

La hospitalidad paliativa como el *ethos* de la enfermería

Luis Fernando Cardona Suárez
Pontificia Universidad Javeriana
fcardona@javeriana.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-5475-4735>

12 de mayo de 2021

A la memoria de Rosita Daza de Caballero, que me enseñó el valor del cuidado de la lámpara.

Toda disciplina o profesión implica la articulación de varios elementos. Estos elementos no sólo modulan su quehacer y saber, sino ante todo la formación que se quiere impartir en ella. Para el caso de la enfermería, podemos señalar que su oficio se encuentra determinado por los siguientes componentes. En primer lugar, encontramos una serie de conocimientos que configuran su saber hacer. Estos conocimientos provienen de las denominadas ciencias de la salud; entre ellas un papel determinante lo tienen la medicina, las ciencias básicas (biología, química, fisiología, anatomía), la psicología y las ciencias sociales.

En un segundo lugar, nos topamos con una serie de dispositivos técnicos y procedimientos estandarizados; obviamente, entre ellos están los adelantos científico- técnicos en el campo de la biotécnica, la farmacología y toda la serie de mediaciones tecnológicas para la intervención y atención terapéutica.

En tercer lugar, tenemos que toda disciplina y profesión está determinada también por su función y proyección social. En el caso de la enfermería se trata del servicio para la atención y la promoción de la salud tanto de individuos como de comunidades. El servicio es el sentido de su acción y función social. Esta función se proyecta en estructuras organizativas y sociales que permiten la atención de individuos y colectividades.

Y, en cuarto lugar, encontramos también la dimensión ética que regula toda forma de intervención y acción. Normalmente, se suele presentar esta dimensión a partir de criterios y principios deontológicos, que configuran las acciones de los individuos que se dedican a una determinada disciplina o profesión. Para el caso de las ciencias de la salud, estos criterios y principios se suelen enmarcar hoy en el contexto comprensivo de la bioética.

En la presente conferencia, quiero hablar, más bien, del *ethos*. Entiendo por *ethos* el modo de ser de un individuo que se dedica a un oficio, un arte, una profesión o una ciencia. Este modo de ser se despliega en actitudes cognitivas, operativas y emocionales. A continuación, quiero proponer que el *ethos* de la enfermería es la hospitalidad paliativa. Esta hospitalidad es una cierta disposición integral del individuo, que lo involucra en el saber, la acción y el sentimiento, para escuchar, atender y acompañar a quien está sufriendo o está enfermo. Es paliativa, porque reconoce el límite de sus esfuerzos.

Quien sufre o padece una enfermedad está atravesando una experiencia humana tan personal que, a menudo, lo hunde en un desconsuelo inconmensurable. Frente a esta experiencia no sólo el saber o el hacer pueden intervenir, se requiere también el poder acompañar al que está sufriendo, aunque no se pueda evitar que atravesase por esta situación tan penosa. Poder acompañar al que sufre requiere una cierta disposición anímica que queremos caracterizar aquí como hospitalidad. No sólo se requiere poder contar ya con esta disposición, sino que ella puede ser formada en la interacción con el otro y en los procesos educativos de nuestra sensibilidad.

Para presentar el sentido y alcance de esta hospitalidad apelaremos a la metáfora del semáforo usada por el monje benedictino Brother David, para mostrar los tres movimientos básicos de toda meditación. Cuando el semáforo está en rojo, paramos; cuando está en amarillo, estamos atentos y observamos; y, finalmente, cuando está en verde, continuamos y seguimos adelante. Detengamos ahora en la consideración de estos momentos, para construir nuestra tesis de la hospitalidad paliativa como el *ethos* del cuidado en la enfermería.

1) Las experiencias límite que nos hacen parar

El dolor y la enfermedad no son simples fenómenos puramente objetivos y abordables únicamente desde la mirada de la ciencia y la técnica. Son fenómenos concernidos, en la medida en que interpelan el conjunto de la existencia de aquel que se ve afectado por ellos. Cuando esto ocurre, no se puede pasar por alto su presencia, por más de que se quiera que la vida continúe como si no se hubiera alterado. Todo se ve modificado e incluso nuestra actitud habitual frente a la vida cambia. Nos planteamos preguntas que anteriormente no formulábamos: ¿por qué me ha ocurrido esto? ¿Por qué justamente ahora que todo estaba tan bien? ¿Por qué de este modo y con esta virulencia? ¿Podré sobrellevar este peso o necesito ayuda de alguien o de algo para ello? Estas

preguntas llevan incluso al desespero existencial, porque sus respuestas encierran enigmas, antes que ofrecer soluciones simples o fáciles de implementar. Y en medio de querer manejar el dolor, el sufrimiento y la enfermedad, escuchamos una y otra vez el clamor de Job frente a su dolor: “Si hablo no se calma mi dolor, si callo, ¿qué se va a apartar de mí! (Job 16,6).

