, bienes, servicios e información, que son ofrecidos y distribuidos a los consumidores para satisfacer la demanda (Correa y Gómez, 2009; Mandal, 2012).

En la literatura se ha descrito cómo en la organización del proceso de producción y entrega del producto final al cliente es importante que cada actor de la cadena, o que la cadena productiva en sí misma, genere valor para su comprador final. Este es uno de los elementos que le puede permitir generar una base para su diferenciación en el mercado y, de esta forma, asegurar la competitividad. Porter (1999) presenta el concepto de la cadena de valor como una herramienta que le permite a una empresa encontrar sistemáticamente cuál es la actividad (o las actividades) que le puede ge-

nerar una diferencia sustantiva en relación con los demás participantes del mercado; asimismo, podrá detectar cuáles son sus actividades débiles y podrá diseñar e implementar planes que le permitan mejorar su desempeño (Céspedes *et al.*, 2000; Centro Internacional de Cooperación para el Desarrollo Agrícola, 2004).

LA CADENA PRODUCTIVA EN EL SECTOR SALUD

Hasta ahora se ha encontrado que los sistemas de salud corren un alto riesgo de operar ineficientemente, ya que la prestación, la financiación y el consumo de los servicios de salud se asocian con múltiples imperfecciones del mercado, al punto que, según Frenk *et al.* (citados en Knaul *et al.*, 2007), la salud podría caracterizarse por ser un mercado perfectamente imperfecto. Sin embargo, con el fin de contrarrestar las imperfecciones del mercado, los sistemas de salud y sus instituciones podrían ser más eficientes a partir del desarrollo de estrategias de gestión en su cadena productiva, la creación de una ventajas competitivas y la implementación de incentivos; pero hasta ahora, en el sector salud ha sido extremadamente lento el desarrollo de estas prácticas (Knaul *et al.*, 2007; Unützer *et al.*, 2012; McKone, Hamilton y Willis, 2005).

Esta dificultad se puede explicar a partir de reconocer que en el sector salud se presentan mayores complejidades en comparación con lo que podría esperarse en otros ámbitos, ya que los procedimientos que se desarrollan en su interior son fuertemente regulados. Por otra parte, existe una variedad de productos y formas de presentación que dificultan la estandarización de algunas actividades, a lo que se suma el continuo cambio tecnológico de productos, insumos e intervenciones en la atención en salud que implican el “saber cómo”, por lo cual, adicionalmente, pueden existir problemas de información y comunicación. Finalmente, es complejo establecer frecuencias de utilización de los servicios de salud, ya que la salud es un proceso

dinámico, alejado del equilibrio, que no depende exclusivamente del individuo (García *et al.*, 2009; Maldonado, 2008; Toro y Ochoa, 2012).

Por lo tanto, hablar de competitividad dentro del sector salud, con el fin de mitigar las imperfecciones del mercado, puede ser una estrategia que promueva amplios e interesantes desarrollos desde la perspectiva académica y de gestión. Sin embargo, tratar de incorporar y apropiarse conceptos como competitividad, cadena productiva, mercado, servicios, redes de producción y globalización, entre otros, puede suscitar conflictos epistémicos entre posiciones tan disímiles como las que se orientan a garantizar el derecho a la salud en forma universal y aquellas que la conciben desde una forma restrictiva a la prestación de servicios clínicos y a la búsqueda de rentabilidades financieras que benefician a particulares, independientemente del resultado en el bienestar de la sociedad.

El reto por afrontar es encontrar la base de un modelo garantista, universal y que acepte la participación de particulares y la obtención de rentabilidades individuales, siempre y cuando, previamente, se haya mejorado la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Una opción para ello es establecer, desde los gobiernos, procesos de concertación con los diferentes actores que participan en la cadena productiva del sector salud, que orienten el actuar de los participantes en el logro de la salud y el uso eficiente de los recursos que la sociedad destine para tal fin.

¿CADENA PRODUCTIVA O RED DE PRODUCCIÓN DE SALUD?

Desde una perspectiva más amplia que la del enfoque sectorial, para el diseño y la implementación de las políticas sociales emerge la noción de red, como la interacción de personas, instituciones, familias, municipios y agencias de los Estados que se movilizan en función de una meta construida colectivamente (Castell-Florit, 2007). En el caso de la salud, la red tiene como meta conservar y

recuperar la salud de la población que integra una nación, una provincia, un departamento, una ciudad o una comunidad determinada.

