

La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud

The deconstruction of humanization: towards the dignity of health care

A desconstrução da humanização: rumo à dignidade da atenção à saúde

John Camilo García Uribe¹

¹Enfermero, Magister en Bioética Universidad Ces, Grupo de Investigación ETICES, Bello Colombia.
Orcid: 0000-0002-3810-5583. Correo electrónico: johnc.garcia@udea.edu.co

Correspondencia: Grupo de investigación SFC, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington, calle 51 n.º 51-27, Medellín, Colombia.

Para citar este artículo: García, J.C. (2021). La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>

Recibido:20/11/2020 Aceptado: 19/02/2021



RESUMEN

Este es un artículo de carácter crítico – argumentativo sobre el concepto de humanización del cuidado de la salud, es una apuesta por ir al trasfondo de la humanización y deshumanización en salud, con el objetivo de la deconstrucción y reconstrucción de los términos; buscando un cambio en el paradigma o del marco conceptual de la humanización para apuntar nuevamente hacia un concepto que parece estar en las postrimerías, el concepto de dignidad. A través de un viaje metodológico-hermenéutico entre las dicotomías humanas, egoísmo y compasión, eros y tánatos, los cuales, confluyen en un solo ser, siendo parte de una misma unidad existencial, para ello se toman varios referentes conceptuales como Jacques Derrida, Joan Carles Melich y Steven Pinker, entre otros, para finalmente retomar y proponer el concepto de dignidad para renombrar la “humanización”, en el marco de la atención en salud, que toma como punto de partida la igualdad para encontrar la diferencia y las necesidades del otro, a través de una relación de cuidado.

Palabras clave: Humanización de la Atención; dignidad; atención dirigida al paciente; deconstruccionismo.

ABSTRACT

This is a critical - argumentative article about the concept of humanization of health care, it is an approach to go to the background of humanization and dehumanization in health, with the aim of deconstruction and reconstruction of the terms; looking for a change in the paradigm or the conceptual framework of humanization to point again towards a concept that seems to be in the aftermath, the concept of dignity. Through a methodological-hermeneutical journey between the human dichotomies, selfishness and compassion, eros and thanatos, which converge in a single being, being part of the same existential unit, for this various conceptual references are taken, such as Jacques Derrida, Joan Carles Melich and Stiven Pinker, among others, to finally return and propose the concept of dignity to rename "humanization", within the framework of health care, which takes equality as a starting point to find the difference and the needs of the another, through a caring relationship.

Keywords: Humanization of Care; dignity; patient-directed care; deconstructionism.

RESUMO

Este é um artigo crítico-argumentativo sobre o conceito de humanização da atenção à saúde, trata-se de uma abordagem para percorrer o pano de fundo da humanização e da desumanização em saúde, com vistas à desconstrução e reconstrução dos termos; em busca de uma mudança de paradigma ou de quadro conceitual de humanização para apontar novamente para um conceito que parece estar em seu rescaldo, o conceito de dignidade. Por meio de uma viagem metodológico-hermenêutica entre as dicotomias humanas, egoísmo e compaixão, eros e tãatos, que convergem em um único ser, fazendo parte de uma mesma unidade existencial, para isso são tomadas várias referências conceituais, como Jacques Derrida, Joan Carles Melich e Stiven Pinker, entre outros, para enfim voltar e propor o conceito de dignidade para renomear "humanização", no âmbito da atenção à saúde, que toma a igualdade como ponto de partida para encontrar a diferença e as necessidades do outro, por meio de um cuidar relação.

Palavras-chave: Humanização dos cuidados; dignidade; cuidados orientados para o doente; desconstrucionismo.

INTRODUCCIÓN

Repensando la humanización y deshumanización en salud

Este texto es una apuesta por ir al trasfondo de la humanización y deshumanización en salud, con miras a la desconstrucción y reconstrucción de una expresión un tanto polisémica, en ocasiones un tanto profunda, y en otras, un tanto instrumentales y serviles a un sistema de salud mercantilizado. Para hablar de deshumanización, es necesario abordar en primera instancia, el concepto de humanización. La palabra “humanizar está conformada por raíces latinas y a groso modo significa dar características de humano. Sus componentes léxicos son *humanus*

