

¿Unidades de cuidado o unidades de vigilancia intensiva?

Care Units or Intensive Care Units?

Unidades de cuidados ou unidades de cuidados intensivos?

JOHN CAMILO GARCÍA URIBE, JOSÉ LUIS VARGAS OVALLE, VÍCTOR ALFONSO VILLALOBOS CRUZ

John Camilo García Uribe

Corporación Universitaria Remington,
Medellín, Colombia
john.garcia@uniremington.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-3810-5583>

José Luis Vargas Ovalle

Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia
jlvargaso@unbosque.edu.co
<https://orcid.org/0009-0002-4750-9085>

Víctor Alfonso Villalobos Cruz

Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia
vvillalobos@unbosque.edu.co
<https://orcid.org/0000-0001-529>

Correo de correspondencia:

john.garcia@uniremington.edu.co

Fecha de recepción: 11/12/2024

Fecha de aceptación: 22/03/2024

Financiación: este trabajo no ha recibido financiación

Conflicto de intereses: los autores declaran que no hay conflicto de intereses



Licencia: este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Resumen

Introducción: La denominación de las unidades de cuidado intensivo (UCI) ha variado a lo largo del tiempo. Desde unidades de vigilancia intensiva, unidades de terapia intensiva, unidades de medicina intensiva hasta unidades de cuidados críticos. En la práctica estas denominaciones parecen superponerse a tal punto que parece prevalecer la vigilancia sobre el cuidado. **Metodología:** artículo reflexivo con enfoque fenomenológico hermenéutico que aborda el fenómeno de la vida cotidiana en la UCI en relación al diseño espacial, las relaciones de poder y el tiempo vivido para problematizar la denominación Unidad de Cuidados Intensivos en contraposición de Unidad de Vigilancia Intensiva. **Resultados:** la vida cotidiana de la UCI, es un espacio reglado y altamente controlado, en el que a través de diversos mecanismos se conduce la vida de los profesionales y pacientes a tal punto de tener características de lo que autores como Goffman consideran instituciones totales. En las cuales, a través de mecanismos de despersonalización se homogeniza la heterogeneidad característica de lo humano. **Conclusión:** Cuidar implica vigilar, estar atento, estar de guardia y controlar en algunos casos. Sin embargo, no se reduce a ello, el cuidado implica también reconocerse como ser finito y vulnerable, es decir como ser eminentemente compasivo. El cuidado no puede ser autoritario, ni minar la capacidad de agencia de los sujetos de cuidado, por el contrario, es una posibilidad que permite resistir ante las estructuras y dispositivos que controlan la vida. Cuidar como acto instintivo y reflexivo a la vez, supone una doble naturaleza entre pathos y logos, esta misma naturaleza no puede desdibujarse al interior de las UCI.

Palabras clave: Cuidado de enfermería; fenomenología; biopoder; biopolítica; humanización del cuidado; ética en enfermería.

© 2024 John Camilo García Uribe, José Luis Vargas Ovalle, Víctor Alfonso Villalobos Cruz

Citación: García Uribe, J. C., Vargas Ovalle, J. L., & Villalobos Cruz, V. A. (2024). ¿Unidades de cuidado o unidades de vigilancia intensiva?. *Cultura de los Cuidados*, (69), 67-79. <https://doi.org/10.14198/cuid.26486>



Abstract

Introduction: The naming of intensive care units (ICUs) has varied over time. From intensive surveillance units, intensive care units, intensive medicine units to critical care units. In practice these denominations seem to overlap to such an extent that surveillance seems to prevail over care. **Methodology:** reflexive article with a hermeneutic phenomenological approach that addresses the phenomenon of daily life in the ICU in relation to spatial design, power relations and time lived in order to problematize the denomination Intensive Care Unit as opposed to Intensive Surveillance Unit. **Results:** the daily life of the ICU is a regulated and highly controlled space, in which the life of professionals and patients is conducted through different mechanisms to such an extent that it has characteristics of what authors such as Goffman consider total institutions. In which, through depersonalization mechanisms, the characteristic heterogeneity of the human being is homogenized. **Conclusion:** Caring implies to watch, to be attentive, to be on guard and to control in some cases. However, it is not reduced to this; caring also implies recognizing oneself as a finite and vulnerable being, that is, as an eminently compassionate being. Care cannot be authoritarian, nor can it undermine the capacity of agency of the subjects of care; on the contrary, it is a possibility that allows us to resist the structures and devices that control life. Caring as an instinctive and reflexive act at the same time,

supposes a double nature between pathos and logos, this same nature cannot be blurred inside the ICU.

Keywords: Nursing care; phenomenology; biopower; biopolitics; humanization of care; nursing ethics.

