

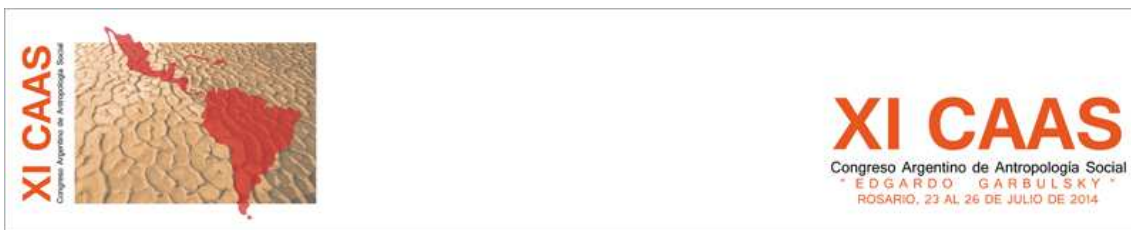
Construcción y usos del Tiempo en Terapia Intensiva.

Camejo, magdalena.

Cita:

Camejo, magdalena (2014). *Construcción y usos del Tiempo en Terapia Intensiva*. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/1801>



XI Congreso Argentino de Antropología Social

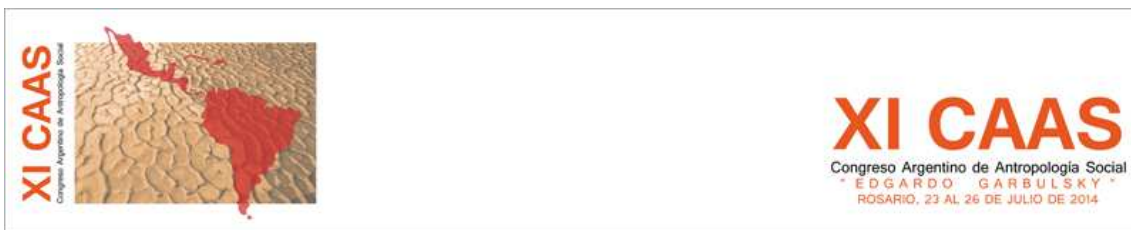
Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

**GRUPO DE TRABAJO GT81-ANTROPOLOGÍA DEL TIEMPO Y
DEL ESPACIO. PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y APLICACIONES
ETNOGRAFICAS.**

1

Construcción y usos del tiempo en Terapia Intensiva

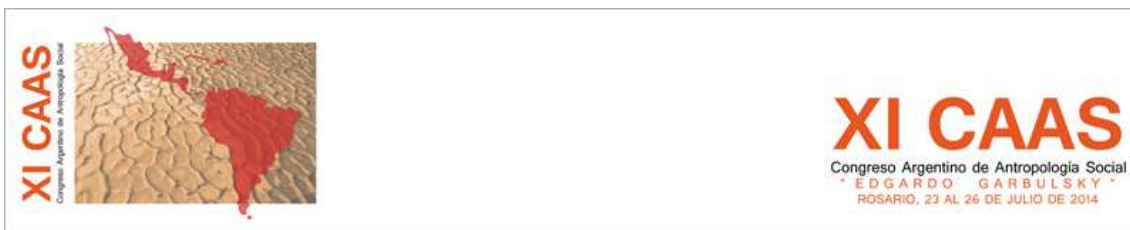
Magdalena Camejo, UBA



Construcción y usos del tiempo en Terapia Intensiva

Introducción

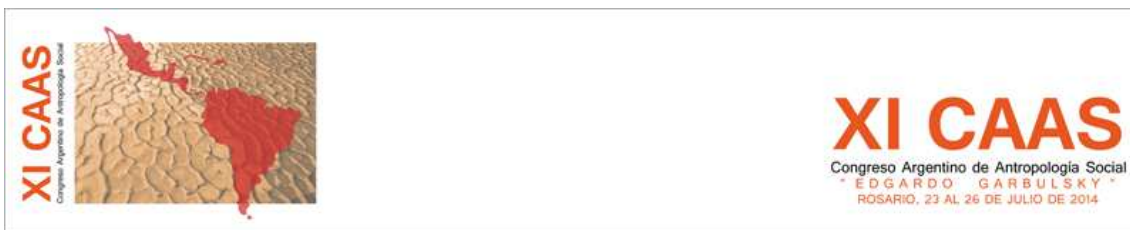
Tradicionalmente los estudios sobre el tiempo en las sociedades postindustriales, han centrado sus análisis en la distinción clásica reconocida desde la Revolución Industrial entre tiempos destinados a la producción y tiempos destinados a la reproducción. Sin embargo, esta distinción ha sido el producto de un proceso de disciplinamiento y resistencias desde los comienzos en que se produjo la incorporación de los trabajadores en la actividad industrial (Thompson, EP, 1967). Las teorías sociales clásicas sostienen de manera general que el orden simbólico mediante el que significamos el tiempo-espacio constituye un marco de experiencia en el que incorporamos prácticas, sentimientos e identidades, en tanto experiencias acumuladas. (Durkheim (1895), Weber (1920) y Parsons (1976). La distinción en formas binarias de reconocimiento del tiempo responde a las exigencias de la producción capitalista hasta tornarse una distinción naturalizada aunque culturalmente resistida, como forma de ordenamiento cotidiano. Desde el campo de la Antropología Clásica, el tiempo ha sido caracterizado como una institución social (Durkheim) con diversos significados según las comunidades y por supuesto, de acuerdo a las actividades de sus integrantes. La separación entre el tiempo “objetivo” marcado por relojes y ritmos fabriles fue cuestionada por los estudios etnográficos, que demostraron la existencia de un tiempo vivido que pone en jaque la universalidad de la experiencia temporal (Maus, 1905, Malinowski, 1935 y Evans-Pritchard, 1941). Ya los estudios posteriores (Elias, 1989; Leach, 1971, Gell 1992) comienzan a demarcar la idea de multiplicidad de tiempos sociales que corresponden a diversos grupos y actividades. Tiempo y espacio son categorías de la experiencia humana, construidas en contextos particulares, y como tales, expresan formas en que reconocemos



prácticas. Siendo una noción que estructura la vida cotidiana, el tiempo no es una categoría culturalmente universal, se construye en contextos particulares en los que los analistas podemos reconocer temporalidades específicas.

La noción de temporalidades, por lo tanto, viene a sintetizar la idea una existencia de múltiples tiempos asociados a la manera en que se relacionan las prácticas en un contexto específico.