(perteneciente a la tierra) e *izare* (convertir en)”(Corominas and Pascual, 2010). Lo humano, lo perteneciente a la tierra, de acuerdo al mito de cura (Heidegger, 2018) está hecho no solo de tierra, sino que también, goza de cuerpo, nombre, espíritu y tiempo limitado, fue forjado esmeradamente por el cuidado y, dicha forja fue un gesto técnico, en el que se estructura y se modela el barro hasta lograr la forma humana. Por ello ontológicamente, lo humano es la suma de lo técnico y lo cuidado, ya bien decía Hipócrates (Estrada, 2012)“una misma cosa es el amor a la técnica y el amor a la humanidad”

Convertir, etimológicamente está “conformado por *cum*, el cual hace referencia a una reunión, agregación. Y *verteré*, dar un giro cambiar o transformar”(Definiciona, s.f). En otras palabras, se requiere de mínimo dos agentes, en este caso puntual un humano ontológicamente cuidador y técnico, y un proceso asociado a los humanos, como lo sería en este caso la atención o el cuidado de la salud. De modo que, uno de los agentes hace de transformador y otro de transformado. O al menos eso es lo que se pretende hacer creer. Pero humanizar, hace referencia a una relación, y como relación se configura un mecanismo de reciprocidad, un dar y recibir, una relación de reciprocidad, en la que aquel transforma es también transformado y aquel transformado aún conserva algo propio. ¿si el cuidado de la salud es algo esencialmente humano como puede deshumanizarse? ¿a que se refiere entonces humanización?

En el contexto colombiano históricamente se ha utilizado la humanización en tres ámbitos esenciales como la guerra, la educación y la salud (*La Humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. 1. ed, 2017). Todas estas actividades son esencialmente humanas, “el hombre es la única especie que se compone de asesinos de masas”. La educación es la capacitación para responder a todas las exigencias de la vida humana (Acosta Sanabria, 2010) y el cuidado de la salud en ante todo una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (Báez-Hernández *et al.*, 2009). En este sentido quedan algunos interrogantes aparte del cuidado y la técnica, la guerra, la educación, ¿cuáles son las otras características que definen un humano? ¿Cuáles son aquellas características de lo humano que se pretenden inyectar a través del discurso de humanización al proceso de atención en salud? Algunos autores (Barnard and Sandelowski, 2001) han hecho uso del término deshumanizar para hacer referencia a la creciente tecnificación de la salud, no es la tecnología como tal, sino el uso de la tecnología en un contexto dado, lo que determina unos significados para los individuos o los grupos culturales respecto a lo que es y no es humano, ante esto cabría replicar ¿acaso el uso de herramientas técnicas es esencialmente ajeno a lo humano?

Otros autores (Paz, 2017), han asociado la deshumanización con la pérdida de valores y otros (Ávila- Morales 2017) a la supeditación de la salud frente a los intereses económicos, también se ha asociado dicho fenómeno como una consecuencia del modelo racional científico (Universidad Militar Nueva Granada and Ávila-Morales, 2017) que escinde sujeto y objeto, en este caso profesional sanitario-paciente, en el que se olvida por completo el viejo aforismo Hipocrático “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”. También se ha contemplado el término como una consecuencia asociada todos estos factores (sociales, políticos, económicos y humanos) y que puede expresarse de formas variadas, desde la anulación de la autonomía del médico o el paciente, hasta la mala calidad o la inaccesibilidad a la atención en salud (*La Humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. 1. ed, 2017). Aunque en términos generales la pelea contra la deshumanización en salud ha permitido algunos avances, desde favorecer la autonomía de los pacientes, sus derechos y sus deberes. Aun “es necesario examinar críticamente la humanización en cuanto configura un discurso que puede contribuir, paradójicamente, a ocultar el verdadero origen de los problemas más que a resolverlos” (Instituto de Bioética Universidad Javeriana, 2017).