Estas experiencias límite niegan cualquier posibilidad de amparo. Y en este sentido tienen una profunda ambigüedad: por un lado, desgarran y escinden; y, por el otro, tienden a imponerse totalmente, aspirando a una totalidad que excluye cualquier vecindad pacífica o benigna. Es decir, no sólo afectan al que las padece, sino que también rompen el vínculo comunitario que él tiene con los otros. Nuestra respuesta a su vehemencia no consiste tanto en salvar al ser humano de estas experiencias y afecciones, cuanto de salvar su sentido de cualquier posible manipulación por parte de ciertos deseos de dominio, administración o instrumentalización. Esto implica preservarlas de toda forma de alienación objetivante o reducción a ser simples fenómenos psicofísicos, que pueden ser controlados en la vida humana, ya sea eliminados o reducidos a nuestro antojo. Se trata entonces de atenderlas de manera integral, articulándolas en todo momento a la vivencia de un sujeto concernido, interactuando en comunidad.

Estos fenómenos no se pueden reducir a una simple determinación física, que los asuma como meras sensaciones inducidas por una excitación nerviosa o física causal externa. No solo tenemos una naturaleza físico-biológica, también somos una compleja forma de vida social y cultural. Nuestra naturaleza es pática en un sentido fundamental, pues como seres humanos estamos también determinados por un libre juego de afección en el que tiene lugar tanto la alegría como la aflicción. En este libre juego tenemos nuestro centro de gravedad. Esta gravedad debe ser preservada de todo intento de distorsión o reducción.

En este centro de gravedad se anidan los verdaderos problemas humanos concretos. No podemos entonces pasar por alto todo lo que aquí se encuentra en juego, con la idea de querer afirmar un determinado saber sobre la vida y la muerte. El reto del quehacer del profesional de la enfermería consiste entonces en acoger todo lo que interpela a la existencia humana entendida de una manera pática y concernida. En este sentido, consideramos que este *ethos* tiene una vocación hermenéutica, ya que implica acoger lo extraño como próximo. El que emprende esta tarea está dispuesto a acompañar al prójimo a enfrentar sus sufrimientos, que son el examen más duro en esa cadena de exámenes que solemos llamar vida.

Acoger lo más extraño como próximo es, sin duda, una tarea impopular, porque en una sociedad de confort y bienestar no hay lugar para las implicaciones de semejante acogida. No obstante, tiene también una dimensión instructiva, porque nos permite iluminar el conjunto de la vida humana. Parafraseando a Ernst Jünger, podemos decir que el dolor, el sufrimiento y la enfermedad son las llaves con las que abrimos “las puertas no sólo de lo más íntimo, sino a la vez del mundo” (Jünger 1995, 13). En este sentido, cuando nos acercamos a los puntos en los que el ser humano está puesto a las alturas de estas experiencias límite, logramos también acceder al secreto de su poder. Por esta razón, podemos decir: Dime cuál es tu relación con el dolor, el sufrimiento y la enfermedad, y te diré quién eres.

Nuestra vida se desenvuelve en medio de profundas contradicciones sentidas que, nos obstante, nos revelan nuestra verdadera dimensión axiológica. Estas experiencias límite son realmente el privilegio que tenemos frente a todos los seres indolentes. Nuestra vivencia del sufrimiento es pues realmente el primer impulso de la subjetividad. Por ello, no podemos pasar por alto dicho impulso y querer dejarlo a un lado, como si se tratará de algo puramente objetivo. Cuando lo hacemos, perdemos también el sentido de nuestra vida y nos hundimos en la impotencia frente a todo lo que nos afecta.

Por dolorosas que sean las experiencias límite, que nos llevan incluso al punto del desespero, el sufrimiento y la enfermedad resaltan nuestra humanidad y nos invitan a una vida en comunidad. En este sentido, tenemos que reconocer que la afectación de la negatividad nos permite poder afirmar la dignidad que nos caracteriza como especie, si bien con ella disminuyen nuestras posibilidades y protagonismo individual.

El sufrimiento que trae consigo todo padecimiento patológico no irrumpe del exterior, aunque esté vinculado a ciertas causas exógenas coadyuvantes, identificables por los exámenes científicos más rigurosos. Incluso, esta situación fue resaltada por el onco-hematólogo Siddhartha Mukherjee, cuando en su investigación sobre la biografía del cáncer señala, con toda claridad, que esta enfermedad, tan devastadora, “forma parte de nuestro genoma: los genes que sueltan las amarras de la división celular no son ajenos a nuestro cuerpo, sino versiones mutadas y desfiguradas de los genes mismos que llevan a cabo funciones celulares vitales” (Mukherjee 2014, 27). Sin duda, nos topamos aquí con la paradoja fundamental de la vida humana, a saber, lo más próximo puede llegar a convertirse, a menudo, en algo extraño. Por esta razón, el desafío vital que

tenemos ante nosotros es acoger eso extraño como familiar, incluso cuando lo extraño proviene de nosotros mismos. Esta invitación es similar a la que se encuentra en el oráculo de Delfos, cuando se invitaba al filósofo ateniense a que emprendiera el camino más difícil que tiene que emprender todo ser mortal: conocerse a sí mismo.

