



AIBR

**Revista de Antropología
Iberoamericana**

www.aibr.org

Volumen 15

Número 3

Septiembre - Diciembre 2020

Pp. 509 - 530

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

Corazones re-hechos: Biopolítica y dispositivo en una unidad de hemodinámica

José-Luis Anta Fález

Universidad de Jaén

Eleder Piñeiro Aguiar

Universidad de A Coruña

Recibido: 26.02.2019

Aceptado: 02.06.2019

DOI: 10.11156/aibr.150305



RESUMEN

El objetivo de este texto es describir el funcionamiento y operatividad de una unidad hospitalaria de hemodinámica, con el fin de interpretar formas concretas de vida en torno a cuerpo, órganos y diagnósticos. La investigación llevada a cabo fue de tipo cualitativa, con enfoque crítico-reflexivo, basada en observación participante y entrevistas en profundidad a pacientes, médicos, enfermeras y familiares de pacientes en la Unidad Hospitalaria de Hemodinámica. Se exponen como resultados la construcción de nuevas corporalidades, ejercicios de mercados y vidas rehechas en torno a mecánicas técnicas bajo el concepto de la biopolítica y el riesgo sociosanitario, concluyendo cómo los dispositivos y objetos epistémicos establecen las proporciones políticas, económicas y culturales de la vida en el mundo contemporáneo.

PALABRAS CLAVE

Salud, cuerpo, antropología médica, hospital, enfermedad.

RE-ACT HEARTS: BIOPOLYTIC AND DEVICE IN A HEMODYNAMIC UNIT

ABSTRACT

The aim of this text is to describe the action and operability of a hospital unit of hemodynamics, in order to interpret concrete forms of life around body, organs and diagnoses. The research carried out was qualitative, with a critical-reflexive approach, based on participant observation and in-depth interviews with patients, doctors, nurses and relatives of patients in the Hemodynamic Hospital Unit. The results are presented as the construction of new corporalities, market exercises and lives reworked around technical mechanics under the concept of biopolitics and socio-sanitary risk, concluding how the epistemic devices and objects establish the political, economic and cultural proportions of life in the contemporary world.

KEY WORDS

Health, body, medical anthropology, hospital, illness.

Introducción

La representación del corazón como aparataje del supuesto sentimiento del amor es una clave básica de un Occidente que ve en las partes del cuerpo una metáfora de lo social y de sus formas de mostrarse (Finol, 2015). El cartesianismo ha sido clave para propiciar la aparición de una ciencia separada de la superstición y de la religión, pero también ha permitido el desarrollo de la biomedicina en tanto especialización, jerarquización y clasificación: a cada enfermedad, una cura; a cada órgano, un tratamiento; a cada desequilibrio, un especialista.

Cuando en las tres primeras décadas del siglo XX se toma conciencia de las enfermedades asociadas al corazón y, poco después, se significa la capacidad de intervenir con una cirugía intervencionista y violenta, a corazón abierto, se cierra un círculo donde la descripción y reconocimiento del órgano no dejaba ningún espacio a la experiencia de la vida, la enfermedad y el acuerdo ético. Desde que en el cambio del siglo XVIII al XIX se había propuesto que el corazón tenía una serie de ritmos particulares que objetivamente podrán ser reconocidos por el médico utilizando un nuevo objeto, el estetoscopio, el órgano ya no correspondía a la metáfora de la vida, sino a esa misma razón que le daba sentido: la medicina y su atlas corporal. William Harvey, el descubridor de la circulación mayor en el siglo XVII, sacó del corazón las formas concretas que lo relacionaban con los sentimientos y lo situó en el centro del cuerpo utilizando analogías naturalistas (aristotélicas): sol = fuente de vida; políticas regias = centro y control de lo social. (Laín, 1976). Una mirada natural, política y corporal, que hacía del médico y su razón un fiel *policía*, guardián y garante de la felicidad humana (Fernández de Rota, 2014).

Aceptando las tríadas dialécticas deleuzianas a modo de metáfora podemos afirmar que la tríada cuerpo-estetoscopio-oído funda la ciencia biomédica. El corazón es el nuevo lugar de la experimentación médica, objeto que parece tenerlo todo, desde vida propia a enfermedades localizadas. Así, la importancia de la representación del corazón tiene su corolario: no solo representa al amor romántico y a todos sus mitos y fetichizaciones, sino que por extensión es la idea básica del lugar donde se expresa la vida. Consecuentemente, el corazón es un icono del amor y de toda vida, dando lugar a una interesante simbología que tiene toda la riqueza de un texto interpretable e historizable, que permite identificar la corporalidad y su identidad, su fragilidad y su necesaria prevención y curación (Good, 1977). El corazón, como órgano de las emociones, es un imaginario occidental que contrasta con las informaciones obtenidas en otros lugares donde la antropología ha investigado. Por ejemplo, en varias



culturas amerindias dicho órgano es centro del conocimiento o de la sabiduría; o incluso el lugar donde se alojan entidades anímicas. Si bien sería interesante un debate transcultural al respecto, nos centraremos en cómo Occidente (una generalización más, si bien en ocasiones necesaria analíticamente) ha pensado e intervenido, idealizado y simbolizado al corazón.

Este órgano, el cual técnicamente se puede recomponer desde el interior, afirmando la propia mecanización y tecnificación experta, no es más que un objeto sobre el que las economías poscapitalistas han encontrado, en la convivencia con la razón médica, un nicho de mercado. Y en este sentido la unidad de hemodinámica, contexto de nuestra investigación, es el resultado de un camino que empieza en las disciplinas del cuerpo, pasando por las tecno-narrativas del quirófano y resulta en la construcción de las nuevas vidas *posthumanas* (Braidotti, 2015) reducidas a las formas técnicas propuestas en un control permanente de los sujetos.

Uno de los objetivos de este texto es precisamente recorrer esa genealogía mediante un estudio de caso desarrollado mediante observación participante en una institución biomédica como es una unidad de hemodiálisis. Lo que interesa es analizar esa representación del corazón como centro vital con su permanente mirada desde lo propio, desde un ejercicio simbólico histórico-local. El corazón —en cuanto objeto representado— tiende a presentar cierta autonomía que le aleja no solo de una primera mirada biomédica, sino que lo propone como parte de un discurso que tiene algo de universal y parece, sin duda, concentrar en cada sujeto una serie de elementos generales. No hay un consenso —ni histórico, ni cultural— tras la idea de que el corazón es un órgano vital que bombea la sangre de muchos de los seres vivos de este planeta. La capacidad para obviar esta realidad es parte de toda una mitología al respecto de cómo socialmente el corazón es visible y virtualmente un cúmulo de virtudes. Pero el corazón parece una paradoja del antirromanticismo social: no visible, repetible, manejable, sustituible, vulnerable, muscular, aparentemente irregular y *autopoietico*. Este doble juego de realidades frente a lo específico del corazón permite llegar a una serie de conclusiones que tienen que ver, por un lado, con las formas visuales e imaginativas con las que las sociedades representan elementos conceptuales complejos (Høystad, 2007) —el amor, pongamos por caso—; y, por otro, con la construcción de un cuerpo donde se suman sinérgicamente una serie de órganos, funciones, procesos y dinámicas que mecanizan la idea básica de la vida, y del cual la medicina construye en forma de trama bioquímica.