Hablar de humanización, puede ser un término que denota el egocentrismo como característica humana, dado que le confiere a la categoría humana un carácter superlativo benevolente, hoy en día se humanizan desde perros y gatos hasta salud y educación, ¿Qué hay de diferente en humanizar un perro y humanizar la salud o la educación? ¿realmente se le están confiriendo características humanas a las mascotas o la salud? Cuando hablamos de humanizar a los animales se hace referencia a asignar características y actividades a animales que no las poseían, no las necesitan y por ello pueden ser contraproducentes (Capo y Frejo Moya, 2010), por ejemplo, una fiesta de disfraces para perros, compartir la mesa y los mismos alimentos con las mascotas, sobrecargarlos con objetos decorativos o excederse en las medidas de higiene. Ahora bien, cuando se hace alusión a humanizar una salud deshumanizada, en el sentido de la pérdida de valores humanísticos, la mercantilización y tecnificación (son actividades humanas) de la salud están íntimamente ligadas a lo humano, es necesario asumir que lo humano implica, perfectibilidad y no la perfección, que es humano el intercambio, lo técnico y por supuesto algunos defectos o antivaleores, como el egoísmo, la crueldad, la avaricia, entre otras. Por lo que hablar de humanizar la salud podría constituir un término detrás del cual se ejercen no solo múltiples significados, sino que a la hora de implementar estrategias con el eslogan de humanización pueden ser un tanto confusas. De otro lado, catalogar el cuidado de la salud como algo deshumanizado, es un

oxímoron, en la medida que se yuxtapone a la naturaleza del cuidado. Las practicas de salud han cambiado y seguirán cambiando, mas ello no significa que se han deshumanizado.

Retomando el ejemplo de las mascotas (no poseen características humanas, no las necesitan y podrían ser contraproducentes) y traslapándolo al cuidado de la salud sería posible afirmar, el cuidado de la salud tiene ya de por si características humanas, algunas de ellas parecen sobreponerse a las otras, se necesita retomar el punto medio entre ellas, porque de lo contrario los efectos adversos seguirán afectando a pacientes, profesionales y a la sociedad en general. Caben entonces algunos cuestionamientos ¿Qué ha hecho ponderar ciertos rasgos humanos sobre otros?,¿realmente existe una ponderación de unas características sobre otras?, si la humanización de la salud no es el termino adecuado, ¿cuál sería?,¿Cómo lograr un balance entre técnica y cuidado?

DESARROLLO DEL TEMA

Lo humano una eterna disputa: del egoísmo a la empatía y compasión.

Esta problemática ha sido ampliamente discutida a lo largo de la historia. Desde el enunciado oscuro de Hobbes “el hombre es lobo para el hombre”, hasta el prerromanticismo de Rousseau, pasando por algunas zonas a escala de grises, como el Eros y Tánatos Freudiano o el conflicto existencial de lo humano planteado por Fromm. Dado que la vida no es a blanco y negro, sino a escala de grises, y lo virtuoso desde una perspectiva Aristotélica tiende al justo punto medio, se pretende argumentar la confluencia de ambas pulsiones y el conflicto existencial desde la posibilidad de ser o no ser, de acoger o no acoger desde la posibilidad de ser. Esta confluencia de opuestos ya ha sido ampliamente expuesta por Hegel (1996) con la parábola del botón y la flor . “El botón desaparece con el surgimiento de la flor y se podría decir que aquél es negado por ésta [...] Pero su naturaleza fluida las transforma al mismo tiempo en momentos de la unidad orgánica, las cuales no sólo no se rechazan, sino que se demuestran tan necesarias la una como la otra”. En otras palabras, la vida humana se constituye de las dicotomías, de las elecciones y abandonos. La pregunta es ¿qué polo atrae más?

Según los hallazgos arqueológicos y las recientes teorías evolutivas fue la capacidad de cooperar a gran escala lo que catapultó el ascenso del Homo sapiens (Harari, 2011), en la cadena alimenticia, pasar de presa a depredador, pero allí detrás de la cooperación a gran escala, la fundación de mitos, la formación de instituciones, y el gran avance tecnológico, ¿acaso había un interés propio, en los cercanos, o un interés común? Desde el darwinismo, se podría afirmar que el impulso humano de crear formas de vivir y estructuras sociales más complejas no es más que

una manifestación de la necesidad innata de asegurar nuestra supervivencia individual y nuestro potencial reproductor (Dawkins, 2004). Sin embargo, es posible contraargumentar desde otra perspectiva, afirmando como la retroalimentación empática constante es el aglutinante social que hace posible unas sociedades cada vez más complejas. Sin empatía sería imposible imaginar la vida social y la organización de la sociedad. Se hace imposible imaginar una sociedad estrictamente egoísta o autista. La sociedad exige ser social y ser social exige extensión empática (Rifkin, 2010).