Todos sabemos también que esta condición extrema de seres sufrientes nos hunde en una profunda melancolía. Tanto la memoria de las penas y heridas pasadas como la incertidumbre de las proyecciones futuras convierten en amargo todo padecimiento presente, pues parece *prima facie* que no se vislumbra calma y consuelo alguno. Pero lo que más nos espanta realmente no es el dolor mismo, sino el horror del dolor gratuito que no puede recibir una explicación racional, pues permanece en un sinsentido perenne.

La experiencia del desamparo consiste empero en la condición de posibilidad de la experiencia histórica autoconsciente. Esta experiencia ha sido vertida en la palabra, gracias a las diferentes manifestaciones socioculturales de encarar nuestras experiencias extremas más íntimas. Si el sentido de la historia puede ser descifrado, el dolor y el sufrimiento debe entonces poder mostrar algún sentido: la historia y las experiencias más extremas de nuestra vida no son pues un libro absolutamente hermético e indescifrable. Las historias y lo más extremo están siempre abiertos a la interpretación.

No podemos pensar una vida humana sin dolor, sufrimiento o enfermedad. El poeta Georg Trakl, lo canta de una manera clara: “El dolor se dirige a los mortales para comunicarles su dominio y duración: «En verdad siempre estaré con vosotros»” (Trakl 1994). En este sentido, tenemos que reconocer que estas experiencias límite y extremas nos revelan lo paradójica que es nuestra felicidad. “En el mundo de la vida de los hombres, la felicidad -la propia, la de los demás o ambas, si están unidas- siempre está junto a la infelicidad, a pesar de la infelicidad o directamente por la infelicidad. Dicho de manera sencilla: la felicidad humana es, siempre, felicidad en la infelicidad” (Marquard 2006, 11).

Estas experiencias tienen la fuerza de hacernos parar. Nos ponen alerta frente a nuestra condición, revelando a la vez la hermandad que tenemos entre todos los seres humanos. Como lo indicamos, anteriormente, recordando a Jünger, el dolor, el sufrimiento y la enfermedad nos llevan a estar alerta de nosotros mismos y, a la vez, del mundo. ¿Qué nos indica este estar alerta?

2) **La observación circunspecta de nuestro mundo de rendimiento y eficiencia**

Los seres humanos tenemos también una disposición a la observación circunspecta de todo lo que nos sucede. En nuestro mundo nada nos pasa desapercibido. Gracias a esta disposición nos autocomprendemos en nuestras experiencias y comprendemos, a la vez, el mundo en el que ellas acontecen. Nuestras vivencias del dolor, el sufrimiento y la enfermedad son realmente experiencias mediadas cultural y socialmente. No sólo respondemos ante lo que nos acontece a partir de ciertos dispositivos culturales, sino que dichas experiencias están también determinadas por un particular contexto histórico y cultural. Y en este contexto cuidar y cuidarnos se hace posible. Por esta razón, podemos decir que el ejercicio de la enfermería tiene una profunda determinación histórica. Ciertamente, la forma como hoy asumimos el cuidado del otro se enmarca en la dinámica social que se ha venido configurando en el mundo moderno. Es más, la práctica del cuidado es un típico fenómeno de la Modernidad; es pues la visión moderna del mundo la que ha determinado la actitud de servicio para el cuidado del hombre doliente y enfermo.

Este servicio se ejerce a partir del uso de ciertos saberes y técnicas que buscan erradicar el sufrimiento y la enfermedad del mundo humano o, por lo menos, reducir sus efectos negativos en nuestra vida. Es propio de la Modernidad concebir estas experiencias límite como una negatividad eliminable o aminorable por medio de diversas técnicas e intervenciones. En este sentido, se convierten en algo negativo que se puede predecir, producir o destruir para incrementar nuestro poder sobre el mundo y garantizar la seguridad de la vida. En este sentido, la técnica moderna organiza y dispone la carencia con la intención de dominar el dolor y su negatividad, queriendo asegurar una vida sin su presencia. Pero estos esfuerzos son ambiguos, pues a menudo vemos que antes de aliviar pueden también ser fuente de nuevos dolores y penas.