Partiendo de estas premisas, me propuse estudiar etnográficamente la vida en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires a fin de analizar la particular manera de construcción del tiempo en éste campo. Las UCI parecen ser un ejemplo que contradice algunos de los criterios que definen al tiempo moderno, ya que son espacios del servicio de salud en donde la dimensión temporal aparece supeditada a los ritmos de las funciones vitales de las personas internadas. Es en la materialidad del cuerpo de los pacientes y el monitoreo de sus funciones vitales donde se anclan las prácticas de las personas involucradas en su *cuidado*. Las tareas ordenan algunas actividades y derroteros de agentes por la UCI y suelen ser “inamovibles”. Pero lo cierto es que a éstas actividades se yuxtaponen eventos vinculados a la particularidad de cada paciente que presenta un cuadro crítico en constante cambio. Las *disrupciones* o *discontinuidades* (dadas por el ingreso, salida o descompensación de un paciente) muestran, tanto el lado flexible de los hábitos y rutinas, como la significación atribuida al tiempo. Esta significación se desarrolla -como las demás dimensiones de la vida social- dentro de marcos normativos, y por lo tanto, también funciona como un dispositivo de *jerarquización* de sujetos y de grupos. Estas coyunturas específicas son interpretadas constantemente y se puede entrever la emergencia y confrontación de *moralidades* (en tanto fronteras) que intervienen en la construcción de jerarquías de saberes y prácticas, y por lo tanto, de los sujetos que las encarnan. El análisis de las temporalidades resultantes de la ejecución de las prácticas de cuidados en las UCI, me permitió reconocer formas



específicas y diferentes en que se conciben los cuidados en este campo particular de la salud.

Realicé 4 meses de trabajo de campo con estancias de entre 5 y 7 horas diarias en diferentes horarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Fernández de la Ciudad de Buenos Aires.

Me propuse indagar en tres supuestos del sentido común asociado a las Unidades de Cuidados Intensivos:

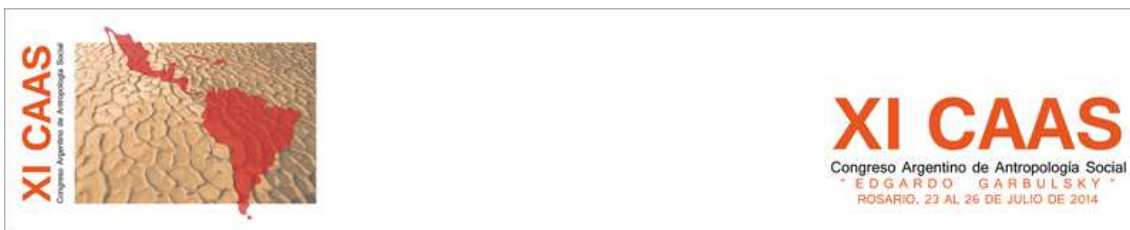
- La UCI es sinónimo de muerte
- La UCI no tiene contacto con el “afuera”
- En la UCI el paciente es un cuerpo inerte
- **En la UCI no existe el tiempo**

En ésta ponencia en particular me centro en el último de éstos supuestos aplicando el concepto de temporalidades para dar cuenta de cómo la concepción y el empleo del tiempo están relacionados de modo dialéctico con la manera de construir la identidad, la vida cotidiana y las prácticas sociales. De esta forma, por ello, los sistemas temporales conforman instrumentos de interacción social, de coordinación y de sincronización entre las personas.

La gesta de los Cuidados Intensivos: monitoreo y control.

Las UCI son espacios particulares dentro de los servicios hospitalarios en donde rige un orden específico orientado a realizar y garantizar prácticas para lograr la estabilidad vital de las personas que ingresan con patologías críticas. El mismo comienzo de la Terapia Intensiva se basa en la incorporación de biotecnología en los centros de salud, específicamente se destacan cuatro factores que inciden fuertemente en su génesis (Gherardi¹):

¹ Gherardi, C (2007) *“Vida y muerte en Terapia Intensiva: estrategias para conocer y participar en las decisiones”*. Buenos Aires: Biblos.



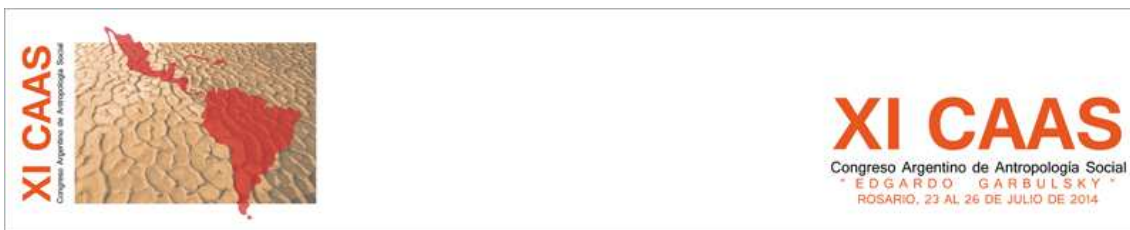
- 1) La *epidemia de Poliomiелitis* a mediados del siglo XX que aceleró el desarrollo de respiradores mecánicos. Estos permitían impulsar aire enriquecido con oxígeno dentro del pulmón del paciente² por un tiempo prolongado y así tratar a pacientes de esta enfermedad que ataca el centro respiratorio bulbar.
- 2) Reconocimiento de la utilidad del *masaje cardíaco con tórax cerrado*, lo cual permitió incorporar ésta maniobra en la resucitación cardiopulmonar de la muerte súbita.
- 3) Guerras, especialmente la de Vietnam, que aceleraron el aprendizaje de métodos de salvataje para enfermedades traumáticas.
- 4) El reconocimiento, detección, monitoreo y tratamiento farmacológico y eléctrico de los trastornos del ritmo cardíaco y la posterior aplicación de marcapasos para el control y regulación de la frecuencia cardíaca. A esto se suma la incorporación de la técnica de diálisis renal y la utilización de la bomba de circulación extracorpórea que reemplaza la función cardíaca mientras se está realizando una intervención quirúrgica.

5

De esta manera, el desarrollo de la Terapia Intensiva como espacio particular dentro de los servicios de salud actuales, estuvo signada por la incorporación y adopción de medidas de reemplazo de las funciones vitales de los órganos de pacientes graves. Estas medidas fueron de la mano del desarrollo tecnológico en el ámbito de la salud y signaron, hasta el día de hoy, la organización de éstos espacios de trabajo, la formación de profesionales, las medidas hospitalarias y el paso de los pacientes por ella. En palabras de Gherardi (2007), el paradigma que signa estas nuevas salas de atención médica es el *shock*³ como expresión diagnóstica de la amenaza de vida inminente. Todo este contexto de abordaje de los pacientes graves concentrados en un área común definió ésta nueva modalidad de atención médica. Se incorpora un tercer escenario en el espacio hospitalario que ya no se dirime entre la sala de emergencias y la de internación,

² Se crean así las “polio units”, predecesoras de la Terapia Intensiva.