Para lograr lo anteriormente planteado, si se asume que los servicios de salud se organizan en red y no como cadena de producción, se deben definir los nodos que la componen, así como las principales interacciones que se producen entre ellos. En la figura 1 se realiza una representación gráfica de los principales actores (Estado, articulador, prestador, proveedores y usuario), que para este caso se entenderán como nodos de un sistema de salud. Esto con el fin de que sirva como base para la construcción teórica de la ubicación de los incentivos, en el marco de lo que se entiende como una *red de salud*. Como se observa en la figura 1, la red está compuesta por cinco nodos principales,

entre los que se generan seis relaciones básicas. Las características de estas relaciones dependen del modelo desde el que opera el sistema de salud donde se desarrolle la red.

RELACIONES EN UNA RED DE PRODUCCIÓN DE SALUD

Según la premisa de que la salud es un medio que permite que las personas desarrollen todas sus capacidades individuales y sociales, al igual que contribuye a la construcción de un entorno apropiado para ellas y las generaciones futuras (Álvarez, 2009), se define una serie de interacciones fundamentales de la red de salud, donde se considera pertinente la aplicación de estrategias de gestión por parte de las instituciones encargadas de la regulación del sistema.

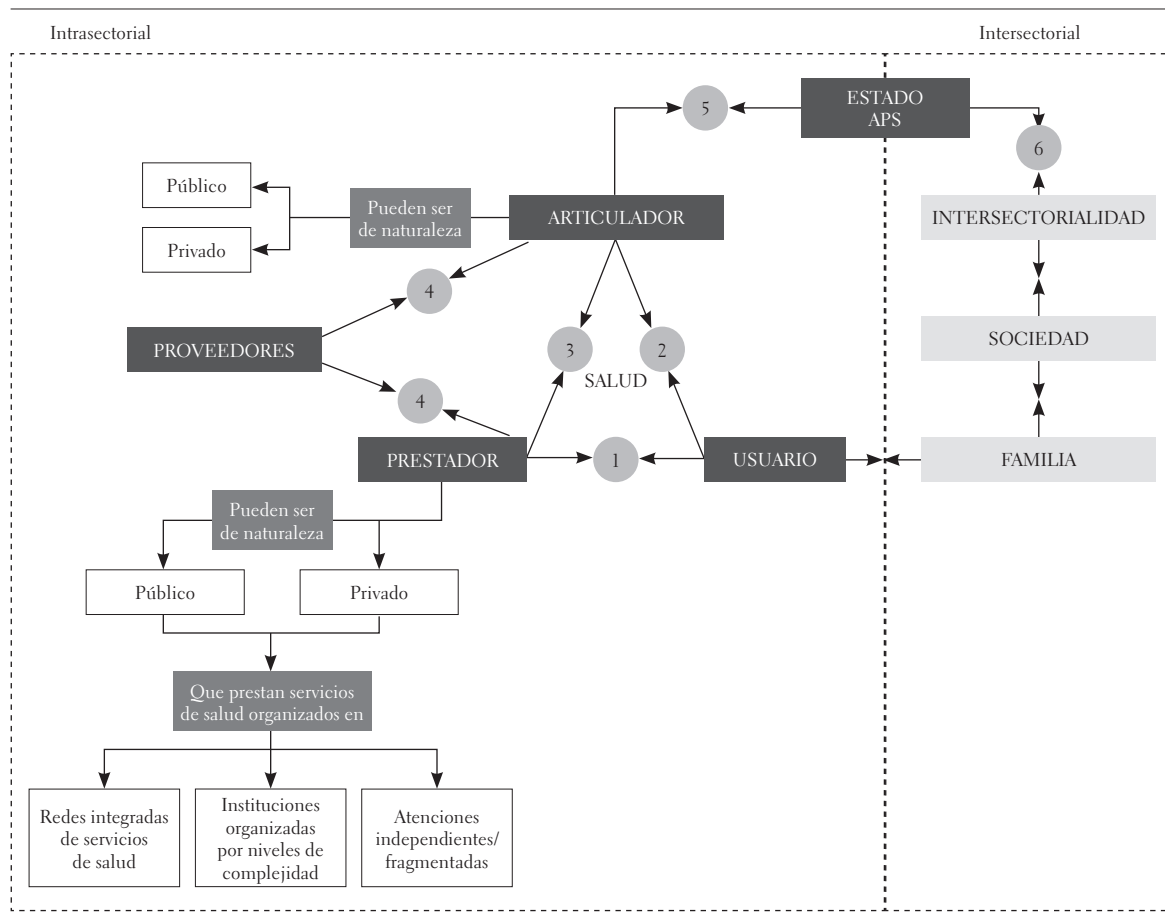


FIGURA 1. El sistema de salud y las relaciones entre los actores

Nota: los números corresponden al orden en que se van a describir las relaciones que se dan en el sistema de salud.