La empatía es esencial para reconocer que los demás son similares a la individualidad, es introyectar, que por el mero hecho de ser en el mundo y compartir una casa común, sus vidas y su bienestar son tan importante como el nuestro. Sin embargo, puede que la empatía se quede corta en actos y se requiera de una compasión para actuar y movilizarse, por y con el otro. Ahora bien, si tomamos la empatía como el proto sentimiento del compasivo, aun queda un cuestionamiento por dirimir, ¿se es empático por interés propio o por el otro?, ¿Está en la compasión el gen egoísta? Retomando un ejemplo propuesto por Peter Singer en su obra vivir éticamente (Singer, 2017):

Tomas Hobbes iba un día caminando por Londres y le da una limosna a un mendigo. Un acompañante le acusó de inmediato de refutar su propia teoría basada en el egoísmo, pero Hobbes replicó que le complacía ver que hacia feliz al mendigo, por lo que el hecho de darle limosna era coherente con el egoísmo. Pero suponiendo que Hobbes hiciera eso todo el día, todos los días que buscara activamente gente necesitada y les ofreciera ayuda hasta el punto de mermar su fortuna y vivir de forma mas sencilla para poder dar más. ¿Sería este Hobbes imaginario un egoísta?

Y el mismo autor (Singer, 2017) replica que, si ello fuera afirmativo, la idea de que todos somos egoístas, no tendría sentido, en la medida que durante el proceso se acoge y hay una preocupación por el otro. Lo importante es lo que mueve a las personas, la intención, y no la consecuencia de ganar o perder algo. ¿Podría entonces considerarse una utopía que la naturaleza humana en lugar de ser intrínsecamente malvada, interesada y egoísta fuera empática y compasiva, y que el egoísmo, que se ha considerado primario, fuera un impulso secundario fruto de la represión o la negación del instinto empático básico?

Si ambos sentimientos confluyen en una sociedad y en los individuos, sin tener en cuenta el orden de importancia o su origen. Y si la idea de felicidad o bienestar permite tanto acoger como excluir al otro, ¿seguirá siendo correcto hablar de una salud deshumanizada para referirse al egoísmo, al mercantilismo o la ponderación de los antivalores?

Más que un juego de palabras ¿Humanizar lo humano o deshumanizar lo inhumano?

El proceso de humanización del hombre como especie, es un proceso continuo, ligado a los lazos evolutivos denominados hominización. “Sin hominización no puede haber humanización; sin humanización no puede haber conciencia de nosotros mismos” (Carbonell, s.f). Si lo uno está ligado a lo otro, podría entonces afirmarse que la falta de hominización conllevaría a una poca humanización. La relación entre lo sociocultural y lo biológico no es una relación unidireccional, dado que los cambios socioculturales también modelan la genética y evolución humana (Bermudez de Castro, 2002) de manera que algunos de los cambios en la función de los genes que son heredables por mitosis y/o meiosis, no entrañan una modificación en la secuencia del DNA y pueden ser reversibles, a esto se le ha denominado epigenética (Holliday, 2002). De esta manera, factores ambientales prenatales y postnatales tienen injerencia en sobre la estructura biológica del ser humano, por lo que se hace necesario volver a reflexionar sobre la calidad de nuestra relación con el medio ambiente y sobre nuestras relaciones sociales, en que la persona humana es y debe ser el centro (Bedregal *et al.*, 2010)

La humanización no es un proceso aislado, sino por el contrario interdependiente y como proceso ligado a lo evolutivo también ha evolucionado, de manera que ser humano hace 1 siglo tenía una connotación diferente a lo que implicar ser humano en los albores del siglo XXI. En términos generales y de acuerdo con Carbonell (Carbonell, s.f), la humanización es entendida como el proceso que ha permitido la capacidad de pensar sobre nuestra inteligencia, de entender el proceso de la vida y de adaptarse al entorno través del conocimiento, la tecnología y el pensamiento. La humanización está representada en la historia de nuestra humanidad a través de las diferentes formaciones sociales, formas de agrupar o desagruparse, y cooperar a gran escala.

Pero si la humanización es un proceso evolutivo, ¿acaso este se ha estancado? Hoy en día es común escuchar a vociferadas, atención y servicios deshumanizados, falta de sensibilidad y compasión. Sin embargo, el mero hecho de reconocer e identificar la “deshumanización” de los servicios, las técnicas y las personas, es un acto humanizado y una muestra del progreso moral. Este progreso, se ha visto reflejado en parte por la disminución de actos violentos como homicidios y agresiones físicas, la abolición de la esclavitud y las penas de muerte. Por otra parte, a lo que Pinker (Pinker, 2012) denomina, la revolución humanitaria y de los derechos humanos, gracias a la cual ha crecido la aversión a la agresión, incluyendo la violencia contra minorías étnicas, mujeres, niños, homosexuales y animales.

