

Título de Panel:
Biociudadanía, riesgo y redes sociotécnicas.

Grupo de Trabajo:
GT 01- Ciencia, Tecnología e Información.

Título de la Presentación:
Cáncer y biopolítica: un análisis semiótico-material del riesgo.

Ponente:
Jorge Castillo Sepúlveda
Escuela de Psicología
Universidad de Santiago de Chile

Resumen:

Distintas transformaciones en biomedicina fundamentan el análisis de formas biopolíticas emergentes. La noción de riesgo permite articular aspectos epistemológicos y políticos de tales cambios. A partir de un estudio de caso sobre el cáncer abordado desde la teoría del actor-red, analizamos tres procesos: (a) molecularización; (b) transformaciones respecto a la responsabilidad de la ciudadanía sobre su cuidado; (c) la emergencia de una objetividad regulatoria. Estas transformaciones se alinean con la producción de un tipo particular de objeto cuya constitución redefine la posición y temporalidad del riesgo. Hemos denominado a estas producciones como *objetos potenciales*, acuñando un término de A.N. Whitehead. Concluimos en base a algunas aproximaciones de la relación entre objetos potenciales y biopolítica.

Palabras claves: Objeto potencial, Biopolítica, Cáncer.

En la obra de Michel Foucault, particularmente en la desarrollada a mediados y fines de la década de 1970, es posible apreciar cierta dedicación a las formaciones sociales y materiales emergentes desde fines del siglo XVIII que han venido a replantear la relación entre gobierno y vida, o, en otros términos, entre los modos de ejercer el poder y lo biológico. Inicialmente sobre la noción de biohistoria, Foucault (1976) destacaría cómo la historia de lo humano envuelve la historia de la vida: “no continúa simplemente la vida, ni se limita a reproducirla, sino que la retoma, hasta cierto punto, y puede ejercer sobre su proceso una serie de efectos totalmente fundamentales” (p. 160). Durante este siglo surge una nueva serie de posibilidades para la medicina, o para la medicina en relación a la política, en que sus actividades se desplazan del trabajo únicamente en torno al individuo y su cuerpo, y comienzan a ejercer acciones sobre la composición de la vida y sus acontecimientos. En el año 1974, Foucault vendrá a denominar a este desplazamiento como biopolítica, y lo enlazará a las transformaciones en el Estado moderno por las cuales el poder se hizo cargo del conjunto de seres vivos constituidos como población. A través de la biopolítica se ocupará de la gestión de la salud, higiene, alimentación, sexualidad, natalidad, cualquiera sea el espacio biológico que constituya seres individuales en colectivos (Revel, 2009). Según Revel (2009), este concepto vendrá a plantear dos situaciones. La primera, relacionada con la función de mantención del orden y la disciplina (acción directa sobre el cuerpo o el comportamiento), que se vincula a la organización del espacio y el despliegue de algunas prácticas determinadas que inciden, incluso, en la vida familiar. La segunda, asociada a la superación de la dicotomía tradicional Estado/sociedad, en pro de una economía política de la vida en general. Ello supone un doble problema: ¿Se debe pensar la biopolítica como un conglomerado de biopoderes aplicados a ámbitos biológicos particulares? O bien, ¿Se trata de que la vida misma es un poder, es

decir, un ámbito que produce y se reproduce a sí misma y reformula las pautas por las cuales se organiza la sociedad? Esta segunda vía, mayormente acorde a los planteamientos de Georges Canguilhem respecto a la normatividad propia de la vida (Le Blanc, 2004), sitúa un ámbito de problematización que no se resuelve al considerar el poder de lo social sobre lo biológico, ni de la vida (o lo biológico) sobre lo social, sino en relación a una productividad mutua de lo social y lo biológico, es decir, de un ámbito de *irreducción* (Latour, 1988) entre lo político y lo viviente. Si hemos de examinar lo biopolítico, ello deberá ser en razón de la labor productiva de lo social sobre lo viviente – las técnicas y tecnologías por las cuales la biomedicina *se ha hecho cargo de la vida*–, pero asimismo de esto viviente como un *potencial* en sí mismo, que es, a la vez, causa y efecto de lo político. Desde esta perspectiva, poder y vida no pueden diferenciarse: ambos se encuentran distribuidos en entramados de co-dependencia y co-afección; asimismo, el estatuto de normalidad y anormalidad ha de verse afectado o redefinido, conjunto a las relaciones entre lo sano y lo enfermo, o la cualidad misma de estas relaciones.