A lo largo de las siguientes líneas presentaremos la propuesta metodológica llevada a cabo y los resultados centrados en las relaciones micro

(cuerpo-paciente¹) - macro (salas, hospital, capitalismo), los cuales nos sirven de reflexión teórica y nos acercan a unas conclusiones en torno al simbolismo del corazón y sus repercusiones para la medicina y la cultura entendidas holísticamente.

La investigación, de carácter teórico-reflexiva y enfoque cualitativo, se llevó a cabo en un hospital de la comunidad de Madrid (España), en concreto en las salas de espera, unidades administrativas y espacios comunes del mismo, durante el período que uno de los autores dedicó a visitar a un familiar que padecía una afección cardiaca. La técnica empleada fue la observación participante, la cual tiene como característica principal la participación, observando y haciendo preguntas (Hammersley y Atkinson (2005: 15). Según Velasco y Díaz de Rada (2006), la etnografía conlleva dos procesos al unísono: la práctica etnográfica y la reflexión antropológica. En este sentido, le hemos dado a nuestra investigación un enfoque teórico-práctico según el cual la propia elaboración de las preguntas y el desarrollo de las observaciones y conversaciones en el campo nos permiten reflexionar críticamente acerca de nuestros sujetos y objetos de estudio. El concepto de «práctica etnográfica» es, pues, fundamental para esta investigación.

Diversas investigaciones desde el campo de la antropología de la salud se han nutrido de esta técnica, siendo la antropología de la salud una subdisciplina presente en cada vez más publicaciones, congresos y simposios (Benet, 1999; Esteban, 2004 y 2007; Fassin, 2004; etc.), a la cual sumamos los hallazgos observados en nuestro trabajo de campo, en el cual además de llevar diario y notas del observador ha servido para realizar entrevistas en profundidad a pacientes, familiares y personal del hospital. Los datos e informaciones recopiladas han sido analizados bajo un enfoque reflexivo-crítico, en donde la interpretación es el punto de arranque fundamental (Geertz, 1991). En este sentido, somos deudores de James Clifford (1999: 91), quien entiende el campo más bien como un *hábitus* que como un lugar estático: «un conjunto de disposiciones y prácticas corporizadas».

Métodos

El trabajo de campo se desarrolló entre julio de 2013 y marzo de 2014 en un gran hospital del Servicio Madrileño de Salud, organismo

1. Si bien quizá fuese más apropiado utilizar el término «usuario/a», pues así se refieren diferentes disciplinas y profesionales que trabajan en el campo de la salud, los cuidados y la intervención social, preferimos decantarnos por el término «paciente» con el fin de: 1) mantener la mirada *emic*; 2) entrar en debate con teorías antropológicas que precisamente hablan de la «comunidad de pacientes»; 3) dar continuidad a la etimología que expresa una sinergia con el campo de las esperas y la paciencia, tal como han venido saliendo asimismo en nuestro propio trabajo de campo.



encargado del sistema de las prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad de Madrid y que forma parte, a su vez, del Sistema Nacional de Salud de España. Por cuestiones de protocolo ético (siguiendo el la Declaración de Helsinki de la World Medical Association: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects), firmado por las partes antes de iniciar las entrevistas y visita a la Unidad, y que respondía a una proyecto previamente elaborado para la Comisión de Investigación, no puede ser «citado» el centro ni descrito de manera «reconocible»; y su adscripción, además, como Hospital Universitario establece un acuerdo de confidencialidad, lo que no resta importancia a lo agradecidos que estamos de que nos permitieran inmiscuirnos y movernos «libremente». En este sentido, además de observar se hicieron entrevistas a personas de todos los grupos vinculados directa o indirectamente a la Unidad de Hemodinámica: jefe de servicio, jefes de sección, cardiólogos, residentes, contratados, enfermeras, administrativos, pacientes y familiares. Con los profesionales médicos y de la salud las entrevistas fueron de carácter informal (con una proporción de tres hombres cada cinco entrevistas) y con los pacientes y familiares de manera semiestructuradas y grabadas (a cuatro mujeres y seis hombres). Además de todo ello, hemos tenido la oportunidad de entrevistar a los responsables de la Unidad Coronaria de dos Hospitales Universitarios en Andalucía. En la misma línea hemos hecho indagaciones en la Sociedad Española de Cardiología, la Fundación Española del Corazón y en el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III.²

En esta investigación se dieron múltiples paradojas de las que se tienen que resaltar dos: por un lado, muchas de las entrevistas se hicieron para poder entender el complejo sistema biofisiológico en torno al corazón (también porque es de lo que hablan fundamentalmente los cardiólogos) y no solo el carácter sociológico de una unidad hospitalaria. Abiertamente hemos de decir que el entendimiento con los profesionales de la salud está lleno de desencuentros: por un lado, para ellos la Cultura (como un sistema socialmente construido, adaptante y total de patrones y símbolos) es algo ajeno, distante y desconocido (incluso obvia), mientras que para nosotros como antropólogos lo biomédico es solo una parte más del entramado cultural; por otro lado, que la relación del mundo médico con la investigación de las ciencias sociales es altamente compleja, como lleva constatando desde hace años la antropología médica y de la salud (Martínez-Hernández, Perdiguero-Gil y Comelles, 2015; Romaní, 2013).

2. Las informaciones y datos pertenecientes a estas dos últimas instituciones han servido para corroborar lo obtenido en el epicentro de la etnografía llevada a cabo en el hospital madrileño, contexto fundamental de nuestra investigación.

Aunque este trabajo no esté exactamente bajo el rubro de la antropología médica, ni acaso de la salud, se acerca más a una antropología institucional o, si se quiere decir así, de acercamiento a los descriptores y espacios del mundo poscapitalista actual. Si bien los cardiólogos salvan vidas, su trabajo generalmente se basa en curvas de aprendizaje complejas y largas, tienen vinculaciones profesionales y formas específicas de relacionarse entre ellos y con los demás, además de que viven bajo un sistema de voluntades políticas, científicas, técnicas y culturales que tienden a la contradicción y la resignificación permanente. Todo ello hace que no sea fácil hablar con ellos en términos de igualdad y apertura para preguntarles sobre cosas que tienen que ver con la microfísica del poder, los elementos simbólicos, las formas rituales o la operatividad de sus acciones como parte de un entramado político, social y mercantil.

