

HUMANIZACIÓN EN LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Luis Guillermo Cantor-Wilches¹
 Luis Jaime Romero-Puentes¹

RESUMEN

Introducción: El artículo se origina de observar la atención deshumanizada en la prestación de servicios de salud. *Objetivo:* Identificar el concepto humanización, dentro de las características de los requisitos esenciales de las redes integradas de servicios de salud. *Métodos:* Revisión documental de conceptualización, a partir de la cual se identificó el concepto de humanización en salud para ubicarlo en la estructura de la propuesta de redes integradas de servicios de salud. Se diseñó una escala triádica, por parte de los expertos, presente/ausente/indirecta del factor humanista (según el concepto: humanización), en las requisitos esenciales de la red. *Resultados:* El carácter humanista de la red permite proponerla como solución a la fragmentación y deshumanización de los servicios de salud en el país. Las redes de prestación de servicios de salud se organizan mediante una estructura funcional de doce requisitos esenciales, donde la humanización es fundamental para prestar servicios de salud con calidad e integralidad, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En cuatro de los requisitos se presenta el carácter humanístico, en seis, está presente indirectamente; y en dos no se evidencia el contenido de humanización. La formación del recurso humano que compete al sistema educativo es vital para la red con sentido humano. La instalación, desarrollo y control de los requisitos no caracterizados por la humanización de la red integral de servicios de salud dependen de decisiones políticas y técnicas del sector salud. *Conclusión:* Se deben prestar los servicios de salud en la red de las empresas sociales del Estado, bajo la estructura de los doce requisitos esenciales propuestos por la Organización Mundial de Salud/Organización Panamericana Salud, de manera integrada, integral y humanizada.

Palabras clave: humanización, redes, integralidad, segmentación y fragmentación.

HUMANIZATION IN THE FORMATION OF HEALTH SERVICE PROVISION NETWORKS

ABSTRACT

Introduction: This study was originated in the observation of the dehumanized rendering of health care services. *Objective:* To identify the concept of humanization within the characteristics of the essential requirements of the Integrated Networks of Health Care Service (INHS). *Method:* A documental conceptualization review was done, which served to identify the notion of humanization in the health care service, and place it within the structures of the proposal of INHS. Methodologically, a triadic scale of the humanistic factor was designed by experts - present/absent/indirect (according to the humanization concept) within the

¹ Médico.

Essential Requirements of the Network. *Results:* The humanistic character of the network makes possible to propose it as the solution to the fragmentation and dehumanization of the health care services in the country. The Health Care Service Network is organized through a functional structure based on 12 essential requirements, where humanization is essential to render a quality and integral health service within the General Social Health Care System. Four of the requirements show the humanistic characteristic. Six of them include it indirectly, and in other two of them, there is no evidence of a humanization content. The formation of human resources that is part of the educational system is vital to have a network with a great human sense. The implementation, development and control of the requirements that are not characterized by the humanization of the Integral Health Care Network depend on political and technical decisions of the health care sector. *Conclusion:* Health care services need to be rendered by the network of Social State Enterprises under the structure of the 12 essential requirements proposed by the World Health Organization (WHO) and the Pan-American Health Organization (PHO) in an integrated, integral and humanized way.

Key words: Humanization, networks, integrality, segmentation and fragmentation.

Introducción

En nuestra experiencia médica y administrativa de más de veinte años, hemos evidenciado la baja calidad en el manejo integral de los pacientes como seres humanos. La fragmentación,² la segmentación³ y falta de humanización en el suministro de los servicios de salud generan mala calidad en su prestación. Esta realidad nos motivó a adelantar una revisión del tema, a partir del cual surgió una pregunta para este estudio: ¿cómo la mala calidad en la prestación del servicio de salud tiene un componente estructural que es humanización?

Con la siguiente perspectiva se definió el tema de investigación: la importancia de la hu-

manización en la conformación de las redes de servicios de salud (1), que generó la pregunta: ¿se ha implementado el concepto de humanización en la propuesta de reorganización de la prestación de los servicios de salud por medio de redes integradas de servicios de salud⁴ (2), en Bogotá D. C.?