Respecto a este último aspecto –las relaciones o el estatuto de relaciones entre salud y enfermedad–, hemos desarrollado un estudio de caso en el ámbito del cáncer. Este se ha llevado a cabo en la ciudad de Barcelona, España, entre los años 2009 y 2012. A partir de éste, se han desplazado ciertos procesos que nos han llevado a considerar los planteamientos de Foucault (2002) respecto a la biopolítica, en razón de una serie de transformaciones en el ámbito biomédico acontecidas durante los últimos treinta años. Para el análisis de este caso, hemos recurrido a la teoría del actor-red. Esta, surgida en el ámbito de los Estudios de la Ciencia y la Tecnología, ha venido cuestionando el reduccionismo social propio de las corrientes que hacen base sobre el socioconstruccionismo para dar cuenta de los hechos tecnocientíficos. De tal forma, la producción de certezas derivadas del ámbito tecnocientífico no se fundamenta sólo en el papel de las personas y sus relaciones culturales y sociales, sino que es componente de interacciones heterogéneas entre humanos y no-humanos (Tirado & Domènech, 2005). En los análisis de la teoría del actor-red la perspectiva semiótica resulta crucial, pues la existencia de las entidades depende de los entramados relacionales en que emergen: “Empújese la lógica un paso más allá: los materiales están constituidos interactivamente; fuera de sus interacciones no tienen existencia, no tienen realidad. Máquinas, gente, instituciones sociales, el mundo natural, lo divino – todo es un efecto o un producto” (Law & Mol, 1995, p. 277; traducción de los autores). En relación a las transformaciones, sus implicancias abarcan diversas dimensiones y escalas. Entre éstas, la noción de riesgo permite articular los aspectos epistemológicos y políticos de tales cambios.

Son tres los antecedentes que pueden asociarse a este proceso. En primer lugar, diversos autores han documentado desde hace décadas una auténtica variación de escala respecto a los procedimientos biomédicos técnicos e institucionales. Esta ha sido denominada como molecularización y consiste en la articulación de una serie de componentes tecnológicos y culturales en torno a la posición de los genes y las moléculas como agentes que median la relación entre salud y enfermedad. Un segundo aspecto, derivado de lo anterior, refiere que este proceso no sólo redefine la relación entre un cuerpo sano y uno enfermo, sino sitúa un nuevo escenario respecto a la responsabilidad misma de la ciudadanía sobre su propio cuidado y optimización. Finalmente, un tercer antecedente da cuenta de que la evidencia necesaria para la articulación de las entidades que forman parte de tales eventos son producidas y adquieren inteligibilidad a partir de un nuevo tipo de objetividad: una objetividad regulatoria. Este mecanismo concentra tanto la producción de procedimientos y técnicas, así como las categorías y criterios de interpretación de resultados de pruebas, que promulgan cierto tipo de entidades que participan de los entramados sanitarios. Se trata de nuevas figuras que son parte de la relación de la ciudadanía con su corporalidad, considerando la biomedicina en sí misma. Estas inciden en la producción de *objetos* que circulan y que establecen nuevos modos de operación biopolítica, en el sentido planteado.

Respecto a la molecularización, Nikolas Rose (2007) la describe como un estilo de pensamiento que prevé la vida a nivel genético-molecular, conllevando diversos procesos aplicados a entidades

microscópicas que no se encontrarían constreñidas por el orden aparente de la vida, implicando la reorganización de la cultura y la institucionalidad médica (Castillo, 2012). Según esta lógica, cuando un nuevo elemento patológico es encontrado, la respuesta inmediata es buscar la estructura molecular que actúa como agente causante, previendo la posibilidad de diagnosticar o intervenir anticipándose a alguna manifestación sintomática. Preguntar por la fuente de una enfermedad es remitirse, en este sentido, al origen y proceso que articula la vida, su escala genética (Castillo, 2012). En lo referente al cáncer, y según señala un especialista entrevistado:

Científicamente hay una teoría sobre el cáncer: mecanismo por el cual unas células determinadas escapan al control, proliferan y se diferencian de forma anómala, y tienen la capacidad de invadir localmente los tejidos en procesos regulados por los oncogenes y los anti-oncogenes. (Especialista N° 1, entrevista personal, 18 de Octubre, 2010)