En una unidad como la que estudiamos se realizan anualmente (desde hace más de 20 años) más de 4.000 procesos —de los cuales 2.500 son cateterismos diagnósticos—, más de 1.000 procesos de intervencionismo percutáneo, casi 300 en infarto agudo y en torno a 100 intervenciones de prótesis aórticas. Los datos muestran la creciente implantación en el mundo médico de una tecnología social basada en los criterios del mercado y donde el diálogo, como en el controvertido *Stent for Life*, por poner un ejemplo entre mil programas biopolíticos (Feldmana, Sabaté, Goicolea y Macayad, 2011; Widimsky, Fajadet, Danchin y Wijns, 2009), suponen más un catálogo conceptual de tecnologías, sobre todo sociales y económicas, que cualquier otra cosa. A esto debemos agregar que las dolencias cardiorrespiratorias en las sociedades occidentales están entre las causas de muerte más altas a nivel mundial, y en concreto en 2016 las referidas a infartos y enfermedades isquémicas del corazón figuran en los puestos segundo y primero respectivamente (OMS, 2016).

Etnografía de una unidad de hemodinámica

El paciente tipo

No todos los pacientes tienen el mismo tipo de relación con su enfermedad ni con los médicos; e incluso muchos de ellos ni tan siquiera quieren tener el mismo tipo de relación con el/la médico/a que la que este/a tiene con otros pacientes. Aun así, existen ciertos imaginarios y protocolos que confirman que estamos ante una tipificación de la enfermedad y de los pacientes.

En la sala de espera de la unidad de hemodinámica hay tres mujeres y un hombre, aunque en diez minutos aparecerán once personas más.



Nadie dice nada, todo son miradas, nervios. Cada vez que pasa alguien que parece trabajar allí hay como un sobresalto: «¿Ya?», se preguntan todos. Nada, sigue la espera. Mercedes es una joven de treinta y tres años que esta mañana será intervenida; es extremadamente delgada, estudió filología inglesa, estuvo de lectora en Irlanda del Norte, trabajó en una multinacional y ahora está desempleada. Le acompaña su madre, lleva una bolsa de deporte con algo de ropa que le ha dado su hija y un neceser. Dos asientos más allá se sienta María, que viene a acompañar a Roberto, su marido, un hombre jubilado, relativamente obeso y con una cierta actitud de felicidad. Le van a hacer un cateterismo tras haber sufrido una angina de pecho, y cuenta:

Mira, [...] no te miento, a mí me operan, me hacen el cateterismo, porque yo me lo he buscado; fumo como un carretero, mi paquete de rubio no me lo quita nadie; como, y como bien, me gusta el cocido, el chorizo y el jamón, a mí me gustan los platos de cuchara que se quede de pie. De toda la vida he sido de mi tapita antes de almorzar, mi café con un Farias y para desayunar mi sol y sombra. Por eso que ahora me tengan que hacer todo esto no es de extrañar (diario de campo).

Mientras Roberto cuenta esto, viendo cómo asume sobre sí toda la carga del discurso y la narrativa biomédica, María no para de asentir con la cabeza y dice: «*es lo que se comía entonces, no es como ahora que hay más ensaladas y cosas a la plancha*», y me dice que le pregunte por lo que dicen sus hijos:

¿Mis hijos?, ¿qué dicen mis hijos? Llevan años diciendo que a mi edad no debía fumar y que como con muchas grasas, pero es que yo siempre he sido así. Mis padres vinieron de Extremadura en los años 20 y cuando yo nací en la posguerra suerte había si mi madre nos daba un chusco con unos garbanzos. Luego la vida. Un conductor de la EMT parece que no, pero gasta y necesita comer-comer. Claro que yo me he buscado esto, pero las circunstancias cuentan, ¿o no? Yo se lo digo a mis hijos: «¿os ha faltado de algo?» Pues no, pues eso es porque su madre y yo hemos trabajado sin mirar más que para ellos. Normal que un hombre fume, que otro vicio no he tenido (diario de campo).

Roberto podría decirse que es el *paciente tipo*, que legitima su discurso de excesos (fumar, comer) con otros excesos corporales (trabajar duramente, proteger a su familia desde el sustento económico-afectivo). Entre ambos, el corazón (amor por los suyos). Y en la sala de espera, la comunidad terapéutica (Janzen, 1978), especie de lugar tanto de la confesión como de la justificación del riesgo, se encuentra presente. Todo hace que la mirada se concentre de alguna manera sobre uno de esos misterios,

la medicina, en cuanto que está preocupada por la objetividad racional, utiliza estadísticas y grandes tablas de datos para extraer sus conclusiones: qué probabilidades hay de éxito/fracaso en torno a casos similares, qué otros conocidos han pasado por procesos y dolencias similares, qué ejemplos de superaciones se pueden colocar en el discurso de cara a una motivación positiva, etc.; pero a su vez crea ciertas unidades de sentido en función de miradas, que lejos de ser evidencias, le permiten una cierta eficacia en sus prácticas. De esta manera en la unidad todo el personal tiene como una suerte de casuística tipificada, lo que no se aleja demasiado de la imagen social empeñada en crear un estereotipo de corporalidad según edad, género y clase.

Paciente tipo, que no es que sea el más común ni el más normal —y las estadísticas muestran lo universal del paciente que visita la unidad—, sino el que está en la mente de todos: hombre, blanco, 60 años, casado, exfumador, futbolero, comilón y bebedor. Aunque si se observa con atención el sistema administrativo-sanitario, hace una diferencia de género y, entonces, incluye en el imaginario una mujer en torno a los 60, poco cuidada, con problemas vasculares, de las que dicen «*nunca he ido al médico*», que han trabajado mucho proveyendo a marido e hijos en una tormenta familiar que la ha invisibilizado, incluso, para el criterio sanitario. En cierta medida, toda esta apreciación de adjetivos y añadidos a los sujetos virtuales, como una suerte de paciente objetivo, permite la configuración de un imaginario que crea, digamos, primero una ideología, y, luego, unas prácticas médicas en torno a intervenir el corazón para curarlo de enfermedades, pero también prácticas de prevención en torno a eliminar vicios y excesos.