¿Por qué se tiene una concepción tan negativa de la vida? De acuerdo con Rifkin (Rifkin, 2010) los relatos de maldades y tragedias causan sorpresa. Al ser inesperados, provocan inquietud y hacen crecer el interés, son nuevos, rompen con la normalidad y por ello tienen atractivo periodístico, no es noticia un avión lleno de pasajeros que llegan a tiempo a su destino en 100.000 vuelos diarios sobre la tierra. Es material de noticiario el avión que muy de cuando en vez sufre una avería o se cae. De esta misma forma, tampoco son noticia los cientos de pacientes que se recuperan exitosamente, pero sí lo es el error de los profesionales de la salud. Las malas noticias, se esparcen rápidamente, mientras que las buenas rara vez se configuran como noticias. Hoy se asiste a un mundo hiperconectado gracias a los avances tecnológicos y el pensamiento racional. Ambos han conllevado a una apertura de oportunidades, riesgos, críticas y desafíos, y asimismo de progreso moral (Pinker, 2019).

La ciencia abre el panorama y un mundo de posibilidades, pero no todo lo que se puede hacer desde la ciencia se debe hacer desde un ámbito moral y ético. El avance científico-tecnológico ha impulsado un avance ético-crítico, un tanto corto, tardío, tácito e itinerante. Solo por mencionar algunos ejemplos recientes, luego de la revolución industrial, surgen las teorías socioeconómicas de Engels y Marx. Al finalizar la segunda guerra mundial que acarreó millares de muertes, pero también un enorme desarrollo armamentístico y tecnológico, se crea la ONU y el código de Nuremberg, posterior al desarrollo e implementación de la diálisis se crea el primer comité de ética, el comité de Seattle, con los avances de la ciencia médica surge en los 70 la Bioética y hoy en día existe formación e investigación en ética y bioética. Todo ello es una muestra de avance y progreso ético-moral. Desde las comunidades neolíticas hasta los nazis han tenido sus propios códigos morales y posterior a lo normativo, se realizan nuevas reflexiones éticas para colorear aquellas zonas grises de la moral”. (Mélích, 2013) Pues, “basta un poco de sensibilidad para que nos sintamos a veces impotentes y atemorizados” (Melich, 2014), pero este sentir se convierte en el paso previo a un acto de acogida, apertura, cuidado y atención hacia el otro. “Es en y desde la impotencia, el temor, la indefensión, la finitud y la vulnerabilidad que se comprende la necesidad de otro y del otro” (Mélích, 2013).

Un cambio en las sensibilidades es lo que ha permitido este progreso ético y moral. Respecto a esto Pinker (2012) propone: “A medida que cambian las sensibilidades, es más probable que aparezcan pensadores que pongan un práctica en entredicho y también que sus argumentos sean escuchados y posteriormente se impongan. los razonamientos quizá no solo convencen a los individuos que manejan los hilos del poder, sino que a lo mejor se filtran en las sensibilidades de la cultura, donde acaso modifiquen el consenso cambiando cada vez una mente”

(...). El cambio más amplio en las sensibilidades humanas es la relación frente al sufrimiento de otros seres vivos” (Pinker, 2012). Por lo que se ha optado por maquillar y solapar las expresiones de aquellos demonios interiores del ser humano tras nuevos nombres, nuevas formas, técnicas y mascararas. Entre eufemismos y eficacia, la violencia se ha tecnificado y solapado, porque duele más el otro, son más punibles y reprochables aquellos comportamientos violentos.

Hace unos siglos como bien lo describía Vargas Llosa (2010), era “a través de la incredulidad como se defendía el ser humano contra todo aquello que mostraba las indescriptibles crueldades a las que podía llegar azuzado por la codicia y sus malos instintos en un mundo sin ley”. Ahora, luego de los horrores de la guerra, la gloria de la literatura y la inmediatez de la comunicación, se posee un conocimiento fatico y fatídico de los diversos modos y formas de crueldad. También se posee una empatía avivada por las sociedades cooperativas, puesto que “en la medida que el hombre se da cuenta que requiere del otro (humano, animal, ambiente) cuida al otro, por lo que su conducta cambia”(Pinker, 2012). Aunque el sentimiento empático, no es el único ángel que llevamos dentro; que nos aleja de la violencia y la crueldad, es de considerar su rol en este ámbito.

