

# La presión arterial como entidad múltiple: un ensamblaje de prácticas y materialidades

Arterial blood pressure as a multiple entity: an assemblage of practices and materialities

Jorge Sotelo-Daza<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**Objetivo:** El presente artículo se centra en develar dónde y cómo se construye la presión arterial, una entidad de la biomedicina que funge como un actante no humano y determina dinámicas de la vida cotidiana de las personas. **Métodos:** Estudio cualitativo, etnográfico. Se tomaron relatos logrados a través de la conversación con siete cuidadores de salud y 28 personas con presión arterial alta de la ciudad de Popayán Colombia a través de la identificación y seguimiento de prácticas y la recuperación conceptual de saberes. Se utilizaron entrevistas a profundidad, un diario de campo y observación participante enmarañados en una praxiografía. Se asumió el concepto de multiplicidad considerando que la realidad se multiplica de acuerdo con las diferentes formas en que se pone en acción en diferentes escenarios donde es construida en y por las prácticas. **Resultados:** La presión arterial emergió como una entidad múltiple en cinco escenarios de la cotidianidad: individual, familiar, comunitario, cuidadores de salud y el sistema de salud. Es construida como resultado de prácticas por el efecto de la interacción entre entidades humanas y no humanas, discursos, personas, objetos y materialidades que se ensamblan y hacen posible su existencia. **Conclusiones:** La presión arterial se construye (pone en acción) a partir de múltiples prácticas reuniendo entidades de naturaleza heterogénea en diferentes escenarios de la cotidianidad. Hace referencia a una entidad no humana que no tiene una existencia única, por el contrario, es múltiple, dejando de ser un concepto biomédico fijo y estable.

*Palabras clave:* Presión arterial; prácticas; multiplicidad; estudios sociales de la ciencia y la tecnología, materialidad.

## ABSTRACT

---

**Objective:** This article focuses on revealing where and how blood pressure is constructed, a biomedical entity that functions as a non-human actant and determines the dynamics of people's daily lives. **Methods:** Qualitative, ethnographic study. Reports obtained through conversation with seven health caregivers and 28 people with high arterial blood from the city of Popayán, Colombia, were taken through the identification and monitoring of practices and the conceptual recovery of knowledge. In-depth interviews, a field diary and participant observation entangled in a praxiography were used. The concept of multiplicity was assumed considering that reality is multiplied according to the different ways in which it is put into action in different scenarios where it is built in and by practices. **Results:** Arterial blood emerged as a multiple entity in five scenarios of daily life: individual, family, community, health carers and the health system. It is built as a result of practices by the effect of the interaction between human and non-human entities, discourses, people, objects and materialities that are assembled and make their existence possible. **Conclusions:** Arterial blood is constructed (enactment) from multiple practices gathering entities of

---

Recibido el 25 de junio de 2021. Aceptado el 20 de septiembre de 2021.

1 Doctorando en Antropología. Magíster en Salud Pública. Profesor Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, Colombia. Correspondencia a: jorgesot@unicauca.edu.co

a heterogeneous nature in different scenarios of everyday life. It refers to a non-human entity that does not have a unique existence, on the contrary, it is multiple, ceasing to be a fixed and stable biomedical concept.

*Keywords: Arterial pressure; practices; multiplicity; social studies of science and technology; materiality.*

## **INTRODUCCIÓN**

Develar dónde y cómo se construye la presión arterial en los diferentes escenarios en los cuales las personas caminan la cotidianidad, pasa por abordar esta entidad como el producto de una articulación de elementos heterogéneos y no solo desde una categoría como problema de salud. El estudio da cuenta del análisis de diferentes escenarios y prácticas donde la presión arterial (PA), un objeto creado por la biomedicina, se construye, se moldea, se hace, se pone en acción en y por las prácticas que lo contienen (Ibáñez, 2017) reconociendo diferentes versiones que lo hacen en esas prácticas limitando el predominio de una concepción como un objeto unívoco, coherente y estable.

En el estudio participaron personas que habían sido diagnosticadas por la biomedicina como “pacientes con presión arterial alta” o “hipertensas” con las cuales se reconstruyó desde una mirada etnográfica las rutinas y prácticas que se llevan a cabo en diferentes campos de información de la cotidianidad<sup>2</sup> (Portela y Portela, 2018) entre ellos hospitales, farmacias, entidades administrativas del sistema de salud, tecnologías, comunidades, grupos de ayuda, hogares, entre otros, donde se construyen sentidos e interaccionan personas, saberes y prácticas en la ciudad de Popayán Colombia.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) la PA se crea por la combinación de la fuerza del corazón que bombea la sangre a la circulación contra las paredes arteriales, el volumen sanguíneo y la elasticidad de las arterias. Es un indicador esencial del estado fisiológico y funcional. Su medición constituye un parámetro para la detección de personas con hipertensión,

un padecimiento considerado como el “asesino silencioso” (World Health Organization, 1999). Se diagnostica tomando como referencia desviaciones numéricas en lugar de síntomas (Greene, 2006) y se trata de forma preventiva antes de que se presenten signos manifiestos.