Pero hay un segundo sentido tras toda esta manera de hacer: se produce un bajo impacto en la corporalidad, al no proponer directamente una relación entre lo que se cura y lo que lo produce. Y generalmente el paciente minimiza el impacto de la intervención porque solo lo vive como un pinchazo. Podría afirmarse que el *stent* propone una forma paliativa de sanidad que no hace que el cuerpo se haga presente, no deja una marca, no existe cicatriz, no deja una secuela y evita la idea de que exista una relación entre los diferentes órganos del cuerpo. Pero, a su vez, el *stent* es el inicio de un mundo nuevo: un mundo de especialistas, de enfermedades y técnicas únicas, de una medicina a la carta, pero que a su vez puede masificarse con *stents* de calidad media-baja, y que globaliza un tratamiento sobre otros órganos basados en otras especialidades. El cuerpo es así un complejo entramado de realidades biológicas, técnicas, simbolizaciones, imaginarios y miradas sociales. Vía *stent*, es solo un vehículo de una forma de vida supeditada a la gestión del riesgo. La enfermedad ya no es



un mal, sino la consecuencia de un riesgo mal gestionado. Se inaugura así la idea de un mundo poshumano lleno de gente cateterizada, con un buen número de chips de control y de disciplinamiento bioquímico de carácter farmacológico. En definitiva, es la culminación de una biopolítica que empezó con la nueva medicina de las prótesis y las ideas de cuerpos que ya no solo son atlas, sino sobre todo partes mecánicas. Consecuentemente todo esto no solo es una vida *cyborg* (Haraway, 1995); es, ante todo, la verdadera vida del *cyborg*. El *stent* es uno de los dispositivos más pequeños y que más vida dan; claro que es una vida nanotecnológica, una vida que no tiene más sentido que lo proporcionado en la física del cuerpo. Además, es una vida supeditada y sin posibilidad de acceder a tener una experiencia y coloca en un razonamiento extremo al paciente, que ya no es libre de morir, en una carencia de una ética de la vida. Todo sujeto es finalmente un producto de la ética médica, donde el corazón es solo una máquina precisa y predecible.

Cuando se rompe el acuerdo que existe entre la narrativa y la performatividad es cuando aparece el síntoma, que trata el experto por medio de sus pruebas para determinar la ruptura y evidenciar los signos clínicos, lo que establece un doble juego narrativo: por un lado, la posible vivencia de la enfermedad; y por otro, la narrativa experta, ajena, externa, interesada y desvinculadora.

Para toda una nueva mirada de científicos posracionalistas, neofuncionalistas y positivistas, en clara sintonía con un grupo de políticos tecnócratas, el cuerpo humano es una nueva oportunidad, un nicho —es decir, un dispositivo más que un paradigma— donde imponer más miradas, más ideologías, más normalidades, más enfermedades, más mercado. Y, así, el proceso por el cual un cuerpo, definitivamente un objeto pasivo del sistema, es diagnosticado y se decide intervenir, tiene una gran carga de mecánica, donde los engranajes tienden más a funcionar por una fuerza ajena que por una voluntad de las partes a colaborar.

A la unidad se llega, fundamentalmente, de dos maneras: o como paciente programado —como antes describimos— o por una urgencia, que según el protocolo funciona intentando resolver un problema no valorado anteriormente, donde se trabaja sobre el cuerpo en función de la inmediatez. El tiempo es, en este sentido, el vehiculador de la mecánica, y el paciente es reducido a una objetualización sobre la que se trabaja en función únicamente de un resultado directo. Las urgencias son, obviamente, un espacio donde lo imperioso es la conservación de la vida y casi todo se ve reducido al restablecimiento de un cierto criterio vital. No se trabaja en la recuperación de un equilibrio, aunque *a posteriori* pueda ser así, sino más bien en la consecución de ese fin: que la vida continúe bajo

ciertos mínimos. En última instancia el cuerpo ya no es un soporte, ni mucho menos un generador y contenedor de vida, sino una oportunidad para entender ideas que son ajenas al cuerpo y que, sin embargo, lo vinculan con una realidad de expertos dedicados a crear o a aprovechar dispositivos tanto conceptuales como físicos, y que centran la atención solo sobre la idea de los objetos que funcionan en el mercado. Este nuevo cuerpo como oportunidad (de mercado), centrado en la idea de la mirada científica, médica, económica y política regresa a la idea de que la gestión de la corporalidad es un asunto social de primer orden.

En una operación quirúrgica clásica la agresividad del tratamiento, la invasión y el abandono absoluto del paciente hacen que todo parezca delegar la idea de humanidad a un saber, el médico, que operará en ese cuerpo con una visión muy real y global de múltiples órganos y sistemas de funcionamiento. El saber está tan tecno-fichado y concentrado, tan especializado, tan fuera de un marco de contexto global, que no puede tener una idea experiencial, transformadora de su realidad. Se mantiene así una suerte de circulación tautológica donde explicación y síntoma están en manos del experto, y el sujeto no puede integrar ni establecer ninguna experiencia de lo que le ocurre. En efecto, en la unidad de hemodinámica la maniobra tecnológica-social de lo que allí se produce no es sino la representación teatral de un procedimiento que opera sobre las categorías médicas, dando lugar a una suerte de doble mirada: por un lado, la de que estamos ante una práctica donde el sistema de acercamiento, la angioplastia, crea la categoría médica asociada a las arterias obstruidas; por otro, que no establece una cura, sino un sistema de incorporación mecánica que da apariencia de normalidad a lo que ya solo es una corporalidad medicalizada. El cuerpo es, en este sentido, una parte de una vida prestada, acaso de una vida «mal vivida», expuesta (Petryna, 2002), de una vida que desde el riesgo humanizado ha puesto en entredicho el código racional de todas esas categorías, biologizadas y poshumanas. La vida ya no es una delegación a lo social, a lo cultural, a lo político, cuanto más una vida mecanizada por categorías técnicas.

Además, al hacer recaer todo el sistema de causas-efecto sobre la individualidad del sujeto se consigue que la enfermedad tenga una relación exclusivamente con el que la padece, suprimiendo todo referente a vidas en sociedad o en común. Pero además se consigue que el riesgo que produce la enfermedad, o lo que la provoca, o la operación, o el consiguiente tratamiento, o la constante ausencia de una supervisión, recaigan en formas sociales de cuerpos mecanizados e individualizados, lo que termina por recrear extrañas subjetividades que focalizan imaginarios de personas enfermas y solas. El riesgo —ya incorporado como parte del sistema— se



convierte, en una narrativa social, en una suerte de espada justiciera, en un creador de una política del castigo individual, a la vez que en redentorismo y paternalismo institucional que reduce todo a lo puramente económico-comercial, en la misma medida que los sujetos sociales viven en un constante estado de enfermedad latente y/o diagnosticada.