En efecto, los esfuerzos modernos por desterrar del mundo humano todo dolor y sufrimiento le han declarado la guerra a la vida misma con todas sus contradicciones inherentes. Por ejemplo, hemos experimentado que los trabajos técnicos emprendidos para realizar la guerra contra una determinada enfermedad o dolencia han decretado también otras guerras contra la vida misma. Sin duda, la patologización de ciertas experiencias o comportamientos humanos ha incrementado la desolación y exclusión de una gran cantidad de vidas humanas por considerarlas que no se realizan de acuerdo con nuestras expectativas social y culturalmente mediadas. En sus trabajos Susan Sontag (2017) ha denunciado, de manera enfática, cómo la lucha contra ciertas enfermedades ha

generado en la sociedad moderna una serie de comportamientos de exclusión y represión, antes que incentivar un auténtico acompañamiento a los dolientes y sus familias. En este sentido, las prácticas de cuidado emprendidas para tratar con estas dolencias han pasado por alto el gesto elemental de la hospitalidad paliativa que queremos aquí caracterizar. Esto implica entonces que no toda práctica realizada con vocación de cuidado es por sí misma hospitalaria. Es decir, querer o buscar que el otro no sufra no implica necesariamente cuidar hospitalariamente de él; para ello, se requiere entonces tener el coraje de acoger a lo diferente en su diferencia y a lo extraño en su extrañeza. Este acoger es realmente un gesto de hospitalidad.

La forma como tratamos en el mundo moderno nuestras dolencias es realmente un abordaje parcial y desintegrado, en la medida en que ya no se tiene en cuenta de manera integral al sujeto afectado y su entorno, sino sólo a lo que supuestamente le causa dolor o malestar. Se trata la enfermedad haciendo abstracción del sujeto enfermo. Es decir, no tenemos presente aquello que le recriminaba Sócrates a Cármenes, cuando le recordada que para el verdadero médico “no es posible ponerse a curar sólo los ojos, sino que sería necesario, a la par, cuidarse de la cabeza, si se quiere que vaya bien lo de los ojos. Y, a su vez, creer, que se llegue a curar jamás la cabeza en sí misma sin todo el cuerpo, es una soberana insensatez” (*Cármenes* 156b-c). En el mundo científico técnico de la hiperespecialización moderna está insensatez es hoy la norma. Es decir, hemos perdido el *ethos* de lo que demonizaba Platón como el verdadero médico; incluso, el fenómeno de la división social del trabajo ha invertido la relación armónica entre la parte y el todo, que había determinado antes el sentido del saber médico hipocrático (Laín Entralgo 1970), porque ahora se busca simplemente atender a la parte haciendo abstracción del todo.

Hacer la abstracción del todo no sólo ocurre así por efecto de la división social del trabajo, sino también por razones de la productividad económica, la rentabilidad o el rendimiento. El querer cumplir con altos estándares de productividad y eficiencia, como si se tratase de procesos productivos, tergiversa de manera nefasta las prácticas de cuidado que caracterizan la atención de todo ser humano doliente o enfermo. Para poder acompañarlo en su proceso de recuperación se requiere no sólo de ciertos saberes, técnicas, prácticas o fármacos, sino también de una disposición temporal adecuada que permita la compañía.

Pero esta disposición se ve mediada socialmente por las exigencias de contabilidad y medición determinadas por las relaciones sociales de producción y sus demandas de rentabilidad.

Pero en el corpus hipocrático clásico no sólo se establecía una tipología de los saberes útiles para el servicio curativo de determinadas dolencias o enfermedades, a la par se establecían las dietas y los fármacos propicios para su tratamiento, al igual que los procedimientos más adecuados para ello (*Tratados hipocráticos*). En este corpus se asumía entonces el tratamiento de la enfermedad de manera tal que se tenía en cuenta incluso el tiempo apropiado que necesita la *physis* para recuperar la armonía perdida por la enfermedad. Y en este tiempo se incluía también el acompañamiento al enfermo con ensalmos y palabras adecuadas para su sanación, si fuese el caso, y si no para su consuelo frente a lo inevitable (Laín Entralgo 1987). Con ello se buscaba no prometer curar lo incurable y sí tratar lo curable. Para todo ello se requería, obviamente, poder contar con el tiempo adecuado. Como sucede en todos los asuntos humanos, el cuidado está también tejido por el tiempo.

Pero en el mundo moderno el tiempo está al servicio de la productividad y es medido por el rendimiento. No sólo se produce en un tiempo dado, se demanda también que el tiempo sea un producto disponible. Como lo ha señalado el filósofo coreano Byung-Chul Han (2015), la sociedad del rendimiento se caracteriza por la pérdida del aroma del tiempo, pues la única medida posible es hoy la velocidad en la medida en que se convierte en la fuente de la eficiencia. Aquí ya no hay tiempo para demorarse, todo debe ser conseguido rápidamente; detenerse en algo, implica no aprovechar el momento demandado por las duras exigencias del rendimiento y la productividad. Se debe conseguir el éxito de nuestras empresas lo más pronto posible. Esto no sólo es propio de los procesos en los que se busca producir algo, productos o beneficios sociales, sino que también afecta los procesos vitales, por ejemplo, la curación de heridas o sobreponerse a ciertas dolencias o enfermedades. Hay que curarse rápidamente para poder reincorporarse lo más pronto posible a la cadena de producción, exigida por la sociedad de mercado. En el mundo del rendimiento una convalecencia muy extendida en el tiempo implica no sólo el derroche de recursos técnicos y sociales, sino ante todo un tiempo desproporcionado para el cuidado y la atención de una condición incierta. Las exigencias de velocidad, rendimiento y prontitud están presionando los tiempos y momentos oportunos para el cuidado y atención de nuestras dolencias y padecimientos. Y con ello se desvirtúa el *ethos* que caracteriza el servicio del cuidado.