En este sentido, hablar de deshumanización como un cuidado frío, apático, indolente o negligente, es un eufemismo que tiende a deconstruir el cuidado como categoría, en otras palabras, el cuidado como componente ontológico, no solo de los profesionales de la salud, sino también del ser humano mismo, debe ser lo suficientemente categórico para rechazar, desde la teoría o la práctica, cualquier adjetivo peyorativo. De igual forma, se hace ineludible reconocer la dualidad humana egoísta-compasiva, ello es necesario, para crear mecanismos de respuesta y hacer frente ante esta realidad, el primer paso para solventar una crisis es reconocerla y reconocerse como parte de ella (Diamond, 2019), por lo que hablar de un servicio de salud deshumanizado, es enajenar el problema de la dicotomía humana. Por ello, se hace forzoso repensar el uso de los términos humanización o deshumanización en los servicios de salud.

La deconstrucción de un termino

Desde una perspectiva deconstructivista, todo concepto supone siempre una política, una relación de poder, porque cuando se deconstruye, se muestra que, desde la perspectiva histórica de ese concepto, de las múltiples interpretaciones que se tienen de una categoría dada, una de ellas se sobrepone sobre las otras (Strathern, 2010). De esta manera, cuando definimos la humanización, como la definimos es porque se dejan de lado otras perspectivas y cuestionamientos que subyacen al concepto en cuestión, por ello, lo que aquí se busca es precisamente aquello que no se muestra

tras las palabras humanizar y deshumanizar. Es hacer una relectura del “nada hay fuera del texto”(Krieger, 2004), una palabra se refiere a otra palabra, la realidad se conforma a través del lenguaje, nuestro acceso a la realidad es el lenguaje. En este caso, aunque parezca paradójico, entre las palabras humanización y deshumanización en el contexto del cuidado de la salud, no configuran la realidad como tal, parecen abarcar mucho y poco a la vez, en la medida que tienden a generalizar características humanas y a la vez ignoran algunos defectos humanos. “Son como si fueran una imagen o un cuadro, que es y no es a la vez lo que retrata”(Sztajnszrajber, 2015). Algunos conceptos se han ido construyendo como si fueran incuestionables, detrás de aquellas ideas obvias o certeras u ocultas hay algo más, por lo que humanizar la salud es algo más que trascender la cosificación del otro, para considerarlo como humano, es más, ante esta afirmación aun quedaría otro interrogante. Si el lenguaje es el acceso a la realidad, y el lenguaje es esencialmente cosificador o nominativo, ¿cómo sería posible des-cosificar una atención en salud atravesada por el lenguaje? En primer lugar

Reivindicar el papel de la dignidad: una dignificación del cuidado de la salud

La propuesta es entonces en replantear el termino de humanización y apelar al concepto de dignidad, por una atención y cuidado dignos. Sin embargo, se debe reconocer que el concepto de dignidad es por sí mismo difícil de concretar, pero ello, no debe constituir una barrera, sino por el contrario avivar la búsqueda y la profundización para clarificarlo y llevarlo a práctica del cuidado de la salud. De acuerdo con Feito (Feito Grande, 2002) uno de los problemas de la concreción del concepto de dignidad está en sus raíces etimológicas «Dignidad» proviene del latín dignitas, hace referencia a «ser merecedor de algo», ya sea bueno o malo. También, en sentido absoluto, indica excelencia, decoro, honores. “El problema de esta definición (ser merecedor de algo) es que deja la dignidad vacía de contenido, se trata de un mero elemento formal que establece la necesidad del reconocimiento de que los seres humanos tienen la posibilidad de hacerse acreedores de algo, aunque no sabemos de qué”.