Las salas de hospital

Las salas de espera de un hospital no parecen un espacio y en cualquier caso están muy lejos de ser un no-lugar (Augé, 1993). Acaso sea el intermedio de un sistema diferido y banal, administrado por un otro ajeno y donde el tiempo parece suspendido. En esta sala de hemodinámica hay un tono especial, porque el paciente viene a operarse el corazón y todo es inevitable: la falta de luz natural, el mobiliario ajado y los pacientes en una suerte de límites: dentro/fuera; vida/no-vida. La sala de espera es, consecuentemente, más que la antesala: el lugar metafórico donde todo empieza o acaba y se espera, en cierta medida, con esa certeza de que todo es nuevo y continuo a la vez. Familiares y amigos del paciente esperan sabiendo que el desarrollo del proceso está en otro mundo, en unas salas más allá. Son, pues, sujetos «liminales» (Turner, 1988), siendo la sala de espera convertida así en un lugar focal: sirve para que el paciente espere a ser intervenido mientras que los acompañantes esperan a saber qué ocurre con el desarrollo de la operación. Para todos ellos (pacientes, acompañantes e intervinientes) es el lugar, digamos, de no retorno. Y todo ello a pesar de que el proceso de la intervención (pronosticado, no de urgencia) empieza mucho antes, fundamentalmente cuando el cardiólogo establece que un sujeto tiene que empezar a hacerse una serie de pruebas provenientes de sintomatologías o de revisiones a sujetos de grupos de riesgo. Consecuentemente, la entrada en el quirófano es un largo proceso de pruebas, encuentros de diferentes médicos, técnicos y especialistas, donde el sujeto es construido poco a poco como enfermo. En una lectura entre la filosofía (Foucault, 1983) y la antropología (Van Gennep-Turner), dicho enfermo es un anormal que se tiene que de alguna manera normalizar, es un sujeto límite y limitado, alguien con una dolencia específica de la que a resultas solo cabe la total delegación del cuerpo en manos de especialistas. Es en este momento en el que precisamente la biomedicina salva vidas (o se dispone en principio y por principio a hacerlo).

Los pacientes programados son aquellos que son valorados por su cardiólogo de zona y que tras un diagnóstico hace la petición a hemodinámica para que sean intervenidos. El jefe de servicio, o al que le toque en ese momento, clasi-

fica los pacientes según la urgencia marcada por el cardiólogo de zona. Se lo dice a las secretarías médicas que se encargan de llamar al paciente, citarle y explicarle que tiene que venir en ayunas de doce horas. Si es un paciente que toma Sintrom tiene que suspenderlo tres días antes y pasar a heparina subcutánea, para evitar el sangrado. Todos los pacientes tienen que estar a las 8 de la mañana, por si falla alguno, en la planta donde está la puerta de entrada a la unidad, que al lado están las secretarías que le hacen el ingreso en hospital de día de cardiología (profesional de la unidad, diario de campo).

Pero no solo es la dirección la que toma por un mundo terapéutico, sino también por un universo administrativo y burocrático paralelo. En efecto, no hay solo un recorrido por un mundo más o menos médico, sino que está rodeado de muchas otras realidades paralelas. El proceso administrativo es relativamente complejo, y, aunque los usuarios del sistema sanitario no son conscientes de ello, al menos en un sentido directo, sienten por medio de un trato un tanto violento y desigual que su caso no es ni especial, ni único, ni prioritario. Esta es una de las muchas contradicciones que han de vivir los pacientes que van a ser intervenidos en la unidad de hemodinámica: mientras que todo apunta a que su corazón ha de ser *operado*, se suma la enorme presión del entorno del enfermo, que ve todo esto como un asunto muy serio y radical; a la vez, el sistema sociosanitario hace responsable al individuo de su enfermedad y de estar (que no ser) enfermo, tanto en cuanto lo que le ocurre es causa-efecto de un estilo de vida «perjudicial» para el sistema salud-corazón. Así lo social, lo individual, la vida como filosofía o como biología parecen amalgamarse en un proceso muy complejo que introduce al paciente en un mar de paradojas permanentes. Además, en la medida en que todo esto es parte de un recorrido terapéutico más o menos largo, con un gran sentido social, establece el marco de la paradoja cuando el sujeto es tratado de manera individual y única por su dolencia y el sistema médico-sanitario la trata como una suerte de vulgaridad. Una mecanización de la razón médica que llevan al conjunto de personas que concurren a la intervención, de manera directa o indirecta, a ver a los pacientes como si solo fuesen un caso más, con nada personal que reseñar. Esta mecanización-administración-burocratización del imaginario médico está además en consonancia con el propio sistema, tal cual nos sigue describiendo un profesional de la unidad:

Luego estos pacientes van a la sala de espera y les van llamando para prepararse. Se les hace un electro, una analítica, una de constantes y se rasura la muñeca y la ingle derechas. Y avisan a hemo[dinámica]. Y vamos por él. Hay dos salas, cuatro enfermeras y dos cardiólogos intervencionistas y un número indeterminado de médicos residentes y/o becarios. Luego se preparan dos para



electrofisio, porque la estructura y el personal es igual en número (diario de campo).

Observemos que el sujeto enuncia de manera impersonal o plural para así no asumir errores individuales; a la vez que hay un carácter intervencionista: «*vamos por él*». Esta enorme estandarización del sistema médico-sanitario no solo establece una forma de relación donde lo «normal» es el tratamiento violento hacia los pacientes, sino más todavía hacia los que le acompañan, que no son solo un estorbo, sino una constante inferencia en el sistema de atención e información. Los acompañantes son violentados también como acción de curación para que, mediante futuras sanciones morales, el paciente no vuelva a recaer.

Todo parece en el hospital en general y en la unidad de hemodinámica en particular una suerte de espacio de permanente batalla, donde se libra una guerra simbólica contra los deseos inaplazables de unos sujetos que viven su enfermedad (vulgar) en función de criterios individuales. Y los escenarios de este choque permanente de contenciones son los pasillos, lugares de frontera, de superposición, y donde los discursos se funden y confunden en formas *postsanitarias*. En cierta medida todo esto deviene en unas prácticas cuyas intenciones iniciales parecen estar, cuando menos, en un claroscuro, ya que todo parece tan universal, tan serio, tan importante y urgente, que parece que se mueve en el punto medio entre los requerimientos y el sanar las dolencias de todo tipo de usuarios. En cierta medida se ha establecido el hospital, la sanidad, la medicina, como una razón rigidizada, que les convierte en centros privilegiados del manejo y gestión del dolor. Donde se mercantiliza y se produce, con eficiencia, eficacia y productividad, una maraña de acciones externalizadoras del sujeto en pro de restablecer funciones y devolver al paciente, como si fuera una unidad mecánica dañada, al sistema productivo y de consumo lo más rápido que se pueda.

De hecho, si se miran los pasillos desde el punto de vista *emic* de los profesionales que trabajan en un hospital, son un lugar espeso y peligroso, habitado por una suerte de zoológico de zombis que constantemente atacan, agarran, preguntan y quieren saber cosas que están fuera de todo aquello que se puede decir. En este discurso, el médico bueno es, entre otros, el que informa bien y el que mantiene informado, poniendo su conocimiento de manera transparente a disposición de los usuarios. Los acompañantes van en busca de información sobre su estado, lo cual es contenido, consecuentemente, por un mundo violento de administrativos que fichan, gestionan y supervisan a los sujetos su tratamiento. Por eso mismo el pasillo tiene capas donde es más o menos posible el tránsito sin

ser atacado. Los profesionales de la sanidad, lejos de ver el hospital como un lugar donde se tratan enfermos o, acaso, un lugar relacionado con lo sanitario, lo toman como un espacio violento y belicoso, al que se suma la enorme distancia de discursos y narrativas llenas de asimetrías, relaciones de poder dentro de las propias filas profesionales.