Resumo

Introdução: A designação das unidades de cuidados intensivos (UCI) tem variado ao longo do tempo. Desde unidades de monitorização intensiva, unidades de cuidados intensivos, unidades de medicina intensiva até unidades de cuidados críticos. Na prática, estas designações parecem sobrepor-se de tal forma que a vigilância parece prevalecer sobre os cuidados. **Metodologia:** artigo reflexivo com uma abordagem fenomenológica hermenêutica que aborda o fenómeno do quotidiano na UCI em relação ao desenho espacial, às relações de poder e ao tempo vivido, a fim de problematizar a denominação de Unidade de Cuidados Intensivos em oposição à de Unidade de Vigilância Intensiva. **Resultados:** o quotidiano na UCI é um espaço regulado e altamente controlado, no qual a vida dos profissionais e dos doentes é conduzida através de vários mecanismos, de tal forma que apresenta características daquilo que autores como Goffman consideram como instituições totais. Em que, através de mecanismos de despersonalização, se homogeneiza a heterogeneidade característica do humano. **Conclusão:** Cuidar implica vigiar, estar atento, estar em guarda e, em alguns casos, controlar. No entanto, não se limita a isso: cuidar implica também reconhecer-se como um ser finito e vulnerável, ou seja, como um ser eminentemente compassivo. O cuidado não pode ser autoritário, nem pode minar a capacidade de agência dos sujeitos do cuidado; pelo contrário, é uma possibilidade que permite a resistência às estruturas e dispositivos que controlam a vida. O cuidado como um ato instintivo e reflexivo ao mesmo tempo, supõe uma dupla natureza entre pathos e logos, e essa mesma natureza não pode ser esmaecida dentro da UTI.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; fenomenologia; biopoder; biopolítica; humanização dos cuidados; ética em enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La denominación de las unidades de cuidado intensivo (UCI) ha variado a lo largo del tiempo. Desde unidades de vigilancia intensiva, unidades de terapia intensiva, unidades de medicina intensiva hasta unidades de cuidados críticos. Esta aparente ubicuidad semántica de los términos cobra una importancia superlativa, porque la denotación lingüística de lo que existe puede configurar prácticas, valores y deberes. Esto ha sido descrito desde diferentes perspectivas como el lenguaje es la morada del ser (Heidegger, 2013) o somos lo que somos porque somos en el lenguaje (Melich, 2012). En países latinoamericanos la denominación más usual es UCI, no obstante, queda el interrogante si en la práctica son unidades de cuidado, unidades de tratamiento, unidades de terapia o unidades de vigilancia.

Estas unidades suelen ser un espacio que alberga equipos, insumos y personal altamente especializado, por lo que han sido consideradas el “hospital del hospital, y por la población general como la última oportunidad”(Pallarés Martí & Comelles, 2010), debido que constituye en gran parte la última esperanza que tienen los pacientes críticos para solventar sus problemas de salud. Desde la perspectiva de Goffman (Goffman, 2012) es posible considerarlas como una institución total, porque es un lugar de “residencia y trabajo en el que un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo considerable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente [...] absorbe una parte de tiempo y a la vez condiciona el tiempo vivido”. En la clasificación de Goffman de las instituciones totales existen 5 tipos: las de cuidado a personas inofensivas, las de cuidado a personas potencialmente peligrosas, las de reclusión de personas peligrosas, las destinadas al mejor cumplimiento de una actividad laboral como los cuarteles, los barcos y las escuelas de internos. Una última clasificación serían los refugios del mundo destinados a la formación religiosa. Una de las tesis de este escrito es que las UCIs son un híbrido de institución total en la que se cuidan enfermos, enfermos potencialmente peligrosos (infectados) y en la que se forma a profesionales sanitarios a través de diversos dispositivos.

Un segundo interés de este artículo es problematizar como en estas instituciones totales parece desdibujarse el cuidado para reducirse a la vigilancia, en parte, por diferentes procesos y procedimientos taxativos y por el descuido del cuidado(García Uribe, 2020). No es de extrañar términos estoy de guardia, estoy de vigía, vigilando ando, entre otros, sean comunes entre el personal asistencial y que la tecnologización del cuidado favorezca una visión instrumental de este.

METODOLOGÍA

Este es un artículo reflexivo con enfoque fenomenológico hermenéutico que aborda el fenómeno de la vida cotidiana en la UCI en relación al diseño espacial, las relaciones de poder y el tiempo vivido para problematizar la denominación Unidad de Cuidados Intensivos en contraposición de Unidad de Vigilancia Intensiva, en especial, porque en la facticidad fenoménica parece estar más relacionada con reducir el cuidado a la vigilancia, a través de diferentes dispositivos. Para explorar el problema se recurre a la hermenéutica en la obra de Foucault (2018) y Goffman (2012) que permite describir de forma analógica como es la vida

de la UCI en relación a las instituciones totales y hospitalares psiquiátricas y en última instancia proponer una resignificación de lo que constituye realmente cuidado intensivo, abandonando el tradicional cisma *entra cura* y *cuidado*.