Es posible concebir que el diagnóstico de cualquier enfermedad inicia desde el cuerpo del paciente. No obstante, en el caso del cáncer, progresivamente éste atender a su examen genético y/o a la extensión del mismo a los familiares más cercanos, para realizarse correctamente. El cuerpo del paciente, el significado de la familia y las relaciones generacionales se resemantizan a partir de un procedimiento técnico y médico: los genes promulgan la existencia de un cuerpo colectivo, biológico, que no depende de las relaciones temporales asincrónicas entre vínculos de parentesco, sino de la actualidad biológica de quienes comparten y se enlazan por una base molecular común (Tirado & Castillo, 2011). Sobre ésta, sólo posible a partir de la participación de tecnologías específicas que han posible operar sobre entidades microscópicas, se constituye una organización que, desde un cuerpo enfermo, se involucra una serie de otros cuerpos que se constituyen desde ya como parte del padecimiento.

La molecularización consiste en un campo epistémico (posible gracias a actividades tecnocientíficas) que impregna cualquier otro tipo de conocimiento. Sólo así es posible aprehender intervenciones como la mastectomía preventiva en casos de mujeres en que se ha *detectado* un *gen que establece un riesgo*, o decisiones que implican la extracción de mamas sanas contando sólo como antecedente un historial familiar de enfermedad (Castillo, Tirado & Rosengarten, 2012). Hemos encontrado ejemplos de estas prácticas en diversas publicaciones periódicas, por ejemplo:

[Ella] de 40 años, no quiere dar una sola oportunidad al cáncer y, para evitar que en un futuro le diagnostiquen un posible tumor, se ha extirpado los pechos, a pesar de que por ahora no tiene ningún síntoma asociado a la enfermedad y las pruebas realizadas han descartado mutación genética (...) Sus médicos han apoyado esta decisión, irreversible e inusual, ya que debido al historial clínico y a que no ha tenido hijos es más propensa a desarrollar un tumor. Con esta operación, esta brasileña reduce un 90% la probabilidad de padecer la enfermedad. (COLIPSA, 2009, ¶ 1-3).

El cáncer es comprendido como una enfermedad, pero también como una susceptibilidad, una predisposición a desarrollarla según la configuración que adoptan nuestros genes y por la misma historia que nos antecede; y así, éste se extiende por todo el campo de lo viviente (Castillo & Tirado, 2012). No basta con señalar que el cáncer deviene de una mutación; la mutación es una propiedad de la dinámica genética y, así, se sitúa en la misma dinámica de la formación de la vida, pues, como señala Rose (2009):

A nivel genómico, la respuesta puede parecer sorprendente - ninguno de nosotros - ninguno de ustedes - es 'normal'. Todos estamos en riesgo, con un alto riesgo para algunas condiciones, con un bajo riesgo para otras condiciones, pero todas nuestras asignaciones, en esos tres mil millones de pares basales que componen los 23 cromosomas, múltiples variaciones menores que son potencialmente conocidas, y que aparecen (aunque quisiera hacer hincapié en esa palabra) para hacer nuestro futuro riesgoso para todo. (p. 73, traducción de los autores)

De este modo, el riesgo en sí mismo se ha convertido en un componente de las intervenciones biomédicas. Éste ya no se sitúa exclusivamente en el entorno de una persona (como se establece en algunas aproximaciones que determinan la causa del cáncer en ciertos factores ambientales), sino que de manera creciente comienza a depositarse en la fuente misma que organiza la vida. Esta fundamenta

la necesidad de operaciones y la activación de rutinas pre-sintomáticas que faciliten o bien la prevención o bien el control de la enfermedad (Cantor, 2007). Puede considerarse que el cáncer está ya presente antes de que sea diagnosticado, y los cuerpos, entrelazados por una entidad tan abstracta como un gen y su posible mutación, se reorganizan en torno a la enfermedad y se preparan para su ocurrencia, o bien establecen estrategias que lo promulgan como una entidad actual, incluso antes de cualquier síntoma (Tirado, Gálvez & Castillo, 2012).