Signos, síntomas y biopolítica más allá del quirófano

De la misma manera, el quirófano es entendido como un enorme campo de batalla donde tras la evidencia de un cardiólogo haciendo una intervención y luchando contra una enfermedad se encuentra un sistema que libra una guerra política y económica en relación con unos recursos muy sustanciales, codiciados y prestigiosos. La unidad de hemodinámica es un espacio particularmente visible a muchos niveles, no solo porque se tratan de una manera aparentemente nueva una serie de dolencias, sino porque el alto nivel de especialización, tecnificación en los procedimientos y respuesta a un sistema ambulatorio la hacen parte de un modelo nuevo de entender la asistencia sanitaria, donde es más fácil controlar el gasto y contener la medicina de alto impacto. Así pues, la unidad de hemodinámica es un espacio altamente visualizado por parte de las economías políticas, que permiten, además, una suerte de maridaje entre las empresas de tecnología sanitaria, los profesionales, con sus múltiples visiones y sensibilidades (Escaned, Roig Minguell, Chorro Gascó, Teresa, Jiménez Mena, López de Sá y Areses, Alfonso Manterola, Gómez Esmorís, Martín Burrieza, Salvador Taboada y Alonso-Pulpón Riveray, 2008; Escaned, Rydén, Zamorano, Poole-Wilson, Fuster, Gitt, Fernández-Avilés, Scholte op Reimer, Teresa, Alonso-Pulpón y Tendra, 2007), y los *nuevos* gestores políticos.

Por otra parte, el síntoma es el resultado de una larga discusión sobre la capacidad de sentir, de manifestar, de comparar y de observar de los sujetos, y que definitivamente hace referencia a la expresión subjetiva que da un enfermo de su estado corporal, que reconoce por medio de la percepción, el cambio o anomalía de sí mismo (*self*) y causado por un estado patológico o enfermedad. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada, sea por algo psíquico, físico, social o por una combinación de las mismas (Taussig, 1995: 110).

El cuerpo es en esta mirada un espacio somático donde la enfermedad es solo una razón dentro de categorías cerradas y estancas, tanto sobre el cuerpo, tanto más sobre su interpretación. En realidad, toda esta medicina está proponiendo la ruptura, o más bien el abandono, de la idea básica de que el paciente tiene una enfermedad, alejando la relación entre lo



que la enfermedad construye en el paciente y su posible solución. Es decir, lo que nos plantea la razón médica es que no hace falta experiencia en torno a lo que ocurre con el corazón. Entonces, lo primero es que niega la experiencia de la enfermedad, esto es, el vínculo que establece la enfermedad como mediación entre el paciente y la sociedad; y, segundo, se rompe con la idea de que el médico tenga cualquier tipo de experiencia con el paciente, el cual es una suerte de mecánico que simplemente está ante una máquina que se puede sin duda arreglar una vez conocidas sus fallas. Este enfermo no es un otro, es una suerte de integrado en la estatalización de los cuerpos, en la delegación de lo propio en función de un bien superior, un igualitarismo.

Todo al final es un plegamiento a un doble ejercicio: por un lado, aquel que convierte el sistema sanitario en una enorme maquinaria comercial; y, por otro, un adelgazamiento del propio sistema estatal-sanitario, que absorbe la idea del cuidado. Por eso mismo el Estado ya no cuida, es solo un gestor de un sentimiento enfermo en la práctica médica y que sirve para justificar la disciplina y control de los cuerpos. Así, la nueva metáfora del corazón no es tanto que sea un órgano para la vida, sino un lugar para la mecánica comercial, estatal y biopolítica.

Y lo que hace la angioplastia, el *stent*, es en cierta medida una construcción muy interesante de la moderna tecnología médica contemporánea: permite una aplicación e intervención rápida y eficaz (el paciente puede ser dado de alta en 24-48 horas), reduce la idea del hospital tradicional lleno de camas ocupadas por gente en observación y permite un juego entre lo más moderno, más tecnológico, casi de medicina espacial, con materiales, técnicas y protocolos altamente técnicos y especializados, que en cierta medida benefician a las empresas que fabrican el material. En España la colocación de *stents* multiplica varias veces la de países de su entorno en comparación con la operación de baipás. Se colocan al año más de 100.000, para un total de más de un millón y medio en las últimas décadas³.

De la misma manera, la alta especialización permite la reducción del costo de formación del médico generalista, con un alto beneficio político, ya que pone las estadísticas de coste-beneficio, dando la efectividad de la unidad, en números altísimos. En efecto, la lógica médica que se desarrolla en la unidad de hemodinámica produce una cirugía de bajo impacto en dos sentidos: en uno porque reduce costos y los que produce están más concentrados y son más reconocibles, y en otros porque reduce el costo de personal, los tiempos de hospitalización, los gastos hospitalarios de

3. Ver https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-01-20/misterio-bypass-corazon-espana-ultima-oecd_1508127/.

sistemas auxiliares y de apoyo, así como de servicios especiales (quirófanos, posoperatorios y las unidades de cuidados intensivos). Todo esto crea una cierta idea de que existe una medicina mayor, dedicada a salvar vidas de manera efectiva y rápida, económica, social y políticamente justificable, y una medicina menor, dedicada a la prevención. Pero, sin embargo, los discursos biomédicos globales (por ejemplo, según la OMS) van hacia este segundo tipo. E incluso hacia un tercero: integralidad de la salud, lo cual vuelve a politizar, complejizar e interrelacionar (¿«humanizar»?) las relaciones médico-paciente, paciente-comunidad, sano-enfermo.

Estas dos medicinas son, en definitiva, una cristalización de dos elementos: una individualización del paciente y del médico, donde cada uno es responsable de sus propios actos; y, por otro lado, en un cuerpo social que ve en la medicina un proceso técnico sobre la corporalidad de manera experta, concreta, cerrada, y aséptica, un alejamiento de todo aquello que tiene que ver con la promoción de los saberes populares, y que tienen un reconocimiento explícito de lo que la gente hace bien. Una suerte de amalgama donde la medicina se entiende como una parte determinante de las actuales biopolíticas poscapitalistas sobre los cuerpos y sus riesgos, siendo el mayor riesgo precisamente el no cuidarse.