DESARROLLO DEL TEMA

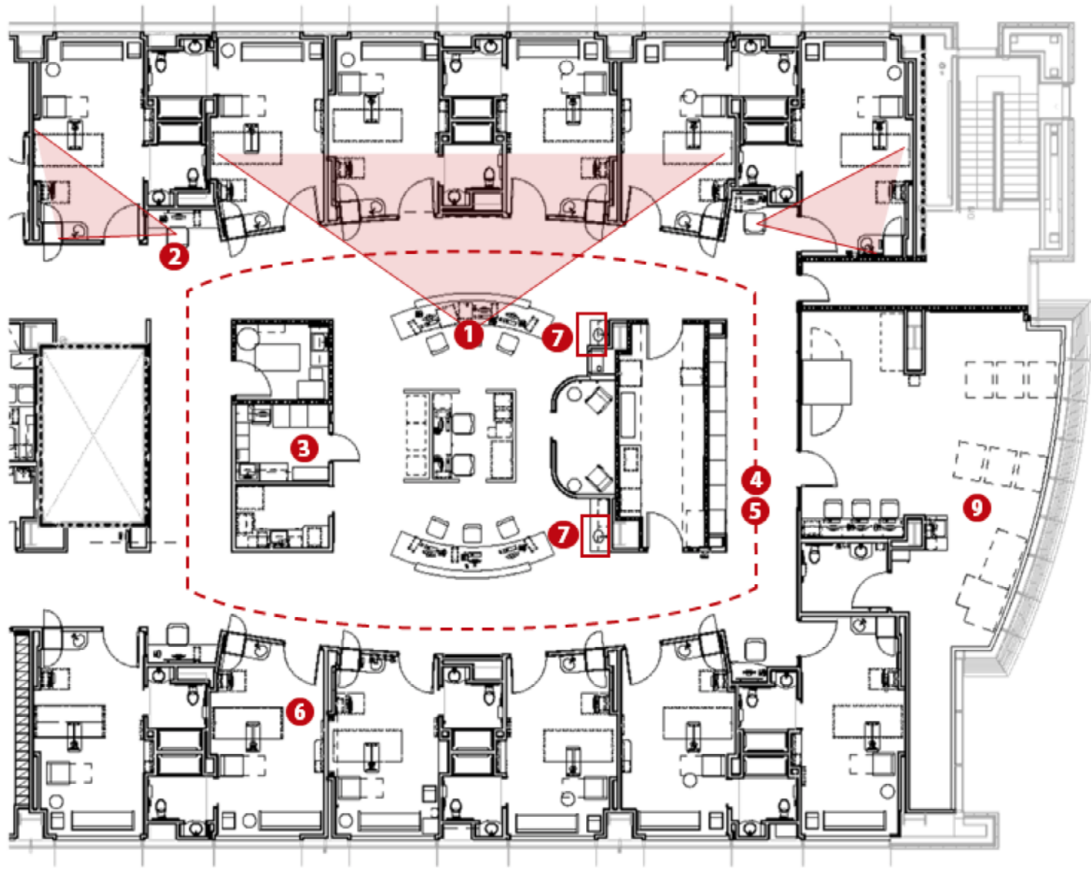
El diseño espacial de la UCI

El ingreso del personal a la UCI implica atravesar la entrada de un primer ámbito de aislamiento, el hospital. Una vez dentro del recinto hospitalario, se requiere al cruzar la puerta de seguridad de la UCI, a veces controlada por códigos numéricos, otras veces por huella dactilares y más recientemente por biometría facial o del iris. De tal forma, que la UCI es per se un espacio de aislamiento y de seguridad, se restringe el ingreso, pero también se restringe el egreso y movimiento del personal por otras áreas del hospital¹ por la gravedad de los pacientes allí hospitalizados y la necesidad de privacidad y exclusividad del personal encargado del cuidado. La UCI configura un espacio de aislamiento dentro de otro espacio de aislamiento, puesto que se encuentra al interior de un hospital al que acuden sujetos enfermos para aislarse de forma voluntaria de los sanos. Aunque no todas las UCIs son idénticas, en términos generales comparten una disposición espacial y arquitectura semejante, la del panóptico de Bentham.

La UCI como dispositivo de vigilancia y control sobre los cuerpos, es similar al de las instituciones hospitalarias descritas por Foucault, uno que “trata de evitar los contagios, los amontonamientos, asegurando al mismo tiempo el aireamiento y circulación del aire, dividiendo el espacio pero dejándolo abierto, asegurando una vigilancia que fuese global e individualizante al mismo tiempo, separando cuidadosamente a los individuos que debían ser vigilados” (Bentham et al., 2020). El modelo original de Bentham y teorizado por Foucault, se caracterizaba por una torre en el centro, en la periferia un edificio circular separado en celdas y con grandes ventanas, desde el centro se puede vigilar cómodamente a cada una de las celdas y difícilmente se es visto. Un plano que representa la unidad de cuidados intensivos del presente y de alguno de los hospitales a los que asistí como enfermero puede apreciarse en la figura 1.

1. El área de egreso de la UCI suele ser otra diferente a la de ingreso, pero también requiere de control de acceso, a través del cual se suele llevar registro de salidas y ausentismos del personal.

Figura 1. Plano UCI



Fuente: <https://www.mcmorrowreports.com/eypplanners-use-bed-floor-plan-best-practices-for-omc/>

En el centro se encuentran los vigilantes de mayor jerarquía, en este caso los intensivistas y enfermeros jefes², en la periferia en los numerales 2 y 6 se encuentran los auxiliares de enfermería y por debajo de ellos y bajo constante supervisión los pacientes, estos últimos son vigilados desde diferentes perspectivas y a través de diferentes dispositivos, sin embargo, el sistema, la nube y las cámaras son un continuo vigilante que detalla minuto a minuto la actividad de todos los vigilantes.