Como ha sido posible apreciar en el extracto de la noticia, ciertos individuos genéticamente riesgosos (Rose, 2001) subvierten las relaciones clásicas en medicina; rompen la asimetría o, más bien, la reconfiguran. Rose (2009) ha denominado esta relación en función de una ciudadanía biológicamente activa. En ella, se articulan nuevos modos de gobernar el *self*, depositándose la responsabilidad del cuidado en el paciente y la ciudadanía, mediante la (auto)promoción de la autoeducación y la autogestión. De hecho, ante este panorama, la distinción entre categorías como paciente y ciudadanía, o entre enfermo y sano, se hace compleja. Incluso la misma figura de paciente deja de capturar todo el sentido de la relación entre los sujetos y las prácticas biomédicas. Los actores ya no sólo esperan ser atendidos o captar la vista del médico para que su condición adquiriera un estatus ontológico, devenga real ante la serie de operaciones que conlleva la enfermedad. Por el contrario, los actores, articulados a una serie de conocimientos distribuidos a nivel social y material, junto a, por ejemplo, la disposición de pruebas genéticas, se demandan a sí mismos como responsables de su condición actual y futura, su propia sanidad. Las prácticas de autocuidado y autogestión, se generan en interacción entre las bases socio-materiales de la biomedicina y las propias expectativas de la ciudadanía respecto a su condición de salud; y no sólo eso, en tanto lo que se persigue es la optimización de las condiciones físicas, el *bienestar* (Rose, 2009, 2007).

En el ejercicio de las operaciones biomédicas, se ha suscitado la emergencia de nuevas entidades que articulan, hacen partícipes y definen los medios por los cuales se hará efectiva –o no– la presencia de una neoplasia. Las guías y protocolos, elaboradas por entidades dependientes del gobierno catalán desde hace menos de diez años, consisten en inscripciones que concentran las lógicas de una nueva objetividad: una objetividad regulatoria (Cambrosio, Keating, & Bourret, 2006a); y presentan operaciones que expresan al cáncer según la idea de trayectoria, en lugar de un proceso puntual rigurosamente localizado (Tirado & Castillo, 2011). La objetividad regulatoria reposa sobre el uso sistemático de procedimientos colectivos de producción de pruebas, mediante la introducción de convenciones (Cambrosio et al., 2006a; Cambrosio, Keating, Schlich, & Weisz, 2006b). Estas convenciones no se limitan al establecimiento de medidas estándares, sino se extienden al empleo de estas mediciones para fundar los juicios soportados sobre las convenciones, vale decir, incidir en las mismas decisiones médicas (Castillo & Tirado, 2012). Se trata de una objetividad en la que el objeto no es más que el efecto performativo de un ejercicio de regulación:

Por ejemplo, el establecimiento de estándares que permiten identificar y medir la presencia de células patológicas (Blastos) en las leucemias, desemboca en la creación de criterios estándar para definir un estado particular de esta enfermedad (la crisis blástica), que son en seguida utilizados como uno de los parámetros que posibilitan concluir un juicio clínico objetivo en el cuadro del desempeño de ensayos clínicos. (Cambrosio et al., 2006a, p. 145, traducción de los autores)

La objetividad regulatoria no reduce los hechos a una serie de técnicas y mediciones otorgadas por instrumentos, sino designa que éstos pasan necesariamente por la participación de estas entidades. La certeza, en el ámbito biomédico, requiere ser aprehendida por tales medidas. De tal modo, liga la actividad clínica con otros dominios (como la genética o la histopatología), cruzando, incluso, la frontera abierta entre medicina y política (Williams-Jones & Graham, 2003; Mol, 1999).

Todo lo anterior modifica nuestra relación con la enfermedad. Si bien la OMS define el cáncer como “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células” (Organización Mundial de la Salud, 2010), en las mencionadas guías y protocolos nos encontramos definiciones del tipo:

(el cáncer) es un fenómeno que se extiende por una escala genética, corporal, corporal, entendiendo el

organismo del paciente como entidad global y observable, o europea, las guías recogen sistemáticamente la legislación de la OMS sobre ética y política del tratamiento de los datos del enfermo. Del mismo modo, en ese recorrido aparecen escalas determinadas por la familia como entidad colectiva, la noción de población de riesgo o la red de recursos sociales que ofrece la comunidad. (“OncoGuía del consejo y asesoramiento genético en el cáncer hereditario” (Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2006)