De hecho, la enfermedad es una imposición de un código externo a la experiencia del sujeto mediante la cual el cuerpo del paciente toma conciencia de sí mismo (Le Breton, 1999). Una idea que solo existe en nuestra civilización occidental, pues en otros lugares/tiempos o no hay concepto para llamarla, o bien es solo el resultado de una transgresión del sujeto hacia su entorno, una suerte de desequilibrio que puede reestablecerse cuando el sujeto toma conciencia y repara la transgresión. Sin embargo, el sistema de la razón médica se instala en la dinámica de observar el cuerpo de sujeto, no como el primer hábitat, sino como un lugar donde se pueden producir anomalías, alteraciones, todas posiblemente tratables por otro, el médico, que tiene el poder-saber para hacerlo dentro de una lógica de la razón. En cierta medida es una negación de *la enfermedad como camino* (Dethlefsen y Dahlke, 2009), en la que habría que dejar de victimizar al sujeto que enferma y proponerlo como un sujeto activo que escoge un camino, acaso que está en un proceso. En efecto, la medicina niega al sujeto la posibilidad de una relación comprensiva y activa —interiorizante y de responsabilidad— con su propio corazón, que tiene que mirar, una vez pasa por la intervención, como una parte que se le vuelve extraña, enferma y ajena, que solo responde a los tratamientos externos. Un órgano, ya solo un objeto, que al reconocerse como enfermo se construye desde esa imagen de ser la parte corrupta del sistema, en virtud de lo cual ha de acudir a la razón política sanitaria, policial, para que retor-



ne a la normalidad *legal*. Por otra parte, está el médico, el cardiólogo, que, por la presión de un sistema externo, debe devolver a él la unidad del sujeto enfermo en correcto funcionamiento, para reingresarlo al sistema productivo, lo cual rompe la relación médico-paciente y lo convierte en un objeto *padeciente*, consiguientemente una unidad «arreglable». En cualquier caso, la relación causa-efecto, hábitos de vida-enfermedad, tal cual lo entiende la razón médica, rompe la idea de experiencia de cualquier tipo al anular la posibilidad de que los sujetos pacientes no pasen de ser objetos padecientes, no puedan, en definitiva, reincorporar la acción activa (tener un hábito, hacer algo, comer o beber) que les llevó mecánicamente a estar enfermos de su nuevo estado, pasivo y victimizado, donde son reducidos a la dependencia absoluta del sistema biomédico.

Conclusiones

El hospital es un espacio donde el resultado final, el paciente dado de alta, es la consecución de una enorme cantidad de saberes, ideologías y formas concatenadas, donde cada segmento realmente no llega nunca a ver el proceso holísticamente. El *stent*, o las válvulas, o los baipases, ya no permiten una decisión por parte de nadie, ni de nada: una unidad ajena los compra a determinado proveedor.

El médico que lo pone decide bajo mil presiones el tipo (convencional, farmacoactivo, farmacoactivo biodegradable), la marca comercial, los medicamentos posteriores que serán recetados, etc., todo ello con sus éticas médicas y sus acuerdos protocolarios entre la calidad y la constante mejora y actualización del saber experto. A esto se agrega otro personal: la enfermera que retira los catéteres y tubos; los administrativos de hacer el seguimiento del historial, aquellos otros encargados de las finanzas; los múltiples jefes de servicio, de unidad; el comité de empresa y el de bioética; las unidades docentes y los equipos de rotación; los familiares que quieren saber qué medicinas se han de tomar y su, ahora, nuevo papel como cuidadores; el propio paciente, ahora ya de por vida intervenido, medicalizado, controlado, vigilado y estigmatizado como un ser en riesgo. Todos ellos y otros con capacidad narrativa, con su verdad, con sus intereses y maquinarias de justificación, todos y sin excepción son una cadena de producción que no tiene capacidad de ver todo el sistema, y todos, aun reconociendo partes en el resultado final, no son capaces de ver realmente el total.

Los pacientes viven sus enfermedades desde la subjetividad de saberse rotos, frágiles, vulnerables; pero a la vez con la idea de que todo el sistema médico es una poderosa respuesta a su crisis. Pero también una

subjetividad que genera un mundo de voluntades y sistemas de resistencia al control que ejerce la medicina sobre sus vidas. De hecho, un buen número de personas intervenidas no solo siguen fumando, comiendo alimentos no *recomendados*, acudiendo a los tratamientos de orden religioso, homeostático y mágico-supersticioso, siguiendo un itinerario sanitario fuera de toda razón médica. Con todo ello, la idea de vivir es un enorme y complejo entramado de voluntades, de formas de poder y deseos, que son puestos en un espacio, el de una intervención, en la introducción de una prótesis, que crea un imaginario a su vez nuevo y diferente de aquella producida únicamente por esta razón médica disciplinar.

Así, esta nueva medicina ya no aspira solo al dominio de los cuerpos; también aspira al dominio de los órganos como parte de un mundo técnico, donde la vida es una forma de control y gestión de la tecnología bioquímica propuesta en el concreto espacio del hospital, ese nuevo entramado de la utopía mercantil. Lo que en la unidad de hemodinámica se deja claro es que no importa lo que ocurra en torno al paciente, sino que el corazón enfermo sea mecanizado y controlado. Este ha tenido, en su camino como objeto médico, un devenir íntimamente asociado tanto a las implementaciones tecnológicas como a su visualización como un mecanismo autónomo, mecánico y diferenciado. Todo ello ha dado lugar a ver el corazón más que como la capacidad que tiene de ser una bomba del sistema sanguíneo, como un espacio particular asociado a la idea de enfermedad. De ahí que gran parte de la creación de la categoría médica con respecto al corazón tenga como principal mirada las posibilidades de intervenir sobre él. Una de las enfermedades asociadas al propio corazón, el infarto de miocardio, es, en gran medida, el elemento médico definitorio del siglo XX (Escaned, 2009: 28-29), tanto porque en este siglo se ha desarrollado todo un mundo de técnicas para intervenir, como porque es el siglo que ha visto cómo esta enfermedad se ha convertido en el eje central de un discurso médico y sanitario. Incluso se puede afirmar que ha sido el órgano al que se le atribuye el número más grande de mortalidad no natural. Pero a esta razón se ha de sumar que es sin duda el lugar donde la tecnología médica ha puesto un énfasis y es obvio que, a día de hoy, ya no sabemos si fue antes la enfermedad o el producto comercial dedicado a paliar, curar o intervenir.

La frontera que separa a la construcción de la enfermedad por parte de los desarrolladores comerciales de *stent* es tan débil como para sospechar que la enfermedad es parte de este entramado de condiciones biomédicas que son causa y efecto en el mismo momento. Las enfermedades coronarias son condiciones médicas asociadas a tratamientos técnicos *ad hoc*. Incluso entre los mismos expertos médicos la discusión es permanen-



te; nada relaciona la bondad del sistema de apertura de las arterias y las moralidades asociadas al colesterol. Cualquier acercamiento desde este punto de vista, sin embargo, está cerrado a la discusión fuera de la razón médica que blinda el sistema tras imaginarios expertos y grandes dosis de datos de una supuesta dificultad técnica (Martín y Cruz, 2009). En este sentido, el corazón deja de ser una metáfora social que representa la vida, el amor o la fuerza, para empezar a ser un espacio de la intervención y la conceptualización de la razón médica. Y es en este saber, ya concretado sobre la universalización de lo humano y su delegación, en donde la medicina opera como espacio semántico de su práctica, y como lugar donde se interviene para realizar procesos técnicos con los que paliar, solucionar o intercambiar partes o totalidades del corazón como órgano.