Esta reflexión implica construir una referencia teórica para comprender la noción de humanización en el contexto de las redes integradas servicios salud (3,4). En el ámbito de los servicios de salud, mejorará la calidad comprender el hecho de la fragmentación y segmentación como problema, y modificarlo por medio de red, teniendo como fundamento la humanización (5-7).

La Secretaría Distrital de Salud se ha enumerado en el proyecto de reorganizar la Red Distrital de Servicios de Salud (8), con el objetivo de corregir la fragmentación del suministro de los servicios, donde la humanización debe ser fundamental. Considerando esencial la humanización de la práctica médica, se esclarecerá su

2 La Organización Panamericana de la Salud define la fragmentación de los servicios de salud como la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud” (Salud en las Américas 2007).

3 Según la Organización Panamericana de la Salud, los sistemas segmentados se caracterizan por la coexistencia de un subsistema público orientado a los pobres e indigentes; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes, y un subsector privado que, a su vez, se divide en dos: uno con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población, y otro, sin fines de lucro (organizaciones no gubernamentales, organizaciones de beneficencia), orientado a satisfacer las necesidades de los pobres desprovistos de protección por parte del sistema público.

4 La definición para redes integradas de servicios de salud, desarrollada por el Dr. Shortell, profesor de la Universidad de Northwestern, Estados Unidos: “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

presencia en las redes integradas de servicios de salud (9).

Para tal fin es contextualizada la humanización en el sistema capitalista de corte neoliberal; posteriormente, el concepto de humanización desde el ser humano, la persona y el individuo, conceptos fundamentales para entender la humanización como valor y derecho en la prestación de los servicios de salud.

Bajo este modelo transitamos desde una situación de no derecho, de los servicios de salud, a una de derecho (la salud es un bien social esencial, un derecho básico y universal inherente a la dignidad de la persona humana) (10-14). Desde esta perspectiva de derechos, nos hemos acercado a la propuesta de humanización en la prestación de servicios (15,16).

Entonces, si definimos la deshumanización como el grado de objetivación, podemos afirmar que la atención en el sistema de salud es deshumanizada, puesto que se trata al paciente como una enfermedad o un síntoma, no como una persona, sino como un caso interesante. No se tienen en cuenta sus derechos, dignidad, autonomía y libertad del paciente, pues se le cosifica (17,18). Por lo anterior se debe humanizar la prestación de los servicios de salud, específicamente en la ejecución de las redes integradas de servicios de salud (19).

Si pretendemos conceptualizar la prestación de los servicios desde el carácter humanista, debemos entender al paciente como ser humano, como persona y como individuo, para darle sentido humano a esta propuesta (20). Si consideramos al ser humano formado por cuerpo y alma, donde los médicos se han dedicado a tratar el cuerpo y los psiquiatras, psicólogos, la psiquis. Si logramos pensarla como una sola unidad, estaremos ayudando a fundar las bases para que la práctica de esta actividad no sea “deshumanizada”.

En este proceso surge el concepto de persona (21), fruto de la cultura occidental. Persona es el ser humano, con independencia, capacidad de opción, de aceptación y reconocedora de dere-

chos. El principio rector de la medicina consiste en la aceptación del hombre como individuo (22), con dignidad, autonomía y libertad.

La formación del médico, además de tener un componente de conocimientos técnicos que se fortalecen con la práctica, cuenta con carácter humano que a pesar de ser muy propio del individuo, se fortalece en la interrelación con los pacientes y sus familiares (23).⁵

La definición de humanización significa que los seres humanos tienen una condición distinta de los objetos (24,25).⁶ La única justificación para intervenir es la de ayudarlo a crecer y florecer hacia su propio fin. La humanización también es la democratización de las relaciones entre los trabajadores, usuarios y gestores (26).