Este mecanismo de vigilancia y control sobre los cuerpos del enfermo ha sufrido unas cuantas mejoras, hoy en día cuentan con monitores especializados que controlan segundo a segundo, latido a latido diversas variables fisiológicas; el registro de los monitores se traslada a un conjunto de pantallas que se pueden visualizar desde el centro de la unidad. Desde allí, la condición y la vida de las personas enfermas, parece traducirse y reducirse a un conjunto de pantallas de fondo negro, con números en colores diferentes según el parámetro analítico;

2. En algunos países no se cuenta con el cargo de jefes de enfermería. En el contexto colombiano existen auxiliares de enfermería, a veces denominados enfermeros o enfermeras, y profesionales de enfermería, denominados jefes de enfermería.

a gráficas y curvas que representan funciones fisiológicas y alarmas sonoras y visuales que alertan al personal ante eventos ominosos.

Pero hoy en día el enfermo no es el único que debe despojarse de su ropa para estar solo para la protección de sabanas y monitores³. El personal sanitario una vez ingresa a la unidad, con miras a evitar las infecciones y contagios, y dando cumplimiento a protocolos y guías institucionales, debe cambiarse la ropa por atuendos hospitalarios exclusivos para la estancia en la UCI. Los vestidores están separados, uno para el personal médico y otro para el resto del personal asistencial y operativo; a la salida de cada cuarto se encuentran los espacios para el lavado de manos, sobre este punto se encuentra la primera cámara de vigilancia. Esto es fundamental, porque además de vigilar los cuerpos y vidas de los enfermos, se vigila y controla la conducta del personal asistencial.

Las cámaras están dispuestas de manera estratégica, una frente a la puerta de ingreso y egreso; otra sobre círculo central; y el resto en los diferentes espacios de la UCI, excepto al interior de las habitaciones. De esta manera no queda punto ciego ni para el personal asistencial ni para los pacientes.

La disposición del personal al interior de la unidad denota los relevos; los médicos intensivistas y médicos de apoyo suelen estar en el centro; en algunas unidades allí mismo se encuentra los enfermeros profesionales; mientras que los enfermeros auxiliares se encuentran a la proximidad de la puerta del enfermo. La entrada a cada habitación son grandes ventanales y entre habitación y habitación hay una mezcla entre concreto y ventanales, de modo tal que siempre es posible observar y ser observado en los espacios de los pacientes.

En el caso de la UCI que se pretende describir, es preciso resaltar que no solo es un fiel modelo del panóptico, sino que además también cuenta con la estructura de relevos descrita por Foucault para los complejos asilares. Para comenzar las jerarquías de la UCI, de la cúspide a la base se encuentra el médico intensivista, médicos de apoyo, profesionales de enfermería, terapeutas respiratorios y auxiliares de enfermería; es de resaltar que diversas especialidades médicas y de terapias de apoyo también convergen en este espacio, pero no son más que flora transitoria que aparece y desaparece.

De acuerdo con Foucault, “el poder no pertenece ni a una persona ni, por demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc”(Foucault et al., 2018). Esto mismo sucede en la UCI como dispositivo de poder, la UCI es un dispositivo de dispositivos, tiene jerarquías, monitores, ventiladores mecánicos y por supuesto, relevos. Alrededor del médico “tenemos toda una serie de relevos, en primer lugar, los vigilantes, sobre quienes recae la tarea de informar sobre los enfermos, ser la mirada no armada, no erudita, una especie de canal óptico a través del cual va a funcionar la mirada erudita (Foucault et al., 2018. p15)”. Esto parecen malograrlo, en el contexto de la UCI, los profesionales de enfermería.

3. En algunas unidades de cuidados intensivos por temas de humanización se ha permitido que los pacientes usen batas, pero en muchas otras los pacientes solo están cubiertos por sabanas y los cables del monitor.

Son precisamente los profesionales de enfermería, porque estos en términos de Foucault en su rol de vigilantes, ejercen una mirada que debe recaer sobre los sirvientes (auxiliares de enfermería), esto es, “son los poseedores del último eslabón de la autoridad. El vigilante, entonces, es a la vez el amo de los últimos, y aquel cuyo discurso, la mirada, las observaciones y los informes deben permitir la constitución del saber médico” (Foucault et al., 2018. p20). Estos vigilantes, enfermeros deberán, hilvanando la UCI al poder psiquiátrico de Foucault, “una contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono, de ser necesario, sea fulminante; además, el vigilante debe ser de tina probidad severa, de costumbres puras, de una firmeza compatible con formas suaves y persuasivas [...] y de una docilidad absoluta a las órdenes del médico” (Foucault et al., 2018. p20).