¿Y, a la vista de todo esto, cuál es el resultado final? Afirmamos que es la propia máquina, el mantenimiento de este sistema de producción; el resultado es la totalización de una tecnología que opera en un doble sentido y a la vez: produce sistema y usa el sistema. Todo es la tecnología, primero de disciplinamiento, luego de control sobre los cuerpos, que son un objeto del, para y por el consumo, en este contexto nuevo y delicado que es la sociedad poscapitalista. Al desligar la biología de la naturaleza, Haraway (1995) nos permite ver la ciencia no tanto como un espacio para la racionalidad, sino más como un lugar concreto para la ideología. La medicina, cuando opera como una ciencia, solo puede ser una ideología. Dudas más profundas que meter un alambre sofisticado y bello en un corazón no creemos que podamos encontrar, y esto no puede ser entendido si no es en el pacto disciplinar de unos pacientes que observan atónitos cómo parte de un recorrido, el de sus miedos y deseos, no es tenido en cuenta como parte central de un discurso panhumano. Un miedo de los pacientes que es traducido en forma de paradoja: al mismo tiempo que temen la intervención son receptores del discurso del poder médico que instala la idea de que protege y cuida. Es entonces cuando se puede afirmar que esta razón médica que cuida el corazón es una actividad social, cultural y técnica que también vulnera el corazón. Ya no puede ser el sujeto, el paciente, quien por sus propios medios se haga cargo del significado de su cuerpo. Una vez que ha sido intervenido queda a merced del sistema de control, disciplinar y policial que hará de su práctica un medio para asegurar la salud del sujeto —mas nunca su bienestar—, ahora ya reducido a ser un paciente de por vida, es decir, se logra domesticar la enfermedad, que no tanto al paciente. Es aquí, consecuentemente, donde la medicina toma la apariencia y la responsabilidad solo de ser un saber técnico. Razonablemente, hay una institucionalización de la práctica médica, que tiene como corolario el cómo se efectúa, cómo se crea ese momento mé-

dico, cómo se formaliza la idea de que el paciente es solo un órgano, a lo más un cuerpo para el consumo poscapitalista. Todo esto tiene un resumen, acaso una conclusión: si podemos entender que hay un nacimiento de la clínica aquí, en la unidad de hemodinámica, somos testigos de su muerte.

La salud es hoy un campo social adscrito a un saber experto, pero observar sus condicionantes —económicos, culturales, simbólicos y de crítica de la investigación— es imprescindible. Porque lo que se debate no es la forma de la sociedad, sino el valor de la vida en su totalidad y complejidad. El corazón, ya desvelado, ya solo una parte del cuerpo, sin esencia de ningún tipo, deja paso para que la paradoja retorne en una suerte de poética a otro órgano, a otro espacio. El nuevo lugar de la pasión es el cerebro, como el lugar de la razón del corazón, la nueva frontera de la medicina, de la industria y las políticas de salud; en definitiva, el nuevo espacio para las miras de estas lógicas poshumanistas llenas de verdades mercantilistas, normalizadoras y controladoras.

Referencias

- Augé, M. (1993). *Los no lugares: espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa.
- Benet, O. (1999). Saber e sentir: una etnografía da aprendizagem da biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9: 123-150.
- Braidotti, R. (2015). *Lo posthumano*. Barcelona: Gedisa.
- Clifford, J. (1999). *Itinerarios transculturales*. Barcelona: Gedisa.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2009). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Debolsillo.
- Escaned, J. (2009). Breve historia del corazón y de los conocimientos cardiológicos. En *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. A. López Farré y C. Macaya, Coords. Bilbao: Fundación BBVA.
- Escaned, J.; Roig Minguell, E.; Chorro Gascó, F.J.; Teresa, E.; Jiménez Mena, M.; López de Sá y Areses, E.; Alfonso Manterola, F.; Gómez Esmoris, L.; Martín Burrieza, F.; Salvador Taboada, M.J. y Alonso-Pulpón Rivera, L.A. (2008). Ámbito de actuación de la cardiología en los nuevos escenarios clínicos. *Revista Española de Cardiología*, 61(2): 161-169.
- Escaned, J.; Rydén, L.; Zamorano, J.L.; Poole-Wilson, P.; Fuster, V.; Gitt, A.; Fernández-Avilés, F.; Scholte op Reimer, W.; Teresa, E.; Alonso-Pulpón, L. y Tendra, M. (2007). Tendencias y contextos en la práctica de la cardiología en los próximos 15 años. *Revista Española de Cardiología*, 60(3): 294-298.
- Esteban, M.L. (Ed.). (2007). *Introducción a la antropología de la salud: Aplicaciones teóricas y prácticas*. OSALDE, Asociación por el derecho a la salud.
- Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.



- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40: 283-318.
- Feldmana, M.F.; Sabatéb, M.; Goicolea, J. y Macayad, C. (2011). Objetivos de Stent for Life en España para el periodo 2010-2013. *Rev Esp Cardiol*, 11: 6-8.
- Fernández De Rota, A. (2014). *Deus ex machina: animales, dioses y máquinas en la génesis de la soberanía moderna, la economía y el liberalismo político*. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Melusina.
- Finol, J.E. (2015). *La corposfera. Antropo-semiótica de las cartografías del cuerpo*. Quito: CIESPAL.
- Foucault, M. (1983). *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XXI.
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Good, B.J. (1977). The heart of what's the matter the semantics of illness in Iran. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1): 25-58.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (2005). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Høystad, O.M. (2007). *Historia del corazón. Desde la antigüedad hasta hoy*. Madrid.
- Janzen, J. (1978). In *Quest of Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Le Breton, A. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Martínez-Hernández, A.; Perdiguero-Gil, E. y Comelles, J.M. (2015). Genealogía de la antropología médica en España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX(1): 205-233.
- Martín Moreiras, J. y Cruz González, I. (Coords.) (2009). *Manual de hemodinámica e intervenciónismo coronario*. Barcelona: Pulso.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2016). *Estimaciones de Salud Global: Muertes por causa, edad, sexo por país y por región*. Ginebra: OMS.
- Petryna, A. (2002). *Life Exposed: Biological Citizens ater Chernobyl*. Oxford: Princeton University Press.
- Romani, O. (2013). La reducció de riscos, entre l'experiència i els experts. *Quaderns-e*, 18(1): 52-64. Em <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/268916>.
- Taussig, M.I. (1995). *Un Gigante en Convulsiones. El Mundo Humano como Sistema Nervioso en Emergencia Permanente*. Barcelona: Gedisa.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus.
- Velasco, H. y Díaz de Rada, Á. (2006). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid, Trotta.
- Widimsky, P.; Fajadet J.; Danchin N. y Wijns, W. (2009). «Stent 4 Life». Targeting PCI at all who will benefit the most. *EuroIntervention*, 4: 555-557.