RELACIÓN 1: ENTRE EL PRESTADOR Y EL USUARIO

Esta relación depende, en gran medida, de la forma en que el usuario decida acceder a los servicios de salud, para lo cual tendrá dos opciones:

- El usuario puede acceder a los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento, y allí el agente articulador media la relación entre el prestador y el usuario. En esta primera modalidad, este último solo podrá hacer uso de aquellas intervenciones, tecnologías, medicamentos, etc., que el agente articulador previamente haya asegurado a partir del pago de una prima y en su función como comprador y en representación de sus afiliados.
- El usuario puede acceder a los servicios de salud mediante la libre demanda, y allí no hay otro actor que medie esta relación. Desde esta modalidad, el usuario podrá hacer uso de aquellas intervenciones, tecnologías, medicamentos, etc., que el prestador le oferte, por lo que se puede presentar una asimetría de la información en favor del prestador.

RELACIÓN 2: ENTRE EL ARTICULADOR Y EL USUARIO

Esta relación, dependiendo del tipo de modelo de sistema de salud en que se desarrolle, estará mediada por un contrato y el pago de una prima que puede ser total o parcialmente subsidiada por el Estado. Allí el usuario cede su capacidad de decisión en relación con la compra de servicios de salud al articulador, en el entendido de que es este último el que, a partir de su experiencia y conocimiento del sector, realizará una compra de servicios que beneficien al consumidor final, es decir, al usuario (Londoño y Frenk, 1997).

Por su parte, el usuario tendrá la obligación de cuidar su salud mediante prácticas de autocuidado y asistiendo a aquellas consultas que, por un lado, de acuerdo con su condición de salud, son im-

portantes para prevenir, controlar y tratar algunas enfermedades que pueden deteriorar su calidad de vida y que, por otro lado, aumentan los gastos del sistema para restituir su bienestar (Salmon y Hall, 2003; Auerbach, 2000).

RELACIÓN 3: ENTRE EL ARTICULADOR Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El agente articulador —que puede ser de naturaleza pública o privada—, con el fin de asegurar la prestación de los servicios de salud a sus usuarios, contrata con una institución aquellas intervenciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en función de mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de esta y brindar una protección financiera contra los costos de la demanda en salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000). En la relación contractual que se da entre el agente articulador y el prestador, de acuerdo con el pluralismo estructurado, es el primero el que actúa como un comprador en representación de sus asegurados y el que cumple, de manera paralela, con acciones de administración del riesgo y administración del acceso (Londoño y Frenk, 1997).

El prestador, por su parte, organiza su modelo de prestación de servicios ya sea por redes de salud, por niveles de complejidad o comportándose como un prestador independiente. Estos modos de organización buscan dar respuesta a la demanda del mercado donde se ofertan sus servicios. La configuración de las instituciones en torno a la prestación de los servicios de salud depende de las políticas que para tal fin construye e implementa el Estado (Meza, 2003).

RELACIÓN 4: ENTRE EL ARTICULADOR, EL PRESTADOR Y LOS PRODUCTORES Y PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS EN SALUD

En esta relación es necesario considerar varios elementos del entorno económico y político que

intervienen y pueden generar ventajas o desventajas, de acuerdo con los intereses de cada uno de los actores que forman parte de esta relación; entre estos se pueden identificar la regulación de patentes y las políticas nacionales frente a la compra de medicamentos y la utilización de las tecnologías en salud (Bernal, 2007; Tobar y Godoy, s. f.).