Esta definición deja ver una perspectiva del entendimiento biomédico y moderno sobre el cual se reproducen formas hegemónicas de tratamiento y de contacto continuo con los servicios de salud. En su abordaje clínico se movilizan protocolos de atención replicados en personas con desviaciones de la PA. Se privilegian las dinámicas biologicistas como determinante de la salud y la enfermedad desde lo individual. Se configura por el actuar y las necesidades del personal de salud dedicados a brindar servicios asistenciales donde prevalece una lógica curativa y su paradigma de acción es la atención individualizada. La anterior mirada deja de lado aspectos históricos, culturales, sociales, políticos y económicos considerando a los sujetos aisladamente donde prevalece el daño corporal como síntoma.

Ahora bien, ¿Qué pasaría si lo consideramos de otra manera?, ¿qué tal si vemos a la PA como una entidad que se construye como resultado de una elaboración desde la materialidad<sup>3</sup> y no solo desde el comportamiento anatomo-fisiológico?

Desde esta mirada, no busco describir lo que la PA es, tampoco cómo se trata, sino cómo y dónde se construye en los diferentes escenarios donde interactúa con diferentes actores, qué otras formas adquiere, lo que hace, en lo que se transforma, en lo que convierte a los seres humanos dentro del proceso de relaciones salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992) donde la realidad se visualiza como constantemente en movimiento y siempre en incesante auto transformación y se ve el mundo en términos de “convertirse” en lugar de “ser” (Deleuze y Guattari, 2004).

Para alcanzar el propósito de develar el dónde y cómo se construye la PA, el estudio se referenció en aspectos de la teoría del Actor-red (TAR)<sup>4</sup> que plantea que los objetos, las máquinas, los conceptos, los animales, las entidades, los humanos y

2 De acuerdo con Portela, los campos de información permiten estudiar la relación entre los saberes y prácticas de la salud locales –“propias”- y el saber biomédico. Da cuenta de los saberes y percepciones de las personas que han vivido la experiencia de enfermedad en sus contextos culturales.

3 Materialidad hace alusión a una forma de pensar sobre lo material en la que es tratado como un efecto relacional continuamente promulgado. La implicación es que los materiales no existen en y por sí mismos, sino que son generados infinitamente y, al menos potencialmente, remodelados (Law, 2020).

4 La TAR ha asumido que las ‘cosas’ son entidades que actúan posibilitando poner en tensión el entendimiento de la política como un aspecto que obedece exclusivamente a humanos. Por otra parte, da relevancia a la capacidad de las cosas para hacer política. Los actores jamás actúan solos, dado que todos los actores dependen de la red de la que hacen parte y a la que ayudan a formar (Callon, 1986).

los no humanos realizan acciones y por lo tanto tienen agencia<sup>5</sup> y en ese accionar se dan equivalencias en la generación de relaciones tanto de corte material como del discurso, produciendo correlaciones entre seres e ideas y el reconocimiento de agentes subyugados por el relato moderno (Law, 2009). Desde este movimiento intelectual se plantea que la realidad es el producto de la realización de acciones rutinarias que se materializan por la continua interacción de entidades humanas y no humanas y en ese sentido la realidad no se asume como hecha sino que la realidad se hace, en palabras de Mol se performa, se enactúa (Mol, 2003, Law y Lien, 2013). Estos autores muestran que la realidad es múltiple, es decir, está hecha de diferentes formas, capas o versiones que se entrelazan, así la multiplicidad viene a ser el surgimiento de diferentes realidades que se van conectando y se van haciendo con las prácticas en unos escenarios definidos. Así lo que investigamos en el campo de lo social hace alusión a la indagación de co-funcionamientos, entramados de relaciones, mezclas heterogéneas, procesos de producción, ensamblajes<sup>6</sup> que se consideran como resultados particulares y específicos definidos por asociaciones complejas siempre en continuo movimiento (Latour, 1999).

Al incorporarse el estudio de los objetos y entidades en estos mundos materiales, se da un relevante movimiento donde los asuntos epistemológicos transitan hacia cuestiones de tipo ontológico y es desde esta perspectiva con la que encaré la investigación. Si la PA y su realidad se hace múltiple, es diferente y a la vez relacional, es decir, se hace con y a través de diferentes prácticas que se van relacionando, y permiten la emergencia de otras versiones, estaríamos frente a una ontología múltiple de esta entidad (Mol, 2002).