El cuidado no sólo está hoy presionado por las exigencias del tiempo, también está determinado por la demanda de la eficiencia. Esta demanda trae consigo una sobrestimación de sus posibilidades y una sobrecarga emocional sobre aquellos se han dispuesto a su oficio, los

cuidadores. En todos los escenarios de atención en salud se ha venido incrementando el famoso síndrome del *burnout*. Aún no hemos dimensionado las implicaciones sociales e individuales de este incremento, porque se suele abordar como una simple patología laboral, sin poner en un primer plano su dimensión existencial y los efectos emocionales que trae consigo no sólo para el que se ve así afectado, sino también para su entorno familiar. El *burnout* es pues el rostro nefasto de la sociedad del rendimiento; se trata de una sobrecarga emocional que inhabilita la zona de la sentimentalidad de la que hablaba Jünger, de esa zona que se pierde cuando el rostro moderno del hombre acerado le da la espalda a su condición vulnerable. El rostro acerado se torna insensible para para sí mismo y ante los demás. Pero en esta transformación se incrementa su vulnerabilidad y no puede ya sobreponerse a ello.

No sólo se enferman los individuos biológicos, lo hacen también las instituciones y comunidades humanas. Es más, podemos decir que hoy estamos asistiendo a una especie de enfermedad cultural que podemos denominar agenesia. Esta agenesia consiste en la incapacidad de engendrar y crear a partir de las posibilidades vitales que tiene todo ser vivo para sobrevivir en medio de la adversidad, proyectándose en y hacia los demás (Sáez 2015).

Esta incapacidad se potencia como un enredo estructurado en el cual el mercado entreteje todas las prácticas sociales y las elaboraciones culturales (Han 2018), no dando con ello lugar a la emergencia de posibilidades vitales que no sean susceptibles de ser un objeto comercial. Incluso, las prácticas de cuidado se ven inmersas en esta lógica de la productividad hasta el punto de convertirse en modelos fáciles de consumo masivo, que neutralizan todo *ethos* renovador.

El cuidado de sí y de los otros se convierte entonces en un mero producto cultural donde el saber y la información se amalgaman neutralizando toda dimensión crítica. En estos momentos de emergencia sanitaria, como el que estamos viviendo, prima la sobreinformación a la ponderación de las prácticas culturales de cuidado sobre la base de una apropiación comunitaria de sus posibilidades para la promoción del bien común.

No olvidemos el vínculo semántico que tienen los términos crisis y crítica. En medio de la crisis la crítica debe estar presente; pero la agenesia obnubila todo proceder crítico, al promover el exceso de información sin mediación reflexiva. Hoy el cuidado es simplemente un eslogan de una campaña comercial, no un *ethos* que penetre en la comunidad entera.

La exigencia de rendimiento va de la mano de la negación existencial de todas las formas de negatividad, como son el dolor, el sufrimiento y la enfermedad. En esta negación impera la positividad de lo igual (Han 2017), en la cual todas las diferencias se ven niveladas por medio de ponderaciones estadísticas, para determinar pautas uniformes de comportamiento. Con ello la diferencia se desdibuja en protocolos a seguir, en los que el trabajo de comprensión de la situación particular pasa a un segundo plano. Pero cuidar es algo más que seguir un procedimiento asegurado estadísticamente, implica el saber hacer con prudencia y ponderación.

Como lo señala Aristóteles, la prudencia es una saber hacer con respecto al tratamiento de lo singular en lo que tiene de particular. Por lo tanto, la prudencia implica el *ethos* de considerar lo particular tal como se da y no como lo dice una norma previamente establecida. Si el sufrimiento y la enfermedad se dan en un determinado individuo, y no en una abstracción estandarizada, el tratamiento y cuidado de aquel que está enfermo implica necesariamente una actitud prudente de aquel que se dispone a acompañarlo, en el sentido señalado antes por Aristóteles (Dupuis 2019). Esta actitud es la que hemos querido caracterizar aquí como el *ethos* del cuidado, o el modo de ser, que se debe promover en la enfermería.