Esta guía, por citar un ejemplo, establece que desde un primer encuentro con el especialista, inmediatamente se articulan tres escalas de acción típicamente distantes y desconectadas en otro tipo de diagnósticos. En primer lugar, el cuerpo. El protocolo establece la realización de un examen físico detallado que nos lleva inmediatamente a la segunda escala: los marcadores biológicos. Estos son fundamentales en el diagnóstico, siempre deben hacerse presentes y con ellos entramos en la tercera: la familia del paciente. Desde este momento, las tres escalas deben coordinarse para lograr un diagnóstico y estimación apropiada del riesgo de desarrollar la enfermedad. El árbol genealógico es un elemento que, a la vez, enlaza una expansión de la escala familiar: trasciende el tiempo y espacio local, atrae el pasado, lo vuelve presente, y facilita proyectar el futuro. Mencionar el cáncer en el contexto de la genética oncológica significa necesariamente hablar de muchos cuerpos, reasignando el sentido de esta entidad como una que se encuentra a la base de un cuerpo familiar o de colectivo biológico. Es decir, el cáncer se transforma en un fenómeno extendido (Tirado & Castillo, 2011; Castillo & Tirado, 2012).

Las guías y protocolos convierten el cáncer en una trayectoria. Este se traduce en algo que irradia un campo de mediaciones sociales y materiales que adquiere consistencia en distintas escalas y espacios; es posible plantear que el cáncer expresa intensidades (Guattari, 1996), es decir, gradientes ontológicos según las configuraciones de los entramados en que se expresa. Incluso podríamos señalar que reorganiza circunstancialmente el tiempo, al revalorizar las relaciones generacionales y, a su vez, al hacer presente acciones que no se esperarían sino hasta la evidencia sintomática del padecimiento. Por tanto, ante todo esto podríamos preguntarnos: ¿qué es exactamente el cáncer?

Los antecedentes presentados, nos han llevado a la necesidad de re-pensar las definiciones que comúnmente se conocen sobre el cáncer. En lugar de ser un proceso localizado y discreto, es decir, situado solamente en el cuerpo y a la vez direccionado por una temporalidad lineal, se trata de algo mucho más complejo (Castillo, Tirado & Rosengarten, 2012). En primer lugar, sus cualidades extensas, vale decir, su composición a partir de escalas diversas y el despliegue a través de distintos procedimientos des-localizados, mediados por componentes a la vez semióticos y materiales (los protocolos) nos llevan a prever su organización como una trayectoria, es decir, una ruta que se traza a través de un ensamblaje de entidades heterogéneas altamente dependientes entre sí. El cáncer, en este sentido, es un objeto que se encuentra en relación a la situación, pero que no se reduce a ninguna localización (Stengers, 2002/2011). Luego, en cuanto a la temporalidad, hemos visto el efecto de anticipación que conlleva la molecularización de la biomedicina, haciendo presente acciones que no serían vistas sino en una instancia avanzada de la enfermedad. Se trata de una potencia que es enteramente actual. Esto quiere decir que, en el caso del cáncer de mama, pero no exclusivamente, su trayectoria puede expresarse desde antes del desarrollo de una neoplasia o incluso de una mutación genética (Castillo, Tirado & Rosengarten, 2012).

En razón de ello, y acuñando un concepto del filósofo inglés A. N. Whitehead (1929/1956), hemos concentrado estas descripciones en la idea de *objeto potencial*. Hemos desarrollado esta descripción con mayor profundidad en otros textos (véase Tirado, Gálvez & Castillo, 2012; Castillo & Tirado, 2012; Castillo, Tirado & Rosengarten, 2012; Castillo & Tirado, en prensa), quisiéramos precisar aquí los aspectos más generales que nos permitan enlazar el análisis posterior.

El término potencial, por de pronto, significa casi lo inverso a la noción de potencia aristotélico-escolástica. Se trata de “formas de definibilidad” (Whitehead, 1929/1956) que, se parecen más a la forma que a la potencia aristotélica, sin reducirse a ninguna de ellas (García Bacca, 1990). Lo potencial

se remite a las propiedades de ubicuidad y la eficiencia, es decir, un potencial es aquello que se sitúa en un espacio no discreto y que incide en la constitución de entidades, a la vez que se define a sí misma como una entidad; se trata de algo enteramente actual, real en su totalidad. Una analogía para comprender esta idea puede ser la figuración de un potencial como un campo gravitatorio (García Bacca, 1990). Éste es ubicuo (se encuentra en la completud de un espacio) e incide en la organización de otras entidades en sí mismas y entre sí, siendo a la vez enteramente actual (Castillo, Tirado & Rosengarten, 2012)