Así las cosas, se trata de entender a la PA no como un objeto unificado sino como múltiple en y por diferentes prácticas donde diferentes versiones están relacionadas entre sí y “son más que una y menos que muchas” (Strathern, 1991). Esas diferentes versiones se encuentran relacionadas de alguna manera y son el resultado de todo un

trabajo de coordinación de numerosas prácticas. La multiplicidad viene a ser la emergencia simultánea de realidades diferentes pero conectadas que se hacen con las prácticas en contextos determinados en los que intervienen entidades de naturaleza heterogénea (Mol, 2002).

Desde este lugar de enunciación, mi interés es propiciar una perspectiva crítica que deleve categorías de la PA como productos de la vida social dando cuenta de trayectorias donde el saber experto se disputa desde diversas formas de pensamiento alineado con lo que plantea Martínez (2008) “*cuanto mayores son los avances médicos y cuanto más destacado es el desarrollo biotecnológico, más necesitamos de teorías sociales que nos inviten a repensar la salud y la enfermedad en nuestro mundo desigual y diverso*”.

Por otro lado, se pone en tensión dinámicas propias del sistema de salud colombiano trazando un recorrido que permita reconstruir las rupturas y continuidades en relación con las formas de atención de los padecimientos relacionados con la PA y su proceso de medicalización y tratamiento. Si la PA es múltiple, es contingente, temporal y variable, en ese sentido, nos lleva a un cuestionamiento de orden político (Mol, 1999) donde se ve inmersa en disputas de poder y autoridad.

En el desarrollo de la investigación, se rastrearon lecturas desde la antropología y los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (CTS), aperturando interrogantes y dudas para explorar rupturas epistemológicas (Karczmarczyk, 2013), transformando la mirada, ampliando horizontes y vislumbrando nuevas trayectorias que ajusten la visión del mundo. Reconocer prácticas de conocimiento diversas nos exige explorar territorios epistemológicos que enriquezcan los debates sobre todo si consideramos que todo conocimiento es parcial, limitado y se encuentra situado<sup>7</sup> (Haraway, 1995).

De este modo, la investigación aporta al reconocimiento de la realidad múltiple de la PA, es decir, la multiplicidad de versiones en las que esta entidad existe, al cuestionamiento de su aparente uniformidad, simpleza y estabilidad y a la afirmación de que el campo tiene mucho que decir sobre prácticas comunes y aparentemente resueltas.

5 La agencia hace referencia a la capacidad que tienen tanto los humanos como los no-humanos de generar una serie de acciones en una red; en consecuencia, cualquier actante, humano o no, tiene agencia. (Latour, 2004).

6 Un ensamblaje es el proceso de “agrupación, de montaje, o mejor, de recursivo auto-montaje en la que los elementos puestos en conjunto no tienen forma fija y no pertenecen a una lista predeterminada, pero que están contruidos al menos en parte en la medida en que están enredados en conjunto” (Law, 2020). Latour (2005) plantea que ensamblar hace referencia a cómo lo social es producido por medio de asociaciones entre entidades humanas y no humanas.

7 Conocimientos situados: “conocimientos parciales, locales y críticos” producidos por actores sociales en la base de su posición o localización en la sociedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La orientación teórica y metodológica se centró en elementos conceptuales de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (CTS) y el giro ontológico que examinan las formas en las que no solo se “hacen” las ciencias sino también, cuáles son sus objetos, sus preocupaciones, sus contradicciones, y cómo todas ellas se organizan y se ordenan en lógicas (Latour, 1988; Haraway, 1989). A través de diferentes abordajes y tensiones, han aportado a la problematización de la ciencia aperturando categorías para el análisis de las prácticas, la realidad y la multiplicidad. En los CTS confluyen e interaccionan diversas propuestas heterodoxas entre ellas la ontología múltiple de Annemarie Mol (2002) herramienta conceptual que emerge de la Teoría del Actor Red (TAR)<sup>8</sup> y de la cual se nutrió el presente estudio. Estos abordajes ponen en tensión las definiciones de cultura como epistemología y la deconstrucción de hegemonías de las diferentes dicotomías que ha impuesto el pensamiento occidental (Kohn, 2015).

Estas corrientes de pensamiento han logrado poner en tensión aquello que la ciencia da por hecho interpelando aspectos que se conciben como unidad y realidad (Latour, 2005). Toman en cuenta a la actividad científica como una práctica social y cultural que aporta a eliminar las divisiones entre naturaleza y cultura, ciencia y cultura, ciencia y sociedad planteando una “rebelión contra la simplificación” (Ibáñez, 2017; Law y Mol, 2002).