Pero la práctica del cuidado se encuentra hoy afectada por las exigencias agénicas propias de la sociedad del rendimiento que reduce todo a ser un mero producto comercial. Como lo hemos indicado antes, esta reducción se da en todos los niveles de la vida humana. Todas las prácticas culturales que nos permitían antes sobreponernos a los desafíos propios de la vida y a la inevitable muerte son hoy simples objetos de la industria cultural. Con esto su potencial renovador se ve neutralizado, al producirse una estandarización indiferenciada de prácticas y saberes comunitarios. Con la expulsión de la negatividad y de lo distinto se produce también una peligrosa desaparición de los rituales (Han 2020). La industria cultural estandariza los rituales que permitían antes que los individuos relaboraran su vida y muerte en el seno de la comunidad. Hoy estas estrategias comunitarias de delegación y de *actio per distanz* son sustituidas por meros agenciamientos empresariales.

Los ritos han cedido su lugar en la vida comunitaria, para ser ocupado por el emprendimiento empresarial. Y con ello el vínculo inmunitario de la una comunidad se fragmenta en la dispersión comercial de meros productos de consumo. Esto afecta también a la dimensión social del cuidado, en la medida en que los ritos que han sido despotenciados en su sentido comunitario no pueden ya

más cumplir su rol de delegación, porque no logran generar consuelo. No olvidemos que “el que sufre comparte su dolor, delega la función que como portador del dolor tiene que ejercer en principio él mismo y él solo. El consuelo se basa en la capacidad general del humano de delegar, de no tener que hacer y estar a cargo él mismo y él solo de todo lo que le incumbe y le toca. Es que no sólo la función pública en sentido estricto, sino las funciones en general, también las más íntimas, pueden delegarse” (Blumenberg 2011, 467). Esta delegación se ve entonces truncada, cuando desaparecen los rituales en la vida humana. Cuando el acto del cuidado no está acompañado del ensalmo y de la palabra de consuelo, se rompe su verdadero poder paliativo. Por esta razón, Hipócrates recomendaba que el consuelo debía acompañar también al tratamiento de las dolencias y la enfermedad. ¿Qué nos dice esta exigencia de acompañamiento, para pensar el *ethos* de la enfermería?

3) La hostipitalidad paliativa

Después de una observación circunspecta de las condiciones históricas en las que se desenvuelve hoy nuestras prácticas sociales y culturales de cuidado, se requiere poder dar un paso adelante. Para ello, proponemos examinar el ejercicio de la enfermería a la luz del *ethos* de la hospitalidad.

Como lo señala Daniel Innerarity (2008), la hospitalidad es una experiencia ética fundamental de la vida humana. Nuestra vida se ve a menudo tejida por la confrontación no sólo frente a lo extraño, sino también frente a los otros, generando una hostilidad, que exagera nuestros estados de ánimo hasta el punto de querer apartar, con razón, todo lo que nos amenaza por ser diferente. En efecto, la hostilidad se da también en la vida humana junto con la hospitalidad. No podemos entonces pensar la una sin la otra. Por esta razón, Jacques Derrida suele hablar de la hostipitalidad (2008, 49), señalando así que nuestra experiencia ética debe tener en cuenta, en todo momento, el umbral necesario en el cual lo extraño se revela en su familiaridad y lo más próximo en su extrañeza. En este sentido, querer asumir lo uno sin lo otro implica pensar de manera abstracta la vida humana.

La hostipitalidad es pues el modo de ser que caracteriza toda forma de acción humana con sentido ético. Por esta razón, consideramos que en toda hospitalidad se da el movimiento hermenéutico de hacer de lo extraño algo familiar, incluso cuando esto extraño amenaza la vida misma, tanto la propia como la de la comunidad. Este es el gesto de acogida que debe determinar

el modo de ser de todo aquel que quiera disponerse a cuidar a otro. Pero no podemos olvidar que acoger no quiere decir sustituir a aquel que debe realizar lo suyo, aunque eso implique ponerlo a distancia. Ciertamente, el que padece o enferma lo hace siempre de manera particular, y, por tanto, debe emprender él mismo su camino de recuperación o de retorno a la armonía que ha sido perdida o trastocada por la dolencia o la enfermedad.

Los griegos tenían presente que sólo la *physis* cura y que el médico era simplemente un acompañante del misterio que envuelve a todo enfermar y sanar. Hoy esto nos parece que es un reducto mágico en el pensamiento que no tiene nada que ver con el proceder profesional promovido en las llamadas ciencias de la salud. Si la *physis* es la que realmente sana, parece entonces que el saber y la técnica son coadyuvantes y no determinantes. Y esta situación podría poner entonces en jaque la promoción profesional del cuidado, basada en el dominio de un determinado saber-poder. Por otra parte, no podemos tampoco pasar por alto un hecho simple: nuestros esfuerzos por curar o sanar nuestro propio cuerpo o alma no implican omitir una acción sobre las situaciones o condiciones sociales que cooperan en todo desajuste orgánico o social. No podemos entonces atender a lo uno en detrimento de lo otro, pues lo individual no está aislado de lo colectivo.