Este tipo de habilidades trataron de cultivarse en los profesionales de enfermería, toda vez que alrededor de dicha profesión se ciñe una injusticia epistémica en manos del saber biomédico y con un fuerte raigambre asociado a los conceptos de masculinidad y feminidad, la historias de las profesiones y los saberes excluidos. Esto ya ha sido discutido en algunas propuestas teóricas, el cuidado de enfermería, además de ser el núcleo de la profesión de enfermería, está fuertemente relacionado con las actividades femeninas, como la preparación de alimentos, la educación de los hijos o las tareas del hogar; aún hoy se percibe una connotación de naturalidad intrínseca asociada al género, perdiendo la reciprocidad de las actividades y dificultando su inserción en un sistema de cambio. En otras palabras, una persistente concepción errónea normaliza y naturaliza estas actividades desde una perspectiva despectiva de género, en la que se cree no requieren esfuerzo (son naturales) y ni tienen ningún valor social, y por tanto no son intercambiables en un sistema de mercado (García, 2022).

Finalmente, están los sirvientes, para el caso de la UCI los auxiliares de enfermería quienes deben bañar a los pacientes, asistirlos en la alimentación, cambiar el pañal, las sabanas, garantizar la higiene y el confort; pero también llevar registros del estado del paciente minuto a minuto, hora a hora, cuanto orina, cuanto come, si defeca o no defeca, registrar los signos vitales cada hora e informar si algo extraordinario ocurre, incluso algo que los monitores no puedan reportar. De acuerdo con Foucault estos sirvientes:

“No están simplemente abajo por ser el último escalón de esa jerarquía; también está abajo porque deben estar debajo del enfermo. No deben ponerse tanto al servicio de los vigilantes que están por encima de él como al servicio de los propios enfermos; y en esa, posición de servicio de los enfermos no deben hacer, en realidad, más que el simulacro de dicho servicio. En apariencia obedecen sus órdenes, los asisten en sus necesidades materiales, pero de tal manera que, por una parte, el comportamiento de los enfermos pueda ser observado desde atrás, desde abajo, en el nivel de las órdenes que pueden dar, en vez de ser mirados desde arriba, como lo hacen los vigilantes y los médicos. En cierto modo, por ende, los sirvientes darán vuelta en torno a los enfermos y los mirarán en el plano de su cotidianidad y, de alguna manera, en la cara interna de la voluntad que ejercen, de los deseos que tienen; y el sirviente va a informar lo que es digno de nota al vigilante, quien a su vez informará al médico (Foucault et al., 2018, p16)”.

En otros trabajos me he referido a la protocolización del cuidado de enfermería (García Uribe, 2020; García-Urbe, 2020), el creciente número de protocolos en el cuidado de enfermería obedece a muchos determinantes, entre ellos a que la calidad de los servicios de salud está

determinada por algunos factores, como los continuos cambios en el contexto político, económico y de salud, las nuevas tecnologías y la difusión de las redes sociales, esto ha contribuido a que la población sea más consciente de sus derechos, por lo que los pacientes son y serán cada vez más exigentes. Otro factor podría ser la metamorfosis de los hospitales en las empresas, la calidad en ese contexto es más un tema económico que de salud que requiere de indicadores medibles y qué mejor forma que medirlos con base en lo que dice el protocolo o la guía.

Sin embargo, los indicadores de calidad de los hospitales no siempre son una imagen de la realidad, a veces son solo una lista de verificación para cumplir un requerimiento. Del mismo modo, los protocolos surgen como una estrategia de calidad, debido a los constantes avances científicos que hacen que la medicina defina continuamente lo que es científicamente correcto, y no solo los protocolos, también las guías clínicas, los algoritmos y los consensos de expertos. Todas estas herramientas tienen como objetivo mejorar la calidad de la salud y la normalización de las prácticas sanitarias, de tal forma que actuar fuera de estas normas puede, en principio, constituir una infracción de la denominada *lex scientiae*. Si bien es cierto que la normatividad local obliga a cumplir unos mínimos necesarios con relación al cuidado y los objetivos del bienestar con las banderas de la seguridad del paciente, la protocolización del ejercicio de la salud (indiferente de la medicina o la enfermería) se encamina ahora a controlar las decisiones que los profesionales toman. La unificación de conceptos en un protocolo basado en la evidencia, disminuye la capacidad de toma de decisiones de los cuidadores, limitándolos a seguir listas de chequeo.

Básicamente, el protocolo es una secuencia ordenada de comportamientos, técnicas, tratamientos o cuidados a aplicar a un paciente para mejorar su evolución clínica. En otras palabras, una herramienta para cuidar, que no es esencialmente cuidar, no puede hacerlo porque como herramienta no es contingente ante las vicisitudes de la vida. Esta herramienta, inicialmente, fue desarrollada para el beneficio del paciente, pero ahora se utiliza como política institucional, para informar la cobertura del seguro, para derivar criterios de calidad de atención y para definir estándares de responsabilidad médico legal. Por esta razón, se ha producido una protocolización del cuidado de enfermería, lo que significa que las enfermeras a menudo no piensan y simplemente siguen el protocolo.

Esto parece compaginarse con lo descrito por Foucault respecto a los sirvientes (en principio auxiliares de enfermería, pero dada la despersonalización de los enfermeros profesionales podría hablarse que estos últimos son vigilantes y a veces sirvientes), quienes se caracterizan porque llegado el momento serán ellos quienes, ¡cuando el enfermo dé órdenes que no deben cumplirse, tendrá la misión, mientras finge estar a su servicio, obedecerle y, por consiguiente, no tener voluntad autónoma de no hacer lo que el enfermo pide, remitiéndose para ello a la gran autoridad anónima que es el reglamento e, incluso, a la voluntad singular del médico” (Foucault et al., 2018).