RELACIÓN 5: ENTRE EL ESTADO Y EL AGENTE ARTICULADOR

Con el fin de implementar acciones que permitan que las personas accedan a los servicios de salud de manera oportuna, tratando de minimizar barreras y ofertando aquellas intervenciones que pueden mejorar y mantener la salud de la población, el Estado puede organizar la prestación de este servicio a través de una relación contractual entre él y un agente articulador, sea este de naturaleza pública o privada, dependiendo del modelo de sistema de salud en que se desarrolle. Esta relación busca permitir la gestión del sistema y el flujo de los recursos financieros que el Estado ha destinado para la prestación de los servicios de salud. Las condiciones en que se da esta relación contractual dependen del contexto donde se desarrolla el sistema de salud (población, perfil epidemiológico, recursos involucrados en la prestación, entre otros). De manera general, las ventajas y desventajas de la relación se puede analizar desde la teoría del principal y el agente.

RELACIÓN 6: ENTRE EL ESTADO Y OTROS SECTORES DIFERENTES AL DE SALUD

A pesar de que la definición de *salud* propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en 1948, involucra las dimensiones social, física y mental del individuo, lo que constituye una perspectiva tanto interdisciplinaria como intersectorial, solo hasta 1978, mediante la Declaración de Atención Primaria de Salud de Alma Ata, se introdujo el concepto de *acción intersectorial para la salud* (AIS), que se concibe como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector en acciones destinadas total o par-

cialmente a abordar un problema vinculado con la salud (OMS, 1978; Van Hertem, Reijneveld y Gunning-Schepers, 2001).

Un año después de la Declaración de Alma Ata, en la formulación de estrategias con el fin de alcanzar salud para todos en el 2000, se introdujeron las tres dimensiones fundamentales de la AIS: voluntad política, intrasectorialidad —o dimensión vertical (niveles de decisión dentro de un mismo sector)— e intersectorialidad —o dimensión horizontal (relaciones entre sectores dentro del mismo nivel)—.

Desde su formulación, la AIS ha sido la metodología propuesta para lograr la reducción de desigualdades en salud, ya que busca superar la fragmentación de las políticas al orientar su formulación e implementación hacia la comprensión de las personas como parte de los contextos social, político, económico, ambiental y biológico; por ello, se convierte en una estrategia que direcciona la actuación de las organizaciones que participan directa e indirectamente en la conservación y recuperación de la salud, por lo cual deja de estar orientada exclusivamente por el paradigma de la sectorialización y de la especialización clínica de la salud (Martín *et al.*, 2007; Castell-Florit, 2007).

Así, la selección y los modos de articulación de los sectores que formarán parte del trabajo intersectorial dependerán de los problemas y las necesidades que en salud se identifiquen en cada territorio; de manera general, los sectores de educación, trabajo y ambiente son prioritarios. En ellos, el Estado debe desarrollar su mayor potencial de acción para el logro de la salud de la población y como medio para el desarrollo social y económico de las comunidades (Álvarez, 2009).

A través de la estrategia de Atención Primaria en Salud se espera que el Estado, mediante la utilización de los incentivos adecuados, pueda articular e involucrar a aquellos actores que puedan contribuir a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, garantizando cobertura y acceso integral e integrado a los servicios. Esto con el fin

de generar un mayor bienestar, sin perjuicio de las competencias que le corresponde a cada una de las instituciones y los actores que forman parte de la red (Organización Panamericana de la Salud, 2010). El desarrollo y la conceptualización de los incentivos en esta relación se abordarán en una próxima publicación.

CONCLUSIONES

Los sistemas de salud deben entenderse como redes de producción de salud, y desde esta perspectiva, han de integrar a los actores que pueden formar parte de la ella. La ubicación y el tipo de los incentivos dependerán en gran medida del contexto político, económico y cultural en que se desarrolla la red; por ello, la configuración de relaciones entre actores de salud es una idea general que, para su puesta en práctica, deberá adaptarse a las realidades de cada sociedad. La identificación de las relaciones que se dan en una red de producción de salud puede simplificar las acciones de política, la ubicación de los incentivos y la formulación de acciones, compromisos y metas para el logro de la salud.

De manera general, es importante que el diseño de los incentivos que formarán parte de la red de salud se diseñen en los niveles de gestión de esta. Tal diseño debe tener como finalidad: 1) organizar de manera costo-eficiente la prestación de servicios de salud, 2) regular la calidad con la que los actores de la red prestan sus servicios a los usuarios de la red y 3) promover la rentabilidad social como resultado de la prestación del servicio, representado en mejoras de las condiciones de salud y bienestar de los usuarios de la red, antes que la generación de rentabilidades financieras de los actores prestadores del servicio.