La sociedad del rendimiento privatiza todas las experiencias límite, es decir, aquellas en las que está en juego la vida misma. Por ello, el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte son asumidas hoy como experiencias puramente individuales y aisladas, es decir, sin dimensión comunitaria, ni prácticas de resistencia íntima vinculantes. El dolor al igual que el trauma deben ser asumidos sin mediación comunitaria alguna, es decir, el duelo queda aislado hoy en el espacio privado, sin referencia política o pública. Sin duda, estamos aquí ante una situación paradójica, porque parece que la sociedad moderna ha socializado dichas experiencias para convertirlas en un asunto de protección pública que debe ser promocionado por todos los agentes en los servicios de salud (Dupuis 2014). Hemos avanzado en este campo, pero privatizando las posibilidades de atención y señalando con ello que la salud puede ser un objeto regido por las leyes de la demanda y la oferta, generando a la vez la diferencia social entre sus posibles consumidores. Estas experiencias ya no tienen la dimensión política que las caracterizaba en los albores de nuestra civilización.

Si nuestras relaciones con nosotros mismos y con nuestros semejantes deben estar inspiradas en actitudes hospitalarias, esto significa que “nuestra instalación en el mundo tiene la estructura de

la recepción y el encuentro, que la existencia sin más es una domiciliación de deudas, que hay una libertad del dar y recibir más allá de los imperativos de la reciprocidad” (Innerarity 2008, 17). Este dar mutuo no tiene nada que ver con la relación comercial tan presente hoy en nuestra sociedad del rendimiento y la eficiencia. El dar mutuo no es un acto de intercambio, en la medida en que está gestado en una actitud de gratuidad y servicio. Pero esta actitud entra en contravía con los criterios empresariales de la organización del sistema de salud. El servicio no es conmensurable con el negocio. No todo puede ser un objeto comercial; es más, aquello que tiene que ver con lo más íntimo de la vida humana escapa a toda posible mediación mercantil. Y cuando esto no ocurre la humanidad misma, es decir, aquello que nos hermana unos a otros se pierde. Ciertamente, en una sociedad mediada únicamente por las leyes del mercado se asiste a una deshumanización de toda forma de servicio. Por esta razón, nuestras prácticas de cuidado deben enmarcarse en el *ethos* de la hospitalidad que acoge no sólo a los más desprotegidos y abandonados, sino también a toda forma de negatividad presente en nuestra vida, porque lo que constituye nuestra materia humana es, como lo solía decir Von Weizsäcker (2005), delirante.

¿Cómo poder sobreponerse a esta pérdida? Todas las formas de hospitalidad son manifestaciones de acogida. Acogemos aquello que no podemos dominar. Si no podemos erradicar de nuestra vida el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, tenemos entonces que acogerlos éticamente en su desafío. Como lo enseñaban los médicos hipocráticos, cuando el saber hacer encuentra su límite, el *ethos* de la compasión y el consuelo tienen la última palabra. Acompañar a todo aquel que se ve agobiado en y por este límite, implica poder llevarlo a esquivar, aunque sólo sea en el modo de una delegación ficticia, el crudo absolutismo de la realidad (Blumenberg 2011, 470).

Por esta razón, decimos que el *ethos* de la hospitalidad que caracteriza toda práctica de cuidado es realmente paliativo. Es decir, este *ethos* reconoce la dimensión pática de estas experiencias y, a la vez, ofrece una serie de dispositivos que permiten adquirir una conciencia pasiva de la finitud humana.

No podemos cambiar todo lo que quisiéramos o todo lo que nos acontece, pero podemos, por lo menos, sobreponernos a la soledad que envuelve la presencia de lo verdaderamente desconcertante, el asilamiento extremo de todo aquel que sufre. Que esta hospitalidad sea paliativa significa entonces que “es inhumano cambiar algo a costa de lo que sea y favorece una razonable

pasividad frente al curso del mundo, sobre el que no tenemos más que un poder escaso” (Innerarity 2008, 311). Este reconocimiento es pues fuente de una forma peculiar de acción, la interacción.

En sus reflexiones sobre el fenómeno cultural de la pandemia Han (2021) señala, de manera acertada, que la sociedad del rendimiento se encuentra también determinada por las demandas de la supervivencia y la información. Estas demandas nos reducen a la nuda vida y al narcisismo del bienestar; aquí lo único que importa es la vida particular y no la afirmación del bien común y la vida buena. En la sociedad de *mi* bienestar económico se absolutiza *mi* supervivencia; y con ello surgen nuevas formas de terror que nos hundan en absolutismos de todo tipo, donde la permisividad es ilimitada. Sobreponernos a este narcisismo es el desafío que hoy tenemos que asumir, si queremos compartir nuestro estar en el mundo con otros y poder vivir con dignidad. Siguiendo a su Santidad el Papa Francisco, podemos decir que hoy estamos llamados no sólo al cuidado de cada uno de nosotros, sino también al cuidado de la casa común.