³ Déficit generalizado y severo de oxígeno para las células y tejidos de todo el organismo.

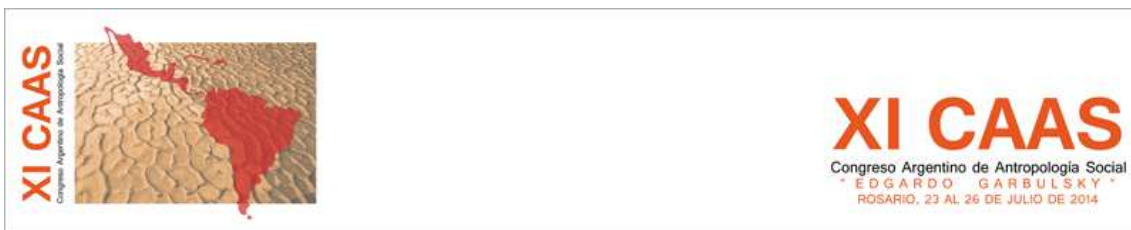


sino que alberga pacientes que precisan de *vigilancia* médica continua. No son pacientes capaces del autocuidado, ni deben esperar la inevitable muerte, sino sobre quienes se busca el mantenimiento y estabilidad de funciones vitales.

Hoy en día la Terapia Intensiva mantiene ése carácter liminal entre la emergencia y la sala de internaciones o de terapia Intermedia, tanto a nivel de disposición espacial como al nivel de las definiciones que la ciencia médica aplica sobre los pacientes en *estado crítico*. Esto significa que en ellos se verifica la *“existencia actual o potencial de una alteración en la función de uno o varios de sus órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento (...)”*. Este estado crítico se establece por algún evento agudo e inesperado que haya ocurrido en pleno estado de salud (...) por ser portador de alguna enfermedad que entrañe cierto riesgo (...) o por estar sometido a algún procedimiento que aumenta su riesgo (...)” (Gherardi, 2007:24). La distribución espacial de las camas en la UCI es también correlato de estas definiciones ya que son salas donde los pacientes se encuentran en habitaciones individuales (algunas aisladas por completo) donde cada una cuenta con un respirador, salida de aire y oxígeno central, camisolines descartables a la entrada y soportes de hierro que sostienen las bolsas de suero y de alimentación parenteral: la noción de riesgo constante se materializa en el ordenamiento espacial. Es también correlato de éste esquema, la manera de hacer el pase de guardia: a las 8/9 de la mañana de cada día, se reúne el jefe de servicio con los residentes en una sala de conferencias a observar las placas de rayos X y debatir en base a los números que arrojan los electrocardiogramas y los informes que entregan los/as enfermeras.

Rutinas y ritmos: construcción de temporalidades en el trabajo.

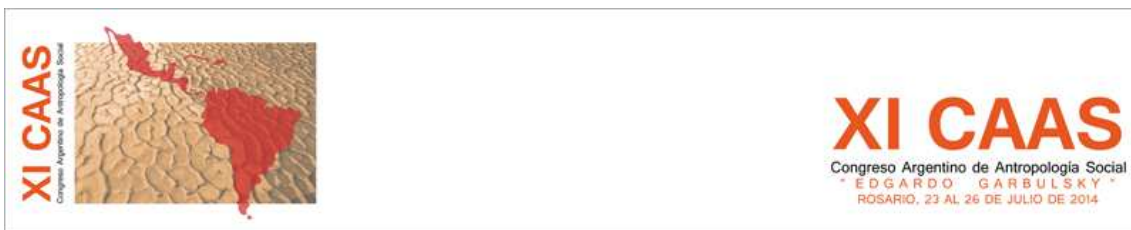
Las prácticas existen como entidades provisionales pero reconocibles en convenciones, imágenes y significados, materiales y formas de competencia. Las prácticas suponen, por lo tanto, reproducción activa y performance. Ya que la



gente participa de muchas practicas, cualquier discusión de la textura temporal de la vida cotidiana debe tener en cuenta cómo las practicas se intersectan en tiempo y espacio (Shove E, 2009). El tejido de la actividad en tiempo y espacio forma una especie de infraestructura a través de la cual las actividades humanas se coordinan y agregan. Debido a que la coordinación y agregación de actividades son esenciales a la sociedad, esta infraestructura es fundamental para la vida diaria. Es preciso, por lo tanto, una descripción densa de la vida institucional.

El área de Terapia Intensiva del Hospital Fernández de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra en el segundo piso. Al ingresar por las escaleras se llega a una capilla justo al final de esta, de un lado está Unidad Coronaria y de otro está la Terapia Intensiva. Cada área tiene una fila de sillas afuera y una puerta cerrada para el acceso al público. Al ingresar hay un cubículo de enfermería que vigila la entrada y se encuentra entre las dos alas de Terapia. El ala A es la más antigua del hospital y tiene 10 camas separadas entre sí por mamparas de vidrio sin puerta que dan directamente al pasillo que las conecta. El ala B es la parte más nueva y presenta la misma distribución de camas mirando a un pasillo central, pero en éste caso las camas se encuentran en cubículos cerrados con puerta. En éste último sector se encuentran los pacientes con enfermedades bacterianas contagiosas como la tuberculosis. Se ha destinado éste área a quienes, según los médicos informantes, necesitan “mantenerse aislados”. Ambas alas de terapia son pasillos que tienen un sector de enfermería con un escritorio circundado por mesadas con canillas. Sobre ellas se alzan muebles que contienen medicamentos, jeringas, sábanas, camisolines, sueros, barbijos. Allí el movimiento de entrada y salida de gente es constante. Es el lugar de encuentro de médicos, enfermeros, kinesiólogos y entran a tomar lo que necesitan para su labor, desechar residuos, charlar, revisar historias clínicas, mirar monitores.