Con lo anterior, se espera que el sector salud proyecte el diseño de estrategias de gestión que impulsen la generación de ventajas competitivas dentro del proceso de producción de los servicios; además, se espera que sus resultados estén

relacionados con el mejoramiento de la salud y el bienestar de las comunidades.

REFERENCIAS

- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79.
- Arellano Ortiz, F. (2007, 21 de agosto). El capitalismo global, según el sociólogo William Robinson. *Other News en Español*. Recuperado de <http://www.other-news.info/noticias/2007/08/el-capitalismo-global-segun-el-sociologo-william-robinson/>
- Auerbach, S. M. (2000). Should patients have control over their own health care?: empirical evidence and research issues. *Ann. Behav. Med.*, 22(3), 246-259.
- Bernal, R. (2007). La globalización de la atención en salud: oportunidades para el Caribe. *Revista de la Cepal*, 92, 83-100.
- Blanco, L. A. (2013). Hirschman: un gran científico social. *Revista de Economía Institucional*, 15(28), 47-64.
- Blandón López, A. (2011). *Cadenas globales de producción, redes globales de producción y competitividad regional*. Recuperado de http://desarrollo.ut.edu.co/tolima/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_28420.pdf
- Brownson, R., Chiqui, J. F., Burgeson, C. R., Fisher, M. y Ness, R. B. (2010). Translating epidemiology into policy to prevent childhood obesity: the case for promoting physical activity in school settings. *Ann. Epidemiol.*, 20, 436-444.
- Castaño Yepes, R. A. (2005). Centros de excelencia; calidad, eficiencia y competitividad para la exportación de servicios. *Vía Salud*, 8(33), 8-17.
- Castell-Florit, P. y Gispert Abreu, E. (2012). Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. *Rev. Cub. Salud Pública*, 38(5), 823-833.
- Castell-Florit, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev. Cub. Salud Pública*, 33(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu09207.htm
- Centro de Gestión Hospitalaria (s. f.). *Modelo de incentivos para la calidad en salud*. Recuperado de <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/modelodeincentivosparalocalidad.pdf>
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo (2005). *Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Dise%C3%B1o%20y%20c%C3%A1lculo%20Rankin%20EPS.pdf>
- Centro Internacional de Cooperación para el Desarrollo Agrícola (2004). *Guía metodológica para el análisis*