Históricamente la dignidad era puesta en el contexto social como un reconocimiento que otorgaba la comunidad en atención a los méritos del individuo por ejemplo dignidad de caballero y dignidad de sacerdotes, una dignidad asociada a las circunstancias, a los actos y no al ser. Fue durante la edad media, cuando la dignidad se asocia a la esencia de ser persona y no en función de las cualidades o actos realizados. Retomando estas dos concepciones en el contexto sanitario, se podrían plantear los siguientes interrogantes ¿Cuál es la concepción de dignidad que se tiene en la practica del cuidado de la salud? Si se afirma una visión de dignidad en función de los méritos,

esto sustentaría, en gran medida, el trato inequitativo en función de los logros y el valor social de los pacientes, pero deja por fuera el desinterés por el otro, por los logros, por la cercanía ¿es posible valorar algo sin acercarse, sin mirarlo, sin relacionarse? Esta primera acepción de dignidad implica establecer por lo menos un grado de cercanía, de relación y de empatía, lo cual, no siempre se hace, tomando matices de una dignidad selectiva, a travesada por los prejuicios.

De otro lado, si se sostiene una perspectiva de dignidad como esencia de lo humano, como el valor intrínseco de cada persona, el respeto mínimo a su condición de ser humano, respeto que impide que su vida o su integridad sean sustituidos por otro valor social; un trato ecuánime y respetuoso sería el común denominador de los servicios de salud. Sin embargo, ambas perspectivas, pareciera ser dos caras de una misma moneda, de las cuales, una dignidad hace referencia al valor social y subjetivo, mientras que la otra, hace alusión al valor de la naturaleza humana, de la persona. De acuerdo con Andorno (2012), la dignidad circunstancial se le ha denominado dignidad fenomenológica, mientras que a la dignidad intrínseca dignidad ontológica, la confluencia de las dos, dignidad total. De esto, se puede inferir entonces que los seres humanos son iguales en cuanto dignidad ontológica, por ello, no puede haber discriminaciones en cuanto a lo que se es, mientras que la dignidad fenomenológica implicaría un trato diferente respecto a lo que hace.

Si traslapáramos esto al contexto sanitario, a las relaciones profesional-paciente. Se podría afirmar entonces que posibilidad de enfermar, de necesitar atención y cuidados, y la posibilidad de morir, hacen parte de la misma esencia humana, de igual forma que la dignidad. Reconocer la finitud, la necesidad de cuidado desde la ontología, es situarse desde la interdependencia y las relaciones, para ver en el otro un ser tan vulnerable y extraño como uno mismo, para establecer una relación empática desde la categoría común de la vulnerabilidad y la falta de solidez. Sin embargo, el concepto de dignidad trasciende la igualdad, es decir, no basta con la dignidad ontológica, es necesario contemplar la fenomenológica, se debe contemplar el fenómeno por el que atraviesa la existencia del otro, es decir, una atención digna contempla el valor intrínseco de lo humano como parte de un colectivo, pero también el valor individual, es decir sus necesidades.

CONCLUSIÓN

Humanizar y deshumanizar pueden ser eufemismos, redundancias o contradicciones según el contexto, pudiendo no recoger las buenas intenciones epistemológicas y fácticas que encierran, en este sentido pueden desvirtuar, confundir y devaluar la categoría del cuidado. Por ello, su asociación al término cuidado como categoría conceptual, el cual, es enormemente rico

etimológica y fenomenológicamente, podría ser mas apropiado referirse a un cuidado digno que a un cuidado humanizado. Hablar de dignificar el cuidado de la salud, implica ante todo resignificar el cuidado, es decir un cuidado relacional, compasivo, un cuidado que parte del otro, con el otro y para el otro, es acoger al otro desde la carencia y la finitud, desde la igualdad y la diferencia, en otras palabras, es un cuidado desde una perspectiva Levinasiana (Giubbani, 2011), para contemplar en el rostro del otro, el valor y el significado de lo humano (Lo bueno y lo malo, la dualidad inscrita), pero también el valor, el significado y las necesidades de un individuo, de un sujeto (sujetado a un mundo relacional), de una persona. Es celebrar la vida del otro, su existencia. Se celebra lo bello, lo grandioso, lo bueno y lo valioso, de forma análoga se cuida y se preserva lo que se valora, es necesario partir de la dignidad para cuidar, pero a su vez del cuidado para ver en el otro la dignidad. Fácilmente el mero concepto de cuidado encierra la dignidad como categoría central, pero si se quieren utilizar pleonasmos para reforzar la idea de un cuidado compasivo, cálido y relacional, el concepto de dignidad puede ser mas cercano y humilde que el verbo humanizar.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Sanabria, R. (2010). *La educación del ser humano: un reto permanente*. Caracas: Universidad Metropolitana.
- Andorno, R. (2012) *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.
- Báez-Hernández, F. J., et al. (2009) El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, *Aquichan*, 9(2). Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476> (Accessed: 15 October 2020).
- Barnard, A., & Sandelowski, M. (2001) Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367–375. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01768.x.
- Bedregal, P., et al. (2010) Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile*, 138(3). doi: 10.4067/S0034-98872010000300018.
- Bermudez de Castro, J. M. (2002). Origen y evolución del Hombre. *Aula abierta*. Madrid; Fundación Juan March. Recuperado de <https://www.march.es/es/madrid/origen-evolucion-hombre>