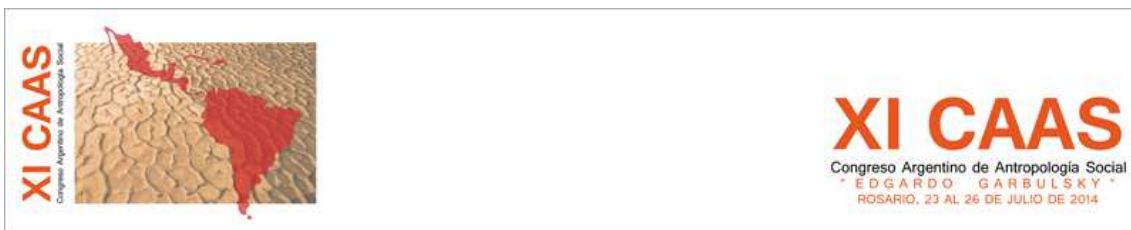
Al despuntar el alba, el área de Terapia Intensiva del hospital cobra un ritmo acelerado. Concluye el turno nocturno de los/as enfermeros/as a las 6 de la mañana y comienzan a llegar los reemplazos. A medida que van pasado los



minutos los pasillos se van llenando de médicos jóvenes que se saludan y se reúnen en una sala pequeña a la entrada para el pase de guardia. Lisandro, un residente de segundo año, transmite los valores numéricos de los cambios que experimentaron los pacientes de acuerdo a las indicaciones del día anterior. El médico jefe del área va pidiendo las placas de los pacientes que Lisandro va nombrando mientras otros residentes toman nota. El pase de guardia se siente como una evaluación oral en la que Lisandro relata casi de memoria la situación de los pacientes y contesta rápidamente las preguntas espontáneas que el jefe le formula. Siguen hablando de un paciente que se “violentó” y discuten sobre que drogas darle para mantenerlo “tranquilo” pues se extubo en cuanto cobro la conciencia y “maltrató” enfermeras. El pase termina a las 09:00 y el jefe le dice a Lisandro que habrá que hablar con la familia respecto de una paciente en particular que presenta resultados negativos. Los cuatro residentes y el jefe de área salen de la habitación y comienzan a recorrer el pasillo de la Terapia deteniéndose en cada cama y discutiendo el caso clínico. A esta hora el pasillo es un desfiladero de médicos, kinesiólogos, personal de limpieza y enfermeros abocados a tareas específicas.

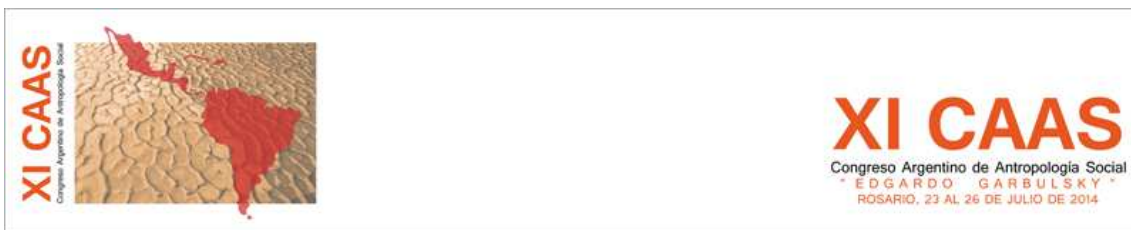
Las luces azuladas que nunca se apagan confieren un halo de rigidez sobre todo lo que habita esos espacios. Paredes amarillas combinan con las barandas de hierro de las camas y las bolsas plásticas que cuelgan de ellas y los pacientes. Si se agudiza el oído, se puede escuchar el goteo del suero en un tempo diferente a la pesada respiración de algún dormido. La paleta monocroma y pacífica en ocre y pasteles se contrapone con los movimientos acelerados de los que allí circulan llevando y trayendo objetos higiénicos. El olor particular, mezcla de lavandina, jabones y comida plástica inunda la sala.

El ciclo de 24 hs diarias dentro de la Terapia tiene varios eventos fijos (como los descriptos) y rutinarios sobre los cuales se alzan las labores. Uno de ellos es el pase de guardia y recorrida de los médicos por cada uno de los pacientes a la mañana. Otro evento es la limpieza de pisos y azulejos, recolección de residuos y



reposición de artículos descartables. Los horarios de comida también siguen patrones estables. Llegan a la mañana, al mediodía y a la noche carros metálicos con bandejas con comida para los pacientes que pueden ingerir sólidos y con recipientes de alimentación parenteral que se coloca por vía intravenosa para quienes están intubados. Por último, los horarios diarios de visita (uno al mediodía de 12 a 13 hs y otro por la tarde de 17 a 18 hs) son eventos fijos en la rutina de trabajo. Estas tareas ordenan algunas actividades y derroteros de agentes por la sala y suelen ser “inamovibles”. Pero lo cierto es que a éstas actividades se yuxtaponen eventos vinculados a la particularidad de cada paciente que presenta un cuadro crítico en constante cambio.

Se pueden analizar las prácticas al interior de la terapia partiendo de nociones como la *duración* que se le otorga a determinadas prácticas, el *compás* de las prácticas, la *sincronización* (simultaneidad o conjunción de las prácticas), la *periodicidad* (frecuencia en que se performa) y la *secuencia* (en qué orden). Las interrupciones muestran el lado flexible de los hábitos y rutinas que usualmente se imaginan como estables e inmóviles y su análisis permite obtener una fotografía de los ritmos mientras se tejen y destejen, capturando el trabajo necesario que requiere que éstos ritmos continúen. El ingreso de un nuevo paciente produce un reordenamiento de las labores poniendo a la mayoría del recurso humano presente en función de esa persona que precisa ser estabilizada. Más allá de la particularidad de cada ingresante, se siguen procedimientos estandarizados para acostar a los pacientes y conectarlos a los sistemas de monitoreo de la terapia. Los médicos recetan medicamentos, lo intuban, piden radiografías y análisis de laboratorio, lo cual pone en funcionamiento una red de labores hospitalarias. Lo mismo sucede cuando un paciente está listo para ser llevado a Terapia Intermedia o a planta en internación común o cuando se produce una descompensación y muerte. Estas “disrupciones” en el ciclo de trabajo, éste vaivén de episodios que signan la vida diaria en la terapia, permite analizar cómo los patrones temporales y



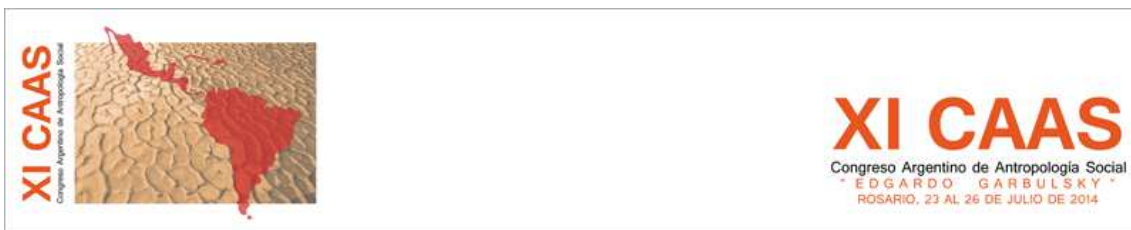
espaciales se producen y reproducen activamente por los sujetos en sus prácticas sociales cotidianas.