Ahora bien, un potencial en el caso de la biomedicina no puede comprenderse como la manifestación de una única y entera entidad en todo el espacio y el tiempo. Tal y como un campo gravitatorio y capacidad de organizar objetos (y expresarse a partir de estos), un objeto potencial se produce a partir de la conjugación de diferencias, que no se comprenden sino a partir de sus relaciones, de sus vínculos de dependencia e inteligibilidad mutua. Tampoco se trata de un concepto que se explique a sí mismo, es decir, a partir de sus efectos. Desde el análisis de las interacciones e instancias semióticas y materiales que hace posible que una entidad entre en operación –adquiera una ontología–, es posible delimitar el alcance y los ámbitos espaciales y temporales en que estas acciones tienen efectos y en las cuales adquieren su sentido. A partir de la consideración de que un objeto no existe si no a partir de la constitución de este entramado deslocalizado, nos referimos a una organización que deja de ser local y discreta, es decir, adquiere cierta proporción de ubicuidad y eficiencia, y se constituye en lo que Whitehead define como potencial. Se trata, en cierto sentido, de una *territorialización* (Deleuze & Guattari, 1980/2002), una codificación de ciertos vínculos y la constitución de un espacio-tiempo relativamente estriado, con nuevas vías de variación (Castillo, Tirado & Rosengarten, 2012). De este modo, *potencial* no remite a algo estático, sino enteramente activo. Un objeto potencial se define por su actualidad deslocalizada.

En el acto de articulación de heterogeneidades, emerge un nuevo objeto socio-técnico que desdibuja la noción tradicional de enfermedad. En el caso del cáncer, esta se produce en y por la emergencia de técnicas y regulaciones que suscitan prácticas ubicuas, activas, que hacen presente la enfermedad ahí donde hay una acción asociada al entramado de proposiciones biomédicas. Estas no se reducen a la acción del campo médico, sino se encuentran dispersas, promulgando medidas de la enfermedad en diversos espacios. En el entrecruce entre lo político y lo viviente, consideramos que esta reorganización de la biomedicina, es decir, esta redefinición socio-técnica de los límites entre lo sano y lo enfermo, y entre lo posible y lo actual en razón de la articulación de la enfermedad ahí donde se entrama la vida, creemos que asistimos a un nuevo modo de vinculación entre lo biopolítico y lo biomédico, basado en la producción de objetos potenciales.

Si para Foucault (2002) la biopolítica se basaba en la definición de una serie de técnicas que orientan el ejercicio del poder sobre una población viviente, a partir de las categorías biológicas que constituyen tal población, consideramos que en el modo de ejercicio actual, la biopolítica recurre a operaciones que ya no sólo configuran categorías según las cuales un sujeto o una persona se suscribe a un procedimiento colectivo, según disponga, por ejemplo, la epidemiología, sino que somete el propio compromiso del individuo con su bienestar a las proposiciones, técnicas y regulaciones de la biomedicina. Los objetos potenciales entran en operación y constituyen aparatos serviles a la difusión de la susceptibilidad como anclaje de estrategias políticas –intencionadas o no–. Así, consideramos que un nuevo modo de operación de la biopolítica consiste en la producción discriminada de objetos potenciales que incidan en las actividades y comportamientos que son parte de la vida cotidiana: una nueva gestión de la vida mediante el riesgo; o del riesgo como política en sí misma. Tal es el caso del cáncer, que según ciertas proposiciones ya descritas y en función de la configuración de un entramado deslocalizado, ejerce su influencia en espacios diversos, condicionando qué prácticas –y cuáles no– se despliegan. En la medida que es posible calcular un riesgo a padecer la enfermedad –que puede o no adquirir una numeración, y que, según lo acotado previamente, afecta a la categoría no reducida de lo viviente–, éste se hace operativo ahí donde una proposición biomédica –sustentada en y por un