Las relaciones de la UCI

Una historia de los espacios en el sentido de Foucault es una historia de los poderes. En algunas UCI, existen habitaciones de descanso para el personal médico (intensivistas y médicos de apoyo), dotadas con camas, sofás, neveras, televisores y videojuegos; a veces mientras

el personal médico descansa o duerme, el personal de enfermería se queda de guardia, vigilando a los pacientes y cuidando el sueño de los otros profesionales. Una arquitectura institucional parece ser cómplice y artífice de tácticas de hábitats que configuran relaciones de poder. Aquellos que duermen y descansan pueden doblar turno, mientras que aquellos que permanecen en vela a duras penas dan abasto con las responsabilidades de la UCI ¿por qué el personal médico puede dormir y el personal de enfermería no? Adicional a esto, la legislación local y la normatividad de cada institución de salud, le permite al médico cumplir jornadas laborales más extensas, permitiendo un mayor ingreso salarial, así mismo, la laxitud y la oportunidad del espacio destinado al descanso, proporciona a los galenos la posibilidad de trabajar en varias UCI, mientras que la responsabilidad del enfermero (jefe o auxiliar) limitan el tiempo disponible para otras actividades.

El procedimiento conocido como entrega de turno (en el que se comenta con el equipo que recibo lo acontecido durante la jornada con cada paciente) obliga al cuerpo de enfermería a tomarse más tiempo del estipulado en el contrato, el cual en la mayoría de centros sanitarios no es reconocido. Mientras el personal de enfermería parece ser un paciente más, siempre visible, vigilante y vigilado en un ámbito de transparencia, en el que no existen zonas oscuras alejadas del panóptico central.

La herencia religiosa en el caso de enfermería no se puede obviar, hasta hace algunos años gran parte del personal cuidador eran religiosas de monasterios; en el concepción jerárquica del catolicismo occidental, el patriarcado ha sido un antecedente importante (Morán Faúndes, 2013). Esta herencia religiosa ha desempeñado un papel considerable en la aplicación de las mujeres al trabajo: aquí se sitúan los famosos internados del siglo XIX en los que vivía y trabajaba un personal femenino bajo el control de religiosas formadas especialmente para ejercer la disciplina de las fábricas. Hoy en día, se habla de guardia, cuadros de turno, victimas, seguridad, batalla, soldados, destruir, eliminar, municiones y guerras.

Las formas de dominación se han trastocado, ya lo que prevalece para someter a los pacientes no es el uso de la fuerza, sino los medicamentos; sedantes, relajantes musculares, opiáceos y barbitúricos, son lo algunos de los fármacos usados día a día en pacientes con claras indicaciones de sedación o coma inducido, dada la condición clínica de los pacientes, con la sedación se logra entonces tener control sobre el cuerpo, control sobre la función cardiaca y ventilatoria en la mayoría de los casos. No obstante, en ocasiones es necesaria la contención mecánica de pacientes a través de inmovilizadores humanos o artificiales, con el objetivo de proteger al paciente de hacerse daño o hacer daño a otro, se logra reducir la capacidad de interacción física del enfermo. El poder farmacológico sobre los cuerpos enfermos requiere de continuidad, docilidad o cierto enmascaramiento; “porque si se es muy violento se corre el riesgo de suscitar insurrecciones; si se interviene de forma discontinua se arriesga uno a dejar que se produzcan, en los intervalos, fenómenos de resistencia de un coste político elevado. Así funcionaba el poder monárquico” (Bentham et al., 2020) y así funciona el poder sanitario de la UCI, una simbiosis entre el poder monárquico y el poder disciplinario. A la vez que se cuenta con fentanilo (fármaco derivado del opio del cual fácilmente se genera dependencia) e inmovilizadores, se cuenta con “la mirada que va a exigir pocos gastos, que prescinde de armas y de coacciones materiales. A veces basta con una mirada. Una mirada que vigile, y que cada uno, sintiéndola pesar sobre sí, termine por interiorizarla hasta el punto de vigilarse a sí mismo” (Bentham et al., 2020).

La vida cotidiana en la UCI

El ingreso a la UCI rompe con la programación del rol del individuo tanto en el ciclo vital como en la rutina diaria. El despojo de las ropas en muchas ocasiones antecede a la llegada a la UCI. Algunas narrativas pueden ejemplificar esto:

“Señor para poderlo trasladar a la unidad es necesario quitarle toda la ropa

¿Por qué no puedo ir con mi pijama?

Porque no lo dejan ingresar con ropa, debe ser sin ropa o cuando mucho una bata para poderlo monitorizar de forma adecuada”

Otras escenas ocurren en la propia unidad, cuando el personal llega con el traslado puede ser recriminado por no cumplir con las condiciones de traslado de paciente y surgen recriminaciones al respecto: “¿por qué traen al paciente con ropa?”