Ahora bien, éstos patrones de organización del trabajo al interior de las UTIs puede caracterizarlas de manera general, pero no hace luz sobre lo específico de una sala de terapia intensiva ni sobre la singularidad que media las prácticas del cuidado. Y es aquí donde me interesa introducir un análisis que conciba las temporalidades en juego y disputa en el ordenamiento y percepción de las actividades dentro de la Terapia Intensiva. Es en la materialidad del cuerpo de los pacientes donde se anclan las acciones de cuidado, que en tanto tal es descripto y definido de manera diferente por los distintos efectores de salud y en distintos momentos del día.

Cuidar y curar: dos lógicas en disputa

Unidad de Terapia Intensiva (UTI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se utiliza indistintamente a la hora de nombrar el espacio dentro del hospital. En Argentina, se utiliza con más frecuencia el término Terapia porque las sociedades científicas que nuclea a los especialistas llevan ese nombre: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Colegio Argentino de Terapia Intensiva, Asociación Argentina de Terapia Intensiva, etc. Debido a que en mi trabajo de campo me encontré con que los diferentes agentes que participan de la vida en la UCI definen su trabajo y las actividades desplegadas como “cuidados”, prefiero hablar de Unidad de Cuidados Intensivos. Es por ello que enmarco las prácticas desplegadas dentro de la UCI en los *cuidados*.

Al indagar el sentido etimológico del término nos encontramos que desde la filosofía, el mismo ha sido presentado por Heidegger en “Ser y Tiempo” mediante el vocablo “Sorge”. Este autor retoma la fábula de Hyginio para ilustrar de qué manera el cuidado es el ser de la existencia. En ésta fábula, Cura (Sorge) mientras atravesaba un río, encuentra un pedazo de arcilla y forma con ella una figura y pide a Júpiter que le dé espíritu. En la disputa entre Cura, Júpiter y Tierra

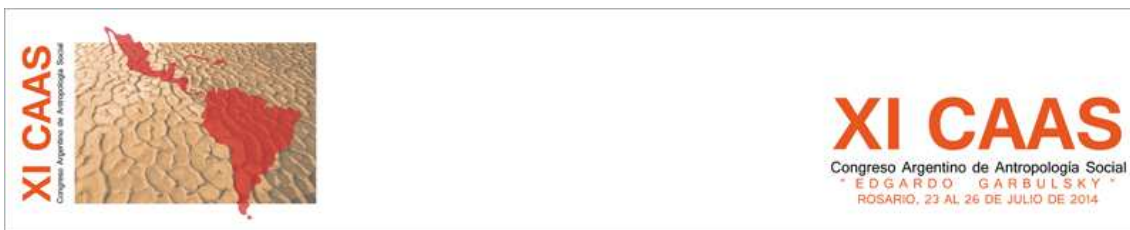


por el nombre de la figura creada, interviene Saturno anunciando que sería Júpiter quien reciba a la figura en la muerte, Tierra en el nacimiento y Cura quedaría encargado de velar por ella mientras viva, nombrándola “Homo” por ser producto de la Tierra. Heidegger aquí recalca el carácter ontológico y existencial del cuidado (Ferrater Mora), donde la existencia del ser depende de la proyección sobre sí mismo. Es decir, las acciones de cuidar y ser cuidado son parte de la misma experiencia de creación de identidad.

Ayres⁴ recupera la hermenéutica de Heidegger para lanzar luz sobre éste carácter relacional del cuidado, descomponiendo la metáfora en ocho elementos: movimiento, identidad / alteridad, plasticidad, proyecto, deseo, temporalidad, no-causalidad y responsabilidad. Atribuye, al movimiento de Cura al atravesar el río, el carácter pragmático de la construcción de nuestras identidades ya que, se van construyendo en el acto de vivir, y principalmente, de interactuar con otros. Es la plasticidad de la arcilla lo que permite sostener que el Ser del humano es el cuidado, es proyectar (moldear) y al mismo tiempo cuidar del proyecto. Al ser la identidad construida en el mismo acto de vivir, se puede hablar de cuidado en el flujo del tiempo, en el devenir de la existencia, y al mismo tiempo, que el cuidado es la condición de esa existencia. Desde el análisis de dos causas legales en la Alemania contemporánea, Borneman⁵ llama la atención sobre la importancia de que la Antropología se centre en los procesos de filiación voluntaria, el proceso ontológico de cuidar y ser cuidado como necesidad humana fundamental. Y para ello, también retoma a Heidegger en su definición de cuidado para sostener que *“El vivir/ser en el tiempo (Dasein) no se define en una simple sucesión de 'ahoras' aislados sino en la constitución temporal del cuidado. Los seres humanos no son, por tanto, ciegos seguidores de secuencias de acontecimientos deterministas, de paradigmas y normas culturales, sino que entran en secuencias experienciales en narrativas organizadas en torno a aquello por lo que sienten afecto.”*

⁴ AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

⁵ BORNEMAN, J., 1996. Until Death Do Us Part: Marriage/Death in Anthropological Discourse, *American Ethnologist* 23 (2): pp. 215-238

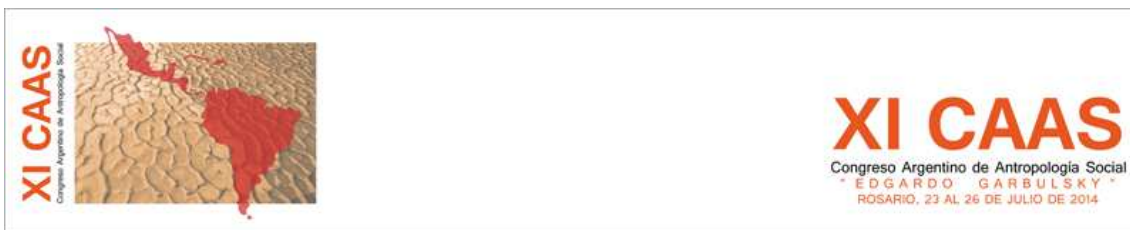


Es por las relaciones afectivo/emocionales que indefectiblemente atraviesan éstas labores de cuidado, que no se puede pensar en separar estas relaciones de la actividad misma. Los patrones de cuidado de los pacientes como sujetos, son patrones de cuidado que existen por fuera de la UCI. Están arraigados en nuestro quehacer diario y aquí son performados en una estructura laboral que no está exenta del diálogo con macroestructuras sociales, culturales y políticas. En la UCI y las actividades de cuidado se “filtran” construcciones sociales presentes en la cotidianeidad de sus trabajadores y pacientes.