En este gesto paliativo podemos encontrar nuevas formas de proximidad. Aquellas que acontecen en medio de la noche, cuando parece que todos los esfuerzos por continuar vivo se están agotando. Aquí una luz tenue puede iluminar en silencio una noche entera llena de pena y dolor. Todo aquel que se entrega por vocación al cuidado de otro, conoce muy bien el valor de este brillo sutil. Se dispone a cuidar y dar de comer a quien se encuentra postrado; lo acompaña en la noche y vela su sueño, buscando apartar de él todos los temores que lo aquejan. Se aproxima a él, incluso cuando la distancia es muy grande o la proximidad riesgosa. Y en su ronda evoca a la Dama de la Lámpara, a Florence Nightingale, que “diariamente, entrada ya la noche, con una lamparilla en la mano hacía la ronda por todas las habitaciones del hospital, por si alguno de los enfermos necesitaba algo. Ya la sola luz de la lámpara o de la vela ayuda a alejar del enfermo las angustias y los miedos nocturnos. Además, las «buenas noches» susurradas tienen el mismo efecto que la lámpara: un efecto iluminador y sedante” (Esquirol 2015, 82).

Este efecto es un acto de ayuntamiento, de juntura en medio de la soledad y la desesperación más extrema. Con su simple presencia quiere degustar, junto con el enfermo y en silencio, el poder liberador del famoso té de lágrimas:

“Búho sacó una tetera del armario.

Esta noche haré té de lágrimas -dijo.

Puso la tetera en sus piernas.

Ahora -dijo- comenzaré.
Se quedó muy quieto en su silla
y se puso a pensar en cosas tristes.
Sillas con las patas rotas, dijo Búho.
Los ojos se le llenaron de lágrimas.
Canciones que no se pueden cantar, dijo Búho,
porque las letras han sido olvidadas.
Búho comenzó a llorar.
Una gran lágrima rodó por su mejilla y cayó en la tetera.
Cucharás que han caído detrás de la estufa y nunca más serán encontradas -dijo Búho.
Más lágrimas cayeron en la tetera.
Libros que nunca podrán ser leídos -dijo Búho,
porque algunas de sus páginas les han sido arrancadas.
Relojes que se han detenido -dijo Búho- y no hay nadie cerca para darles cuerda.
Búho estaba llorando.
Grandes lagrimones caían dentro de la tetera.
Amaneceres que nadie vio, porque todo el mundo estaba durmiendo, -dijo Búho sollozando.
Puré de patatas abandonado en un plato, porque nadie quiso comérselo -dijo llorando.
Y lápices que son demasiado cortos para escribir con ellos.
Búho pensó en muchas cosas tristes.
Lloró y lloró.
Pronto, la tetera estuvo llena de lágrimas.
Bueno -dijo Búho, ¡ya estamos listos!
Búho paró de llorar.
Puso a hervir la tetera sobre la estufa para hacer el té.
Búho se sintió contento mientras llenaba su taza.
Está un poco salado -dijo-, pero el té de lágrimas
siempre cae muy bien” (Lobel 2012, 31-49).

Bibliografía

Blumenberg, H. (2011). *Descripción del ser humano. Edición póstuma a cargo de Manfred Sommer*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Brother David (<https://www.youtube.com/watch?v=c6uxYzzmUJ8>).

Derrida, J. (2008). *La hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.

Dupuis, M. (2019). *Sources et horizons de l'éthique du soin. Approche philosophique et perspective soignante*. París: Seli Arslan.

(2014). *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé. Ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*. París: Seli Arslan.

Han, B-Ch, (2021). *La sociedad paliativa. El dolor hoy*. Barcelona: Herder.

(2020). *La desaparición de los rituales. Una topología del presente*. Barcelona: Herder.

(2018). *Hiperculturalidad. Cultura y globalización*. Barcelona: Herder.

(2017). *La expulsión de lo distinto. Percepción y comunicación en la sociedad actual*. Barcelona: Herder.

(2015). *El aroma del tiempo. Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse*. Barcelona: Herder.

Hipócrates, (1983). *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos.

Innerarity, D. (2008). *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Península.

Jünger, E. (1995). *Sobre el dolor, seguido de La movilización total y Fuego y movimiento*. Barcelona: TusQuets.

Entralgo Laín, P. (1987). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Barcelona: Anthropos.

(1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza.

Esquirol, J. (2015). *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona: Acantilado.

Lobel, A. (2012). *Búho en casa*. Caracas: Ediciones Ekaré.

Marquard, O. (2006). *Felicidad en la infelicidad. Reflexiones filosóficas*. Buenos Aires: Katz.

Mukherjee, S. (2014). *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Bogotá: Penguin Random House.

Platón, (1981). *Cármides. Diálogos I*. Madrid: Gredos.

Trakl, G. (1994). *Obras completas*. Madrid: Trotta.

Sáez, L. (2015). *El ocaso de Occidente*. Barcelona: Herder.

Sontag, S. (2017). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Bogotá: Penguin Random House.

Weizsäcker, V. von (2005). *Patosofía*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.