- Capó, M., & Frejo Moya, M. (2010). Humanización y deshumanización de los animales. *Bienestar Animal*. Recuperado de <http://www.colvema.org/PDF/Humanizacion.pdf>
- Carbonell, E. & Hortola, P. (2013). Hominización y Humanización, Dos Conceptos Clave Para Entender Nuestra Especie. *Revista Atlántica-Mediterránea*, 15, 7-11
- Corominas, J. and Pascual, J. M. (2010). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. CE-F. 1. ed, 7. reimpr. Gredos.
- Dawkins, R. (2004). *El gen egoísta: las bases biológicas de nuestra conducta*. Barcelona: Salvat.
- Definiciona (s.f) Significado y definición de convertir, etimología de convertir’.
- Recuperado de <https://definiciona.com/convertir/>
- *Sztajnszrajber D.* (2015) Derrida. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=oZG5Lq_wnHk.
- Diamond, J. (2019) *Crisis: como reaccionan los países en momentos decisivos*. Madrid: Debate.
- Estrada, J. V. G. (2012) *Humanismo Médico*, 44.
- Feito Grande, L. (2002). Los derechos humanos y la ingeniería genética: la dignidad como clave. *Isegoría*, 0(27), 151–165. doi: 10.3989/isegoria.2002.i27.559.
- Giubbani, A. G. (2011). Emmanuel Levinas: humanismo del rostro. *Escritos*, 19(43), 337-349. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v19n43/v19n43a04.pdf>
- Harari, Y. N. (2011). *Sapiens: De animales a dioses*. Madrid: Debate.
- Hegel, G. (1996) *Fenomenología del espíritu*. 7a edn. Translated by W. Roces and R. Guerra. España: Fondo de cultura economica.
- Heidegger, M. (2018) *Ser y tiempo*. 3a edn. Translated by J. E. Rivera. Madrid: TROTTA.
- Holliday, R. (2002) ‘Epigenetics comes of age in the twentyfirst century’, *Journal of Genetics*, 81(1), pp. 1–4. doi: 10.1007/BF02715863.
- Krieger, P. (2004) ‘La deconstrucción de Jacques Derrida (1930-2004)’, *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas*, 26(84), pp. 179–188.
- Instituto de Bioética Universidad Javeriana. (2017) *La Humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. 1. ed. Bogotá, D.C: Editorial Pontificia Universidad Javeriana: Instituto de Bioética (Colección Estudios en bioética).

- Mélich, J. C. (2013) *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.
- Melich, J. C. (2014) *Lógica de la crueldad*. Barcelona: Herder.
- Paz, S. (2017) 'La deshumanización de la sociedad', *Razón y palabra*, 21(4), pp. 688–697.
- Pinker, S. (2012) *Los Ángeles que llevamos dentro: el declive de la violencia y sus implicaciones*. España: Espasa Libros.
- Pinker, S. (2019) *En defensa de la ilustración: por la razón, la ciencia, el humanismo y el progreso*. Translated by H. Lazcano. Barcelona: Paidós.
- Rifkin, J. (2010) *La civilización empática: La carrera hacia una conciencia global en un mundo en crisis*. Translated by G. Sanchez and V. Casanova. España: Paidós.
- Singer, P. (2017) *Vivir éticamente. Cómo el altruismo nos hace mejor personas*. España: Paidós.
- Strathern, P. (2010) *Derrida en 90 minutos*. España: Mandius (Filosofos en 90 minutos).
- Universidad Militar Nueva Granada and Ávila-Morales, J. (2017) 'La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional', *IATREIA*, 30(2), pp. 216–229. doi: 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.
- Vargas Llosa, M. (2010) *El sueño del celta*. 2. ed. Madrid: Alfaguara.