El cuidado humanizado es un ideal humanitario, se debe involucrar al individuo a la comunidad. Los conceptos de empatía/afecto (27) son aspectos emocionales discutibles en una atención humanizada tanto que la implicación afectiva puede dificultar las decisiones objetivas y disminuir la autoridad necesaria para el seguimiento de las medidas terapéuticas (28). La amistad entre el médico y el enfermo puede entenderse como una relación cooperativa (29,30). El médico y el enfermo deben ser como camaradas que recorren un mismo camino, hacia una misma meta que es la curación.

Un sistema sanitario humanizado debe estar pensado y concebido en función del hombre. Este sistema sanitario debe estar integrado, proteger y promover la salud, corregir las discriminaciones, dar participación al ciudadano,

5 Según Oswaldo Lazo: “La humanización de la medicina no es incompatible con la visión técnica de la disciplina, que en último término, exige un aprendizaje paralelo del médico, que se traduce en conocimientos, habilidades y actitudes como el respeto por las personas, como la compasión, la honestidad, la confianza y el reconocimiento del derecho del paciente a realizar sus propias elecciones médicas”, citado en la *Revista Peruana de Epidemiología*.

6 Albert Schweitzer, quien dice: el humanitarismo consiste en no sacrificar jamás un ser humano a un objetivo”.

que garantice la salud de todos los ciudadanos bajo la concepción de “estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud” (31-35).

Humanizar la práctica médica es un paradigma que conceptualiza al ser humano como un ser bio-psico-sociocultural y dejar atrás el modelo únicamente biomédico. El nuevo paradigma integra las diferentes dimensiones que constituyen al ser humano (36) y su adopción lleva a modificaciones en la educación médica y en la práctica del ejercicio profesional (15,37).

La educación médica desde la formación humanitaria al profesional de la salud, le compete directa y específicamente al sistema educativo y la familia. Debemos poner nuestro grano de arena para ver al paciente de manera integral, en cuerpo y alma, en el contexto donde tiene lugar, “para colocar al ser humano, tal y como es” (38).

Con la anterior conceptualización podremos caracterizar el sentido de lo humano en cada uno de los requisitos esenciales de la red propuesta para reorganizar el sistema de prestación de servicios de salud, en Bogotá D. C. El manejo integral e integrado del paciente en las redes integrales de servicios de salud conlleva la necesidad de que la atención sea humanizada, por cuanto el manejo del paciente es una totalidad (39); por este motivo, no debe perderse de vista el carácter de humanización propio de las redes integradas servicios salud.

Materiales y métodos

El artículo, que es un análisis teórico, se propone como un documento original de revisión (40). Con la intención de verificar si el concepto se encuentra presente o no en las características esenciales que conforman la propuesta teórica de la red de prestación de servicios de salud de la Secretaría Distrital de Salud, inicialmente se divide la revisión documental en tres grandes temas: 1) artículos de redes que contemplaban aspectos como su definición y las característi-

cas de la estructura de una red; 2) el concepto de humanización y en torno a la salud, y 3) el concepto de humanización en las características esenciales de las redes.

A partir de estos tres temas se llevó a cabo un análisis exhaustivo y riguroso que permitió clarificar el concepto de humanización en la prestación de servicios de salud y también en las características esenciales que conforman la estructura conceptual de las redes integradas de prestación de servicios de salud.

Para ello se revisaron textos, capítulos de textos, revistas, la biblioteca virtual, entre otros, y se encontró la temática alrededor de redes integradas de servicios de salud, humanización, humanización en estas redes y humanización en salud (tabla 1).

Posteriormente, los autores construyeron una escala triádica: presente-ausente-indirecta, para verificar en cada una de los doce requisitos esenciales de las redes; además, si está presente o ausente el concepto de humanización. Entre tanto, para el análisis de los datos se emplearon las frecuencias absolutas sí/no, con el objetivo de simplificar la información obtenida. Así, se constató la aparición del concepto de humanización como requisito constitutivo de red de prestación de los servicios de salud:

- *Presente* en el requisito esencial de red.
- *No presente* en el requisito esencial de red.
- *Presente de forma indirecta* el contenido humano en el requisito esencial de la red.

Finalmente, con la información obtenida de las frecuencias absolutas definidas se verificó si en las características o requisitos esenciales de la red estaba presente o no el concepto de humanización.