- de cadenas productivas. Lima, Perú: Línea Andinal. Recuperado de <http://www.bibliotecavirtual.info/2012/09/guia-metodologica-para-el-analisis-de-cadenas-productivas-segunda-edicion/>
- Céspedes, J. E. et al. (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. *Rev. Salud Pública*, 2(2), 145-164.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2000). *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes*. Santiago de Chile: Autor.
- Cornia, G. (2001). La globalización y la salud: resultados y opciones. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 834-841.
- Correa Espinal, A. y Gómez Montoya, R. A. (2009). Tecnologías de la información en la cadena de suministro. *Dyna*, 76(157), 37-48.
- García Cáceres, R. G., Torres Valdivieso, S., Olaya Escobar, E. S., Díaz Gómez, H. B., Vallejo Díaz, B. M. y Castro Silva, H. (2009). Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia. *Cuad. Adm.*, 22(39), 235-256.
- Gereffi, G. (2001, abril-junio). Las cadenas productivas como marco analítico para la globalización. *Problemas del Desarrollo*, 32(125), 9-37.
- Gereffi, G. y Korzeniewicz, M. (1994). *Commodity chains and global capitalism*. Westport, Nueva Zelanda: Praeger.
- Giannakis, M. y Croom, S. (2004). Toward the development of a supply chain management paradigm: a conceptual framework. *The Journal of Supply Chain Management*, 40(1), 27-37.
- Gibbons, R. (1998). Incentives in organizations. *The Journal of Economic Perspectives*, 12(4), 115-132.
- Isaza, J. G. (2005). Cadenas productivas: enfoques y precisiones conceptuales. *Rev. Sotavento*, 11, 8-25. Recuperado de <http://conectarural.org/sitio/sites/default/files/documentos/Cadenas%20productivas,%20enfoques%20y%20precisiones%20conceptuales.pdf>
- Knaul, F. M., Arreola Ornelas, H. y Escandón, P. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gac. Med. Mex.*, 147(2), 93-100.
- Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Recuperado de <http://salud.edomex.gob.mx/html./medica/mo-delos%20sistemas%20de%20salud.%20bid.pdf>
- Madison, K. M., Volpp, K. G. y Halpern, S. D. (2011). The law, policy, and ethics of employer's use of financial incentives to improve health. *Journal of Law, Medicine y Ethics*, 39(3), 450-468. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2011.00614.x/pdf>
- Maldonado, C. (2008). Complejidad de la salud: interacciones entre biología y sociedad. En M. Espinel et al. (Eds), *Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas: perspectivas, retos y alternativas* (pp. 96-107). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Mandal, S. (2012). Supply chain performance: review of empirical literature. *Romanian Review of Social Sciences*, 3, 24-34. Recuperado de file:///C:/Users/usuario/Downloads/370_paper%203_rrss%20no%203.pdf
- Martín Agudo, M., Sierra Quesada, J., Jiménez Martín, J. y Escudero Espinosa, C. (2007). Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud. *Rev. Esp. Salud Pública*, 81(1), 43-52.
- Martín Martín, J. J. (2005). Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. *Rev. Adm. Sanit.*, 3(1), 111-130.
- McKone Sweet, K., Hamilton, P. y Willis, S. (2005). The ailing health care supply chain: a prescription for change. *The Journal of Supply Chain Management*, 41(1). Recuperado de <http://www.scmiao.ca/Portals/0/documents/Resources/Ailing%20Health%20Care.pdf>
- Meza Carvajalino, C. A. (2003). La salud en Colombia: ¿qué tan meritorio y público es este bien o servicio? *Equidad y Desarrollo*, 1, 57-61.
- Morales Erazo, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción*. Bogotá: Universidad el Rosario.
- Murray, C. J. y Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Ontiveros Delgado, M. E., Prieto Portillo, M. y García Burciaga, A. (2012). Las oportunidades de mejora en la cadena de suministros para negocios en países de América Latina. *Global Conference on Business & Finance Proceedings*, 7(2), 1097-1105.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2000). Sistemas de salud. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2001). Portal de información: medicamentos esenciales y productos de salud. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/4.1.1.html>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: Autor. Recuperado de

- http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
- Phillips, N. y Sakamoto, L. (2012). Global production networks, chronic poverty and “slave labour” in Brazil. *St. Comp. Int. Dev.*, 47, 287-315. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12116-012-9101-z>
- Picazzo Palencia, E., Gutiérrez Garza, E. e Infante Bonfiglio, J. M. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales*, 37(19), 254-279.
- Porter, M. (1999). *Ventaja competitiva* (10.ª ed.). México: Continental.
- Prochnik, V., De Negri, J. A., Garrido, C., Rodrigues, V. y Stanley, L. (2010). La inserción de América Latina en las cadenas globales de valor. *Red Mercosur de Investigaciones Económicas*, 19, 2-8.
- Ross, S. (1973). The economic theory of agency: the principal's problem. *Am. Economic Rev.*, 63(2), 134-139.
- Salmon, P. y Hall, G. M. (2003). Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science & Medicine*, 57, 1969-1980.
- Tobar, F. y Godoy Carranza, L. (s. f.). Estrategias económicas y financiamiento del medicamento. *Cuadernos Médico Sociales*, 80, 67-91.
- Toro, L. y Ochoa, F. (2012). Salud: un sistema complejo adaptativo. *Rev. Panam. Salud Pública*, 31(2), 161-165.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales en el sector salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev. Panam. Salud Pública*, 17(3), 205-209.
- Unützer, J. et al. (2012). Quality Improvement with pay-for-performance incentives in integrated behavioral health care. *Am. J. Public Health*, 102(6), e41-e45.
- Van Herten, L. M., Reijneveld, S. A., y Gunning-Schepers, L. J. (2001). Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *J. Epidemiol. Community Health*, 55, 342-347.
- Vega Romero, R., y Torres Tovar, M. (2011). El papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas equitativos en salud. *Rev. Cub. Salud Pública*, 37(2), 145-154.
- Velásquez, G. (1999). Farmacoeconomía: ¿evaluación científica o estrategia comercial? *Rev. Panam. Salud Pública*, 5(1), 54-57.

Recibido: 13 de julio del 2014

Aprobado: 17 de agosto del 2014

CORRESPONDENCIA

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa
wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co