Esta definición del trabajo del cuidado se aplica en las actividades de los agentes de salud de la UCI constituyendo a ésta en espacio laboral cruzado por moralidades y saberes en disputa. Esto es así porque el cuidado aquí es lo que marca las acciones de los actores involucrados en llevar adelante las rutinas de la UCI, pero como tal no es definido de manera homogénea por los actores ni mucho menos, en absoluta consonancia con sus prácticas. La UCI presenta una *organización social de los cuidados*, y en tanto tal, todo cobra sentido: cada elemento de la vida y del cuerpo de los pacientes es utilizado como operador retórico para explicar la distancia o diferenciación con el paciente, así como para otorgar sentido a las prácticas ejercidas a diario. No se trata de un servicio o bien a la manera de intercambio del mercado. Como indica Carrasco⁶ : “(...)las *necesidades humanas tienen lo que podríamos llamar una dimensión más objetiva – que respondería más a necesidades biológicas- y otra más subjetiva que incluiría los afectos, el cuidado, la seguridad psicológica, la creación de relaciones y lazos humanos, etc. aspectos tan esenciales para la vida como el alimento más básico.*”

Las actividades de los agentes de salud en una UCI se organizan en torno a los cuidados, que en tanto prácticas, son percibidas de manera diferente por cada

⁶ Carrasco, C. (2003). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? En *Mujeres y trabajo: cambios imposterables* (pp.11-49). Porto Alegre: CLACSO.

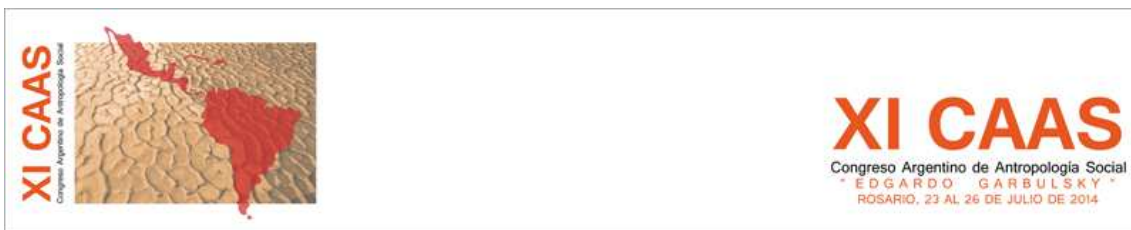


una de las personas que trabajan allí. El cuidado es aquí tanto un bien y un servicio, pues supone la puesta en práctica de valores morales asociados a la preservación de la vida en un marco de estrictas normas procedimentales que es percibido y reapropiado de forma particular por los efectores de éste servicio.

Los diversos agentes: medicxs, enfermerxs, kinesiólogxs, nutricionistas, personal de limpieza define su labor como “cuidado” pero las prácticas asociadas a esa noción varían según su profesión y tareas desarrolladas. Las practicas diversas y simultáneas conforman la textura temporal de la UCI. Construyen temporalidades donde cada una de ellas tiene un lugar específico en las rutinas y se impone o soslaya de acuerdo a relaciones de poder.

Jaqueline Ferreira (2005) establece dos lógicas de competencia en el cuidado a la salud: El Cuidar que es: relacional, ayuda, un saber vinculado a la experiencia, tiene una connotación domestica, está vinculado a intuición y proximidad y asociado al trabajo de enfermería. Y el Curar que es un conocimiento técnico, ligado a la intervención, saber experto y conocimiento “formal”, tiene una connotación científica, está vinculado a distanciamiento y asociado al trabajo médico. La efectivizacion de estas lógicas imponen normas en relación al tiempo (rutinas y horarios), imponen normas en relación al espacio (dónde se ubica cada agente de salud), establecen jerarquías (algunos saberes mas valorizados que otros), demarcan la circulación de información (registros) y la ejecución de protocolos: actividades y prácticas concretas.

Durante el trabajo de campo, me llamó la atención la dimensión que adquieren los cuidados a la salud en la UCI. Las rutinas de trabajo de los agentes incluyen el sostén vital de los pacientes en la acepción más básica del término. Es decir, entre las labores que allí se organizan, se encuentran las de controlar la respiración, la alimentación, el aseo diario, el control de flujos, líquidos y olores corporales. Los cuerpos de los pacientes son materia de control constante, pues sobre ellos descansa la labor de médicos/as, kinesiólogos/as, enfermeros/as, personal de limpieza y personal de cocina. Cada una de estas profesiones tiene tareas



específicas que cumplir dentro del horario de trabajo y sobre los pacientes, o específicamente sobre los órganos con deficiencia en su funcionamiento. El fin inmediato es la recuperación de un órgano o sistema, pero se interrelacionan éstas acciones de control sobre los valores fisiológicos y fragmentos de los cuerpos.

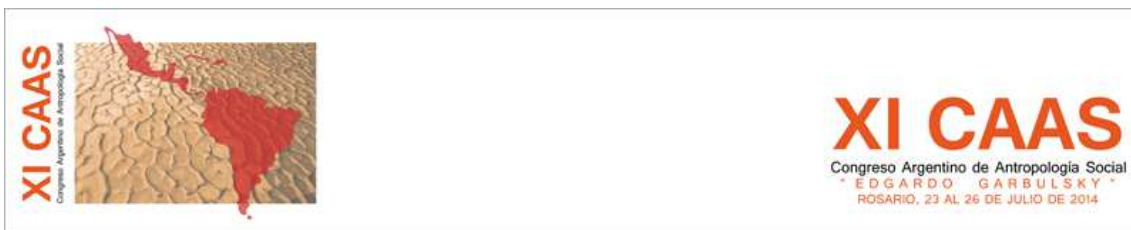
Pero lo que resulta importante en la descripción densa de las actividades desarrolladas en la UCI es el orden de prioridades que se le brinda a cada actividad que encuentra basamento en valoraciones diferenciales que se tienen respecto de los saberes aplicados a las tareas de cuidado.

Los patrones de cuidado de los pacientes como sujetos, son patrones de cuidado que existen por fuera de la Terapia Intensiva. Están arraigados en nuestro quehacer diario y aquí son performados en una estructura laboral que no está exenta del diálogo con macroestructuras sociales, culturales y políticas. En la UCI y las actividades de cuidado se “filtran” construcciones sociales presentes en la cotidianeidad de sus trabajadores y pacientes. En una charla con Carlos, un enfermero joven que trabajaba de noche, me cuenta:

Carlos: “(...)pero en realidad si no los bañas quedan todos cagados y después la familia se queja...es feo...vos te bañas todos los días? Bueno, por qué entonces no los vas a bañar a ellos?”