Resultados

En la tabla 2 vemos la presencia, la no presencia y la presencia indirecta del contenido humano en cada una de los doce requisitos esenciales de la estructura de las redes integradas de servicios de salud (41).

Tabla 1**Marco documental**

Temáticas	Autores (apellido, nombre)
Redes integradas de servicios de salud	Amador Galván, M. Redes integradas de servicios de salud. Salud en las Américas 2007, OPS/OMS. Conferencia Internacional de APS Alma Ata. Proyecto 632 (Secretaría Distrital de Salud)
Humanización	Ramos, S. Ricardo, R. Gracia, D. http://historiasimperfectas.blogspot.com/deshumanizacionn.Html/21/06/2008/
Humanización en redes integradas de servicios de salud	Montenegro, H. Merlant, P. Lazo, O. OPS/OMS. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas, OPS/OMS. Ruben W. http://www.mialcaldiadelaconsta.com Ramírez. http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102 http://www.famg.org.ar//la.doc.septiembre2010 http://www.sscocquimbo.cl/menus/principal/mision.php Cardona, I. http://www.personeriamedellin.gov.co . 2010. http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/guias/multiguia . Tirado, C. y Troncoso, M. S. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria.
Humanización en salud	Sarda, R. Ángel, R. Mora, A. Jaspers, K. Lain Entralgo, P. Franco, L. Leal, Q. Schweitzer, A López Mercado, J. e Israel, S. Rodríguez, A. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. OPS, 2008. http://medicablogs.diariomedico.com/humana/bioética_y_humanización_de_la_medicina/humana/2008/10/31/ http://www.humanizar.es/formacion/imgdocumentos/jornadashumanizacion2008/docqueeshumanizarsalud .

Tabla 2

Doce requisitos en la red integrada de servicios de salud

	Atributos esenciales de la red	Sí	No	Ind.
1	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que determinan la oferta de servicios del sistema	x		
2	Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional			x
3	Un primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población			x
4	Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extrahospitalarios			x
5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios		x	
6	Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio	x		
7	Un sistema de gobernanza participativo y único para todo la red integrada de servicios de salud	x		
8	Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico		x	
9	Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema	x		
10	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red integrada de servicios de salud			x
11	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema			x
12	Acción intersectorial amplia			x

Se encontró que en cuatro de los doce atributos o requisitos esenciales de las redes (33%) la presencia del carácter humanístico es evidente, hace parte del concepto de los requisitos de la red: 1, 6, 7 y 9. En dos de los doce atributos de la red no se presenta de manera clara el contenido de humanización (16%): 5 y 8. En seis de los requisitos esenciales de red se presenta el sentido de lo humano de manera indirecta (50%): 2, 3, 4, 10, 11 y 12.

Evidentemente, en el atributo del recurso humano, que es vital para la red, la responsabilidad estructural de su formación le compete al sistema educativo. Para el resto de los atributos, su instalación, desarrollo y control dependen en gran medida directamente de la decisión política y técnica del sector de la salud que realice la red.

En el estudio se presentaron dos hallazgos negativos, en lo relacionado con los atributos número 5, referidos a la existencia de mecanismos

de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios, y número 8, gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico, atributos que tienen un carácter eminentemente técnico.

Se encuentra el sentido humano en la propuesta de prestación de servicios de salud en red para mejorar su calidad de forma directa en un 33% y de forma indirecta en un 50%. Ello nos hace pensar que se deben buscar las estrategias para que la humanización de la prestación de los servicios de salud hagan más presencia en la conformación de las redes integradas de servicios de salud.

Discusión

Para abordar este punto es importante aclarar que el modelo de prestación de servicios de salud en red se caracteriza por la capacidad de percibir al paciente desde la perspectiva de la esencia social del hombre en todas sus dimensiones

(física, psicológica, social y espiritual), así como de responderle con un tratamiento efectivo e integral, lo cual implica la aplicación del concepto de humanización.