Aunque existen marcadas diferencias desde el mundo subjetivo de aquel paciente que se encuentra consciente, respecto de aquel que está inconsciente. Hay una cosa en común en la UCI, el rol de paciente debe eliminar todos los otros roles que solía desempeñar el sujeto, quedando pocos rastros reveladores de maternidad, paternidad, profesión y status social. Incluso, se tiende a despojar de la identidad del sujeto a través nombrarlo a través del número de cama o su patología, Esta práctica, a pesar de las críticas persiste en la práctica clínica.

La llegada a la UCI, supone no solamente un despojo de ropas⁴, sino también un proceso de preparación del enfermo, se hace un registro de los objetos personales, se realiza una entrega verbal del paciente y una revisión física exhaustiva que en ocasiones no parece estar orientada al bienestar del enfermo sino para verificar y corroborar que la información que el personal que realiza el traslado corresponda con la realidad del paciente. Esta mirada de la UCI como un espacio de control y sujeción permite una lectura anacrónica a través de la descripción que realiza Foucault en los anormales sobre el manejo del territorio y los individuos con peste en la que no se da una exclusión tajante de los enfermos, sino que es una forma de controlar cada instante y constante de vida. “El momento de la peste es el del relevamiento exhaustivo de una población por un poder político, cuyas ramificaciones capilares llegan sin parar hasta el grano de los individuos mismos, su tiempo, su vivienda, su localización, su cuerpo” (Foucault, 2011).

La cotidianidad de la UCI está regida por un espacio cronometrado y vigilado, cada 2 horas se realizan ciertas actividades, el paciente es sujeto de cambios de posición y tomas de glucometrías, pero a la vez el personal encargado es vigilado constantemente de realizar estas actividades a través de su registro sincrónico en el software de historia clínica. A su vez, cada uno de las máquinas cuenta con registro de alarmas y manipulación por lo que se podría evidenciar segundo a segundo la evolución del paciente y la atención instrumental del personal asistencial. El poder sobre la vida y la muerte es la insignia de las UCI, “es un poder que no obra por exclusión, sino más bien por inclusión rigurosa y analítica de los elementos.

4. Este despojo de ropas es algo común en Unidades de cuidado intensivo de Colombia, se resalta que en otras latitudes se permite a los enfermos portar pijamas especiales o por lo menos batas

Un poder que no actúa por la separación en grandes masas confusas, sino por distribución según individualidades diferenciales. Un poder que no está ligado al desconocimiento, sino, al contrario, a toda una serie de mecanismos que aseguran la formación, la inversión, la acumulación, el crecimiento del saber” (Foucault, 2011. p56).

El paciente o familiar demandante es una de las expresiones más usuales para denominar al paciente que suele llamar mucho al personal o solicitar asistencia e información sobre su proceso o evolución. Lo más llamativo, es que esa demanda, esa solicitud expresa por información tiende a incomodar al personal. Porque supone una rebelión ante la docilidad necesaria para el libre maniobrar de los vigilantes. Se hace énfasis en este caso en una postura vigilante autoritaria, porque si fuera cuidado, el cuidado es una caricia que no agarra ni somete (García Uribe, 2020) o en el sentido de Melich (Melich, 2016) reconoce la vulnerabilidad y finitud propia y del otro que posibilita la compasión.

¿Unidades de cuidado intensivo o unidades de vigilancia intensiva? Resignificando el cuidado intensivo

Desde la etimología, cuidado y vigilancia, parecen tener algunos aspectos en común. Vigilancia del Latín *vigilantia* cualidad del que hace guardia de noche, similar al que guarda vigilia, aquel que espera en vela durante la noche atento a algún acontecimiento (Corominas & Pascual, 1985). El que cuida vigila ¿acaso el que vigila cuida? ¿es posible reducir el cuidado a la vigilancia? En la clasificación de intervenciones de enfermería (Butcher et al., 2018), se encuentran las intervenciones [3590] vigilancia de la piel; [6652] vigilancia al final del embarazo; [6658] vigilancia electrónica por control remoto; [6650] vigilancia. Este último, es descrito como recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas y hace parte del dominio 4 seguridad y de la clase V control de riesgos; Por otro lado, en algunos libros se hace alusión a un sincretismo o una especie de conjunción entre cuidado y vigilancia, como es el caso de (*Cuidados y vigilancia del paciente crítico Soporte depurativo y neurocrítico*, 2014). Sin embargo, aunque la vigilancia en el sentido etimológico pueda ser necesario para cuidar, es insuficiente.

La estandarización de procesos y la mecanización de las acciones realizadas en las unidades de cuidados intensivos han llevado a un proceder automático por parte de los profesionales encargados. En relación a las constantes vitales y a las variables clínicas de laboratorio e imágenes diagnósticas, se han formulado esquemas de manejo del enfermo en relación a la resolución de problemas – derivados de una enfermedad o asociados a la estancia misma en la UCI – la cercanía con el paciente y la necesidad de interactuar desde el contacto físico y desde la conversación (en pacientes sin sedación) cada vez es menos necesaria, pues se reduce el ejercicio del cuidado intensivo a formular medicamentos o terapias con objeto de controlar una situación derivada de “algo que está mal” en el enfermo. La pérdida de la humanización la atención del enfermo críticamente enfermo mueve la balanza en favor de la vigilancia intensiva de funciones vitales y alteraciones paraclínicas y en contra de la noción de cuidado desde el respeto por el ser y su dignidad.