Sostengo que así como la esfera del cuidado al interior del hogar es menospreciada, invisibilizada a la hora de la evaluación económica, también las prácticas del cuidado en la UCI están estructuradas y jerarquizadas. Esta jerarquización no es estática, es más bien coyuntural y es arena de disputa entre los agentes de salud.

Carlos: “Nuestro trabajo no se valora, nosotros trabajamos para el bienestar del paciente...a los médicos ni les importa...nosotros los rotamos, les ponemos crema, los limpiamos...estamos encima...de hecho hacemos cosas que ni nos corresponden como sacar sangre arterial...los residentes llegan sin experiencia



entonces tardan un montón, les rompen las venas...nosotros no deberíamos...en otros lugares viene el técnico en laboratorio a sacar"

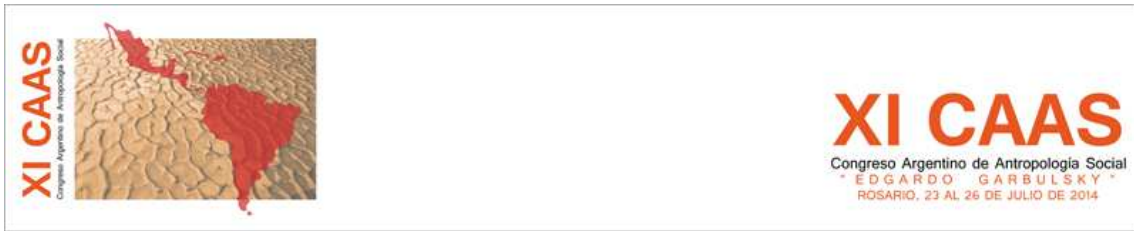
Yo: "Qué son los detalles?"

Carlos: "Bañarlos, afeitarlos, peinarlos...uno va aprendiendo, yo hace mucho que estoy y recuerdo una vez que había un paciente en paro y dos enfermeras que estaban lavando un paciente...y entonces el médico se puso a gritar que dejaran de hacer eso y ayudaran con el paro...uno aprende qué es lo importante. Otra vez el paciente estaba hecho un chiquero porque entre la lidocaína para las paletas de la resucitación mas el talco de los guantes y etc., el tipo era un asco...y en el medio del paro un enfermero que lo quería bañar...así no es...hay que ver prioridades. El turno que nos sigue es mas tranqui porque no tienen visitas, entonces se ponen a mirar los detalles"

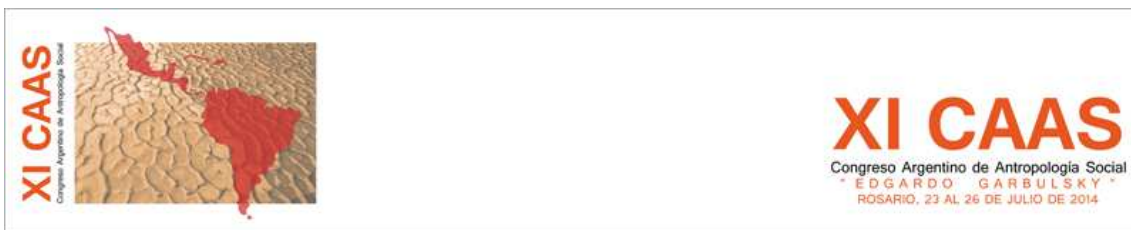
El hecho de resaltar la relevancia del trabajo sobre la higiene por momentos y luego definirla como "detalles" permite entrever que las valoraciones son diferentes según los grupos, pero contradictorias al interior de los actores. La agencia esta en los mismos sujetos y no en los códigos que aparecen como con lógica propia por ser estructuras generales de organización de las actividades. La relación entre los discursos morales y las prácticas morales, es en verdad, altamente dinámica.

Conclusiones

En la descripción de la vida cotidiana en una Unidad de Cuidados Intensivos se puede entrever de qué manera las prácticas de cuidados que conllevan saberes jerarquizados se encadenan en pequeñas series de rutinas con sus diferentes tiempos y ritmos. Estas jerarquías denotan relaciones de poder al interior de las UCI que se expresan en el ordenamiento de las distintas prácticas en tropos temporales diferentes. Hay tiempos y personas que efectúan labores de cuidado y tiempos y personas que curan. La manera en que ambas lógicas de competencia



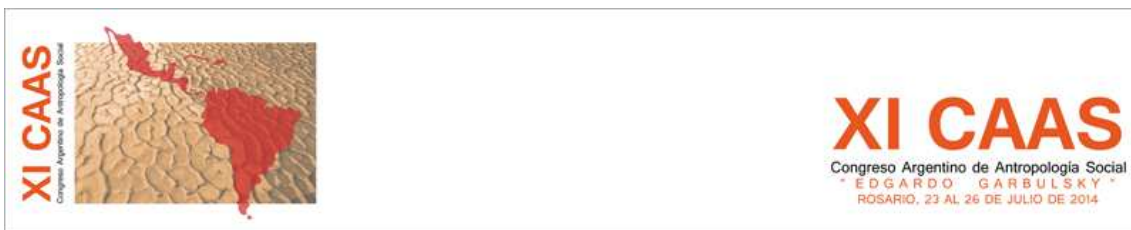
se interconectan y disputan primacía es posible de ser “capturada” mediante una descripción de la vida cotidiana en éste espacio de trabajo.



BIBLIOGRAFIA

Tiempo y espacio en ciencias sociales y filosofía

- Adam, B (2004). "Time". Great Britain, MPG Books, Bodmin, Cornwall
- Daly, K (1996). "Families & Time Keeping Pace in a Hurried Culture". USA, Sage
- Publications.
- Durkheim, E. "Las formas elementales de la vida religiosa". Buenos Aires, Ed.
- Elias, N. "The Civilizing Process". Vol 1 The History of Manners, Osford, Blackwell.
- Freidson, E. (1978). "La profesión Médica". Península, Barcelona.
- Frankenberg, R (ed). "Time, Health and Medicine". Brunel University, Uxbridge.
- Gell,(1992) "The Anthropology of Time". Oxford, Berg
- Gershuny, J. (2000) "Changing Times, Work and Leisure in Postindustrial Society".
- Oxford, University Press.
- Harmut, R and Scheuerman, W.E. (2009). "High-Speed Society. Social acceleration,
- power and modernity". USA,. The Pennsylvania State University Press.
- Klein, S (2007). "El tiempo. Modo de empleo". Barcelona, Ediciones Urano.
- Le Goff,(1983). "Tiempo, trabajo y Cultura en el Occidente Medieval". Madrid, Taurus,
- Leach, (1979). "Dois ensaios a respeito da representacao simbólica do tempo". En:
- Repensando a antropología, Sao Paulo, Ed. Perspectiva, 1979
- Lévi-Strauss, C (1964), "El pensamiento Salvaje", México, Ed. FCE.
- Maffesoli, M (2001) "El instante eterno. El retorno de lo trágico en las sociedades
- posmodernas". Buenos Aires, Ed. Paidós.