Este modelo es una opción para enfrentar importantes retos, como son la fragmentación de la prestación de los servicios, la enajenación de la salud del ser humano, al igual que un ingrediente necesario del propósito loable de dar un rostro más humano a la salud en el próximo siglo. A continuación se discute si el concepto de humanización en salud planteado se encuentra presente en cada una de las definiciones de las doce características o requisitos esenciales de las redes integradas de servicios de salud.

Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema

El conocimiento de la población/territorio a cargo hace parte del carácter humanitario de la red, puesto que permite elaborar perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen, y en forma particular de los grupos poblacionales más vulnerables (los socialmente excluidos, los pobres, las minorías, los indígenas, los afrodescendientes, los minusválidos, las mujeres, los niños y los ancianos), ya que la exclusión en salud aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género) y la estigmatización que sufren los enfermos mentales y las personas con necesidades especiales. Este requisito esencial de tolerancia, inclusión, reconocimiento *hace parte directa* del contenido humanista en la prestación de los servicios médicos, de la red.

Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio

Este requisito esencial es uno de los que *representan en mayor medida la implementación del concepto de humanización* de las redes.

El cuidado centrado en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado que considera las

dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona, significa también el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre el ser humano; que el cuidado se adapta a las necesidades específicas de la persona, y que el proceso de decisión clínica se comparte entre el prestador y la persona. El cuidado centrado en la persona se vincula también con el enfoque centrado en los derechos y deberes de los pacientes.

Por otra parte, el enfoque familiar y comunitario significa que el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan. Esto implica que hay claridad sobre el servicio de salud como una organización que depende de las características de los seres humanos que los protagonizan.

Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el sistema

La responsabilidad social, que tiene carácter ético, con la población que se atiende en la red, es considera el factor humano. En esa característica de la red, como se propuso en la conceptualización, el implante, la ejecución y el control de la existencia de la red es determinado por la decisión política, que tiene un carácter completamente ético, por ser un componente humanitario. *Es una característica humanitaria presente* en la conformación de la red, donde el concepto de humanización se implementa mediante la concepción y la aplicación de la política sobre el servicio de salud como parte de la responsabilidad social.

Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema

El concepto de humanización debe ser construido de manera consciente por los estudiantes de las aéreas de la salud y por sus maestros. Los currículos de cada carrera relacionada estarán estructurados desde la apropiación de este concepto como eje transversal, que los estudiantes vivencien en la cotidianidad de su formación universitaria.

Además, este requisito para la conformación de las redes es el más importante, en la medida en que es el frente de acción humanitaria en la práctica médica (consulta médica). Aparte de hacer aprender a los futuros médicos, ciencias básicas, método científico, patología y clínica —una práctica clínica supervisada y óptima—, otros aspectos deben estar presentes en su aprendizaje como:

- Enseñanza multidisciplinaria en la carrera de medicina de las ciencias del hombre: incluir aspectos de filosofía, antropología, historia, sociología y bioética.
- Enseñar que el hombre/mujer es él mismo + su entorno + su economía + su historia + su cultura. Todos estos aspectos vienen a la consulta cuando el ser humano consulta al médico. Todos tienen algún grado de influencia sobre sus enfermedades actuales o futuras: medicina social, salud pública y las disciplinas mencionadas.
- Enseñar que el ser humano piensa, siente, imagina, teme y desea forma parte de él, es influído por los trastornos de su soma, e influye en las enfermedades del cuerpo: psicología.

El médico formado con estas perspectivas casi seguramente hará una práctica más humana de la medicina, así:

- Considerará al ser humano integralmente.
- Considerará que quien lo consulta es una persona.
- Lo llamará por su nombre correcto, lo saludará, lo escuchará.
- No hablará con palabras técnicas en presencia del paciente.
- Le pedirá sus opiniones y consentimiento.
- Se adaptará a su lenguaje.
- Respetará sus creencias.
- Lo consolará.

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios

Los mecanismos de coordinación dependen de cada situación (consulta médica), en general,

y del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas, en particular. Este atributo es eminentemente técnico y, por lo tanto, *no presenta el contenido humanista de forma directa* en la red.

Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico

No es evidente el carácter de lo humanitario en esta característica esencial de la red, en la prestación de servicios de salud. Este atributo es eminentemente de carácter técnico.

Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional

El carácter humano hace parte de esta característica indirectamente, puesto que se plantea cómo contribuye a una mejor calidad de vida del paciente y la familia, y a un control de los costos para el sistema de salud. Por ser importante una atención médica integral, que se extienda hasta la vida cotidiana con programas de prevención, seguimiento y educación individual familiar y comunitaria.

Por otra parte, si la promoción, recuperación y conservación de la salud es la razón ética de la medicina, cualquier acción contraria riñe con ella, choca con el principio de beneficencia del carácter humanitario que debe tener la red. En la presente investigación este contenido humanitario se encuentra *indirectamente relacionado* con este requisito esencial de la red.

Un primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población

Aquí se puede evidenciar la presencia de *manera indirecta*. Específicamente en una red integrada de servicios de salud, el primer nivel de atención

desempeña un papel clave e irremplazable para el adecuado funcionamiento del sistema como un todo. Este nivel provee el cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo del tiempo y durante todo el ciclo vital.

Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, preferentemente en ambientes extrahospitalarios

Este atributo esencial se presenta en *sentido indirecto* en la implementación del concepto de humanización, que debe tener la red como estructura, al contemplar los espacios cotidianos, como los más apropiados para desarrollar los servicios de especialidad, pues en estos se da el manejo del espacio vital, familiar y acogedor para cualquier ser humano. Con ello se tiene en cuenta un servicio centrado en el ser humano.

Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de las redes integradas servicios de salud

La implementación del concepto de humanización en este *atributo es indirecto*, ya que se relaciona con el ejercicio de armar sistemas de información pertinentes y claros, que partan de las características del fenómeno comunicativo que permite la comprensión del trabajo entre congéneres; por ello en las redes integradas de servicios de salud es importante tener acuerdos sobre un lenguaje común y definiciones de estándares, los cuales deben actualizarse constantemente. Se debe mantener la confidencialidad de la información en pro de la dignidad, siendo uno de los derechos de los pacientes.

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema

En aspectos de políticas financieras, es necesario promover métodos éticos de contratación y protección a los trabajadores para velar por la equidad y la justicia, y apoyar la sostenibilidad fiscal. Esto expresa el carácter *humanitario indirecto* que se plantea en una red.

Acción intersectorial amplia

La salud aparece como un producto social, en el cual sus actores y sus acciones trascienden significativamente las fronteras del denominado sector de la salud, por lo que se requiere un compromiso, una respuesta y una participación social organizada. La acción intersectorial puede incluir colaboración con el sector público, con el sector privado o con la sociedad civil. Ella puede incluir colaboración con los sectores de educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento, protección social, entre otros.

Según la conceptualización de humanización de la actividad médica en las redes de prestación de servicios de salud propuesta, este atributo se considera *indirecto* y depende su ejecución de la voluntad política, el compromiso y la formación cultural de las directivas de la red.

Referencias

1. Wernik R. Salud y concepto de APS integrada [internet]. Disponible en <http://www.mialcaldiadelacosta.com>.
2. Organización Panamericana de la Salud en Colombia. Redes integradas de servicios de salud [internet]. Disponible en <http://new.paho.org/col/index.php>.
3. Ramos S. Hacia un nuevo humanismo. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
4. Tirado C, Troncoso MS. Red de atención de salud en atacama [internet]; 2006. Disponible en http://medicina.uach.cl/saludpublica/.../Red_de_atencion_de_salud_Atacama.pdf.
5. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios [internet]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>.
6. Martins Mishima S et al. La asistencia en la salud de la familia bajo la perspectiva de los usuarios. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_20.pdf.
7. La atención domiciliaria como estrategia de integración de los servicios de salud [internet];