entramado socio-técnico— manifieste la posibilidad de traducir un comportamiento cualquiera en la redefinición de las relaciones con la propia susceptibilidad a desarrollar el padecimiento. Es, en cierto sentido, el efecto que ejerce la molecularización y la disposición de una objetividad basada en mediciones y disposiciones socio-técnicas, que constituyen certezas, a la vez que formulan un cierto modo de comprender la corporalidad, el *self* y el entorno, estimando el riesgo a la enfermedad que promueve cada acción. No basta, así, con conocer la configuración genética que soporta nuestro cuerpo, sino, en tanto la enfermedad es propiedad de un entramado que asigna mediciones, entidades diversas y posiciona al cuerpo en sí mismo en este cálculo, se hace necesario negociar en diversos momentos las actividades que, según tal entramado, den cabida a sustentar el bienestar. Una enfermedad ubicua, es una posibilidad presente, un potencial, que organiza la vida y el ser. Como hemos señalado, no se trata del poder que envuelve la vida, ni la vida que sustenta el poder, sino una formación que produce formas de vida y de sociedad. Se trata, no obstante, de una política sobre la vida y de un poder desde la vida, que opera y se establece sólo en la medida que un entramado tecnológico y social sustenta las actividades que hacen posible que estas trayectorias se hagan operativas y produzcan sentido.

Referencias

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (2006). *OncoGuía del consejo y asesoramiento genéticos en el cáncer hereditario. Versión completa*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Cambrosio, A., Keating, P. & Bourret, P. (2006a). Regulatory objectivity and tests systems in medicine: The case of cancerology. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 42, 121–139.
- Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T. & Weisz, G. (2006b). Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*, 63(1), 189–199.
- Cantor, David (2007). Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century. *Bulletin of the History of Medicine*, 81(1), 1-38.
- Castillo, J. (2012). *Oncología y ontología: un análisis semiótico-material del cáncer*. Tesis para optar al grado académico de Doctor en Psicología Social, Departament de Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Castillo, J. & Tirado, F. (2012). La nueva materialidad del cáncer. Teoría del actor- red y objetos potenciales. En F. Tirado y D. López (Eds.), *Teoría del actor-red: más allá de los estudios de ciencia y tecnología* (pp. 17-69). Barcelona: Amentia Editorial.
- Castillo, J. & Tirado, F. (en prensa). Complexity, heterogeneity and medicine. En S. Lockhart Nelson, *Anarchy in the organism*. Londres: Black Dog Publishing.
- Castillo, J., Tirado, F. & Rosengarten, M. (2012). Una aproximación simétrica al cáncer de mama: heterogeneidad, regulación y corporización. *Athenea Digital*, 12(3), 163-185.
- COLPISA (2009, Enero 27). Una mujer se quita el pecho por miedo a padecer cáncer. *LaFlecha.net*. Recuperado el 12 de Agosto, 2011, de: <http://www.laflecha.net/canales/curiosidades/noticias/una-mujer-se-quita-el-pecho-por-miedo-a-padecer-cancer>
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1980/2002). Deleuze, G., & Guattari, F. (2008). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152-170.
- Foucault, M. (2002). Clase del 10 de marzo de 1976. En *Defender la sociedad* (2ª Ed.) (pp. 197-237). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- García Bacca, Juan (1990). *Nueve grandes filósofo contemporáneos y sus temas. Bergson, Husserl, Unamuno, Heidegger, Scheler, Hartmann, W. James, Ortega y Gasset, Whitehead*. Barcelona: Anthropos.

- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Latour, B. (1988). *The pasteurization of France*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Law, J. & Mol, A. (1995). Notes on Materiality and Sociality. *The Sociological Review*, 43, 274-294.
- Le Blanc, G. (2004). *Canguilhem y las normas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. En J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and after* (pp.74-89). Oxford: Blackwell Publishing.
- Revel, J. (2009). *Vocabulario de Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rose, Nikolas (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1–30.
- Rose, Nikolas (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *The Sociological Review*, 57(Suppl.), pp. 66-83.
- Stengers, I. (2002/2011). *Thinking with Whitehead. A free wild creation of concepts* (Trad. Michael Chase). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Tirado, F. & Castillo, J. (2011). Oncoguías-ontoguías: protocolos, panoramas y prehensión en el tratamiento del cáncer. *Athenea Digital*, 11(1), 129–153.
- Tirado, F. & Domènech, M. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *Revista de Antropología Iberoamericana. AIBR*. Extraído el 5 de Febrero, 2010, de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=62309905>
- Tirado, F., Gálvez, A. & Castillo, J. (2012). Movimiento y regímenes de vitalidad. La nueva organización de la vida en medicina. *Política y Sociedad*, 49(3), 571-590.
- Whitehead, A. N. (1929/1956). *Proceso y realidad*. Buenos Aires: Editorial Losada S.A.
- Williams-Jones, B. & Graham, J. (2003). Actor-Network Theory: a tool to support ethical analysis of commercial genetic testing. *New Genetics and Society*, 22(3), 271–296.