En la contemporaneidad los procesos de vigilancia y control son fácilmente automatizables a través de monitores, ventiladores mecánicos y en general algoritmos que pueden ser

entrenados, incluso para la toma de decisiones, en estos contextos ¿cuál será el rol del personal de enfermería si en su quehacer diario se restringe a vigilar y a controlar? La concepción racional y compasiva del cuidado descritas desde perspectivas fenomenológicas (Álvarez & García, 2011; Siles González & Solano Ruiz, 2007) deben volverse a situar en el panorama de la formación de los futuros profesionales y en la práctica de los que laboran actualmente. Cuidar del cuidado, o el meta-cuidado, es una posibilidad de reflexión sobre la reflexión misma, implica reconocer el cuidado como la capacidad que tiene el ser humano de volver sobre sí mismo para evaluar su ser, su hacer y su estar, y aun su tener, impulsa o da a las personas el contenido del pensamiento mismo necesario para establecer una relación de ayuda con los otros.

Resignificar el cuidado intensivo implica contemplar una convergencia entre técnicas, dispositivos, tecnología y cuidado. Es necesario, así como lo afirma Norbert Elías (Elías, 1997) “la tecnificación requiere ya un alto grado relativo de civilización de la autorregulación”. En el caso de las UCI, el personal asistencial debe tener la capacidad de autorregularse de manera consciente y efectiva. Atreviéndose a pensar en el sentido Kantiano del término (Kant, 2013), es decir, criticando y develando mecanismos que pueden ir en contravía de la *lex artis*, proporcionando actitudes reflexivas sobre valores que guíen el uso y desarrollo de la los dispositivos tecnocientíficos de una manera ética y responsable. Teniendo presente que la misma espacialidad de la UCI es un dispositivo espacial que controla y regula la vida de los enfermos y de los profesionales.

CONCLUSIÓN

Cuidar implica vigilar, estar atento, estar de guardia y controlar en algunos casos. Sin embargo, no se reduce a ello, el cuidado implica también reconocerse como ser finito y vulnerable, es decir como ser eminentemente compasivo. El cuidado no puede ser autoritario, ni minar la capacidad de agencia de los sujetos de cuidado, por el contrario, es una posibilidad que permite resistir ante las estructuras y dispositivos que controlan la vida. Cuidar como acto instintivo y reflexivo a la vez, supone una doble naturaleza entre *pathos* y *logos*, esta misma naturaleza no puede desdibujarse al interior de las UCI, por el contrario, denominarlas como Unidad de cuidado intensivo, supone que en este espacio convergen actores de que tiene en común cuidar de forma vigorosa y concentrada a los pacientes. La intensidad del cuidado no supone desvirtuarlo. De igual forma, la vigilancia y el control no son suficientes para cuidar, se requiere también de la reflexividad y eticidad de los profesionales que a través de juicios morales y racionales logran permear de compasión los gestos técnicos y las relaciones tecnificadas en un espacio controlado. Es imperativo resignificar el cuidado intensivo en la contemporaneidad, no para ponerle otras denominaciones como terapia intensiva o tratamiento intensivo, sino para que la denominación cuidado intensivo se refleje en la mayor medida posible en la facticidad cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, C. V., & García, J. H. V. (2011). El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. *Hacia la Promoción de la Salud*.
- Bentham, J., Foucault, M., Miranda López, M. J., & Taño, E. (2020). *El panóptico*. Barcelona: Virus.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (Eds.). (2018). *Nursing interventions classification (NIC)*. Madrid: Elsevier.
- Corominas, J., & Pascual, J. (1985). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Gredos.
- Cuidados y vigilancia del paciente crítico Soporte depurativo y neurocrítico* (1. Aufl). (2014). Madrid: Editorial Académica Española.
- Elias, N. (1997). *La civilización de los padres y otros ensayos*. Madrid: Norma.
- Foucault, M. (2011). *Los anormales*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M., Ewald, F., Fontana, A., & Lagrange, J. (2018). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France, (1973-1974)*. Madrid: Akal.
- García, J. (2022). Burnout as a social pathology in nursing professionals: An analysis based on the theory of recognition. *Rev Bras Med Trab*, 20(3), 8.
- García Uribe, J. C. (2020). Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 24(57), 52. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
- García-Uribe. (2020). From Protocolization of Care to Nursing Care Practice: A Qualitative Research. *American Journal of Nursing Research*, 9(1), 15–19. <https://doi.org/10.12691/ajnr-9-1-3>
- Goffman, E. (2012). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu.
- Heidegger, M. (2013). *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Alianza Ed.
- Kant, I. (2013). *Que es La Ilustración?* Madrid: Alianza.
- Melich, J. C. (2012). *Filosofía de la finitud*. Barcelona: Herder.
- Melich, J. C. (2016). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.
- Morán Faúndes, J. M. (2013). Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estudios Feministas*, 21(2), 485–508. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000200004>
- Pallarés Martí, A., & Comelles, J. M. (2010). *El Mundo de las unidades de cuidados intensivos la última frontera*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Siles González, J., & Solano Ruiz, M. del C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 21, 19–27. <https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.04>