2010. Disponible en <http://www.famg.org.ar/.../la%20atencion%20domiciliaria.doc>.
8. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud. Redes sociales y de servicios. Bogotá; 2009.
9. Coquimbo Chile. Servicio de salud [internet]. Santiago. Disponible en: <http://www.sscoquimbo.cl/menus/principal/mision.php>.
10. La salud no es un deber del Estado, sino un derecho ciudadano. Documento procedente de la XI Jornada del Foro Nacional de Salud. Perspectiva ciudadana; 2001.
11. Conferencia Internacional de APS. Alma Ata; 1978.
12. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria (declaración de buenos aires). Documento procedente de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo “Derechos, hechos y realidades”; Buenos Aires, Argentina; 16 y 17 de agosto del 2007.
13. República de Colombia. Política Nacional de Salud 2005-2008: construyendo juntos una política de Estado “Salud para todos con equidad”.
14. La humanización de la medicina. Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sardá. 2004;19:146-7.
15. Lazo O. Gerencia de servicios de salud: renovando paradigmas. Revista Peruana de Epidemiología. 1995;8(2).
16. Cardona Moreno I. El SGSSS requiere una profunda reestructuración [internet]; 2010. Disponible en: <http://www.personeriamedellin.gov.co>.
17. Gironés C. Bioética y humanización de la medicina. Humana [internet]. 2008. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/.../bioetica-y-humanizacion-de-la-medicina/>.
18. López Mercao J, Israel S. Dr. Guillermo Dighiero, un uruguayo en el Instituto Pasteur: volver a humanizar la medicina. Noticias, 2000;(108):48.
19. Gobernación de Antioquia. Atención integral en salud: un compromiso de todos [internet]. Medellín; 2007. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/guias/multiguia00.pdf>.
20. Schweitzer A. Bioética y humanización de la medicina [internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com>.
21. Amaris Mora A. Deshumanización de la medicina hacia una medicina más humana. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1997.
22. Montenegro H. Modelos de atención fundamentados en la atención primaria de la salud. Documento procedente del Foro Internacional de Modelos de Atención en Salud; Bogotá, Colombia; 25-26 de Mayo de 2004.
23. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2008.
24. Rodríguez A. Hacia la humanización en salud. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
25. Maglizzi P. Humanizar para una nueva salud y sanación hoy. Ars Médica [internet]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/.../Humanizar.html>.
26. Rivero Sánchez JM. Profesor de la Facultad de Derecho-Universidad de Costa Rica [internet]. Disponible en: <http://www.cienciaspenales.org/.../rivero13.htm>.
27. Historias imperfectas: humanización de la medicina, un sueño posible [internet]; 2008. Disponible en: <http://historiasimperfectas.blogspot.com/.../deshumanizacion-o-falta-de-vocacion.html>.
28. Amador Galván M. Plan de humanización de la atención sanitaria del sistema sanitario público de Extremadura. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
29. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Guadarrama; 1969.
30. Schiappacasse E. Humanismo y medicina. Concepción: Oficina de Educación Médica Facultad de Medicina Universidad de Concepción; s. f.
31. ¿Qué es humanizar en salud? [internet] 2008. Disponible en: http://www.humanizar.es/formacion/img_documentos/jornadas_humanizacion_2008/doc_que_es_humanizar_salud.pdf.
32. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington: OPS; 2007.
33. OPS/OMS. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Washington; 2008.

34. OPS/OMS. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (declaración de Montevideo). Washington; 2007.
35. Macena Figueiredo A de. La violencia en el sector de la salud: derecho y cambio social [internet]. Disponible en: <http://www.derechocambiosocial.com/>.
36. Leal Quevedo FJ. Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. En: Hacia una medicina más humana. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1997. p. 15-22.
37. Aspectos generales del curso virtual de desarrollo de capacidades para la renovación de la atención primaria de salud (APS). s. d.
38. Merlant P. Iniciativa Socialista. 2001;(60).
39. Jaspers K. La práctica médica en la era tecnológica. Barcelona: Gedisa; 2003.
40. Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud. Guía para los autores y experiencias exitosas.
41. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. s. d.: 2008.

Conflicto de intereses: los autores niegan tener conflictos de interés.

Correspondencia
Luis Jaime Romero Puentes
luis_jaime_romero@yahoo.com

Recibido para evaluación: 3 de marzo del 2011
Aceptado para publicación: 13 de mayo del 2011