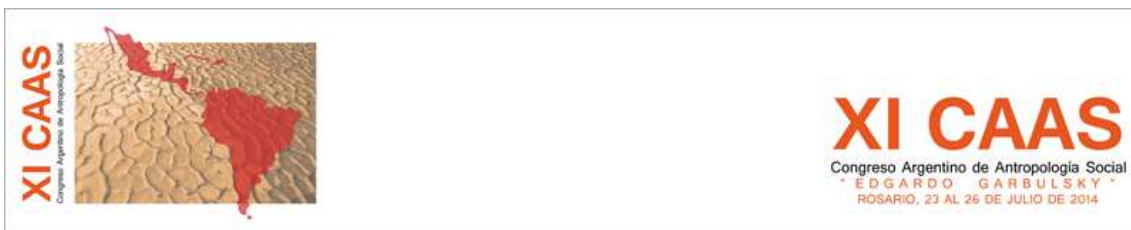


- Mauss, M. (1979) “Ensayo sobre las variaciones estacionales en las sociedades
- esquimales. Un estudio de morfología social”. En: Sociología y Antropología. Madrid,
- Ed. Tecnos.
- Ricoeur, et al (1979) “El tiempo y las filosofías”. Salamanca, Ed. Sigueme,
- Shove, E, et al (2009) “Time, Consumption and everyday life, Practice, Materiality and
- Culture”. Oxford, Ed Berg.
- Thompson, EP.(1967) “Tradición revuelta y conciencia de clase”, Barcelona.
- Virilio, P (1997) “La velocidad de la liberación”. Ensayo, Buenos Aires, Ed. Manantial
- Virilio, P (1997) “El arte del motor. Aceleración y realidad virtual”. Buenos Aires, Ed.
- Manantial
- Zerubavel, E (1981). “Hidden Rhythms, Schedules and Calendars in Social Life”.
- Chicago, University of Chicago Presss.

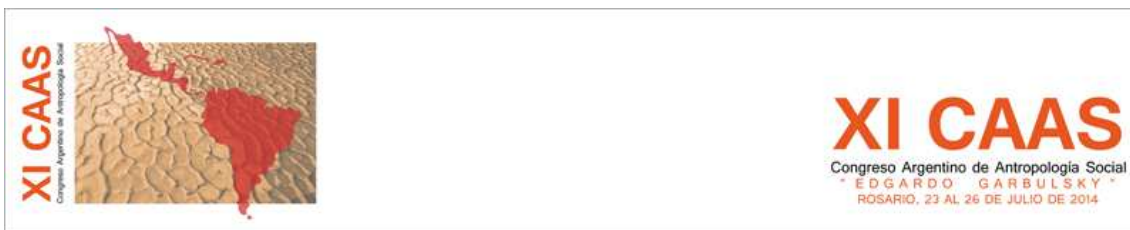
18

Noción cuidados:

- Borneman, J.: “Cuidar y ser cuidado: el desplazamiento del matrimonio, el parentesco, el género y la sexualidad”. Cornell University, 1996.
- Carrasco, C. (2003) “La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?” En: M. León (comp) Mujeres y trabajo: cambios impostergables. Porto Alegre: REMTE, Marcha Mundial deMujeres, CLACSO, ALAI.
- De Azevedo Avena, D.: “O engheno por dentro: cartografia das praticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade.” Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Instituto de Medicina Social



- Franco, T. B., Merhy, E.E., “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado”. Revista Salud Colectiva. UNLa. Volumen 7. Nº 1. Enero/Abril 2011.
- Franco Patiño, S.: “La alimentación familiar: una expresión del cuidado no remunerado”. IDES, Dossier Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, nº6, agosto de 2010
- Grabino Etorena, V.: “Cada cual atiende lo suyo”: una mirada al campo de la organización social del cuidado en Uruguay”. IDES, Dossier Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, nº 6, agosto de 2010.
- Gregorio Gil, C.: “Políticas de conciliación, externalización del trabajo doméstico y de cuidados y migraciones transnacionales”. Sección Comunicación. Universidad Pablo Olavide. Sevilla.
- Martín Palomo, M.T.: “El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care”. Sección Comunicación. Universidad Pablo Olavide. Sevilla.
- Molinier, P.: “A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção”. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Vol. 33, Núm. 118, 2008, pp. 6-16. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. Brasil
- Rodríguez Enriquez, C.: “¿Cuánto hay de economía en la economía del cuidado? (y por qué esto debería interesarnos)”. IDES, Dossier Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, nº4, agosto de 2008
- Rodríguez Enríquez, C. (2005) “La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas”. Buenos Aires: Ciepp, Documento de Trabajo 44.
- Rodríguez Enríquez, C., Giosa Zuazúa, N., Nieva, D.: “Las políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar. Las implicancias económicas y sociales de su ausencia en América Latina. CIEPP, Documento de Trabajo Nº 77, Noviembre 2010.



Terapia Intensiva

- Armstrong, D. (1984) "The patient's view". En: Social Science and Medicine, 18(9).
- Del Vecchio-Good, M. J, P.E Brodwin, B. Good, A. Kleinman (1992). "Pain as a Human Experience: An Anthropological Perspective". University of California Press, Berkeley.
- Gherardi, C (2007) "Vida y muerte en Terapia Intensiva: estrategias para conocer y participar en las decisiones". Buenos Aires: Biblos.
- Kaufman, S.; Morgan, L. (2005) "The Anthropology of the beginnings and Ends of Life". Annual Review of Anthropology. 34:317-41
- Kleinman, A. (1988). "The illness Narratives, Suffering, Healing and the Human Condition". Basic Books, New York.
- Lindenbaum, S y Lock, M (Eds.). "Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life". University of California Press. Los Angeles.
- Wainer, R. "Acompañando a la gente en el último momento de su vida: reflexiones en torno a la construcción paliativista de la dignidad en el final de la vida". En: Runa, Dic- 2007, vol.28, p.111-140. ISSN 1851-9628
- Zerubavel, E. (1979) "Patterns of Time in Hospital Life". Chicago. University of Chicago, Press.