En las relaciones y los análisis ontológicos las prácticas son preponderantes pues la realidad de las entidades se hace en y con ellas. Las prácticas se definen como entramados de relaciones entre entidades de diversas características que se dan en contextos específicos (Law y Lien, 2013), corresponde a acciones que ocurren momento a momento a través de movimientos que se repiten. Desde el análisis de las prácticas, se muestra cómo los objetos adquieren identidades variables y múltiples y se explica cómo la práctica depende en gran medida del modo en que estas identidades se ensamblan, coordinan y se descomponen.

Desde estas dinámicas surge el concepto de *en-actment* - *poner en acción*- (Mol, 2002; Ibáñez, 2017)

el cual plantea que los objetos no están allá afuera, esperando a ser conocidos con herramientas epistémicas, sino que los objetos se construyen, se moldean o “se hacen” o “se ponen en acción” en y por las prácticas que los contienen. Ahora bien, el conocimiento de los objetos no depende de una cuestión de perspectivas, sino de diferentes versiones que lo hacen en la práctica y es susceptible de ser actuado. Lo múltiple no es sinónimo de pluralidad (Mol, 2002), en un mundo plural existen realidades únicas además de interpretaciones diversas sobre una misma realidad que se formulan de manera discursiva; la multiplicidad, por el contrario, emerge de una manera diferente, en ella los objetos en la realidad tienen por ellos mismos una identidad diversa ya que se configuran a través de prácticas diferentes las cuales no necesariamente pasan por el discurso (Mol, 2002).

Tomarse en serio las prácticas analizando cómo construyen objetos, nos dan pautas para identificar cómo estos están “constituídos” así mismo nos permite conocer “en qué relaciones espaciales son enactuados” (Law y Mol, 2002). Adquiere relevancia que los objetos producto de la acción se encuentran permanentemente en proceso de hacerse y por esta razón, las entidades están en continuo devenir (Deleuze y Guattari, 2004).

En la investigación no me enfoqué en analizar las perspectivas de médicos y pacientes a cerca de la PA, sino que me ocupé del objeto en sí, cómo se practica en la realidad en un contexto del sistema de salud colombiano poniendo en primer plano aspectos prácticos, materialidades y acontecimientos. Ahora bien, no se trató de excluir las perspectivas de médicos y pacientes pues estos son narrativas que están dando forma a una perspectiva desde su lugar de enunciación, sin embargo, en lugar de enfatizar la diferencia de apreciaciones que las personas involucradas atribuyen a este contexto y al objeto, lo que se hizo fue destacar la colaboración entre ellos.

### De la etnografía

En el ejercicio etnográfico me referencio en *la praxiografía* (Mol, 2002) considerada como un tipo de etnografía que toma en cuenta la interpretación de los significados de lo que la gente dice y los hechos que vivieron incluyendo la amplitud

8 La TAR es una comprensión del mundo que asume una lectura anti-esencialista donde las dicotomías tecnología/sociedad, humano/no humano, en vez de separarse, se unen y se analizan simétricamente como co-participes de una red (Latour, 2005). Rastrea la semiótica de las prácticas y de la materialidad y su relacionalidad de diversas entidades, partiendo de la idea de que estas son producidas en relaciones (Law, 1999). Callon (1986) afirma que la TAR es un actor que interconecta aspectos heterogéneos en una red con potencialidad de transformar aquello de lo que está hecha, así la ciencia es una obra heterogénea donde lo social, material, técnico, textual y discursivo se entretreje, se asocia, y transforma mutuamente.

de los agentes involucrados, las instituciones y las prácticas diarias en un lugar determinado y las materialidades movilizadas para la construcción de realidades. Hace énfasis en lo que los interlocutores piensan de un objeto en particular y también hace una valoración de sus acciones y el proceso de producción de múltiples versiones de la misma realidad porque es a través de las prácticas que se realizan los objetos de investigación. Es solo en la acción que “algo es, que algo llega a existir” y es verdaderamente conocida la realidad (Mol, 2002).

Si bien en una praxiografía no es posible mapear un campo totalmente, lo que sí es posible, según Mol (2002), es intentar seguir las prácticas por los caminos que recorre y busca vínculos y conexiones entre ellos. Latour (2004) refuerza este argumento planteando que “las prácticas no están en todas partes, están en alguna parte”. En la praxiografía se observan prácticas, se analiza el entorno donde se desarrolla esta práctica y sus materialidades, sin embargo, no es pretensión totalizar o agotar las prácticas a las que me voy a referir.

Se tuvo contacto con sujetos sociales activos (SSA)<sup>9</sup> entre ellos médicos generales, enfermeros y pacientes con diagnóstico de presión arterial alta (7 y 28 personas respectivamente). El trabajo de campo se llevó a cabo por cerca de dos años (2019-2020). Los campos de información lo constituyeron hogares de las personas, consultorios en hospitales de primer nivel de atención, unidades de cuidado intensivo, instituciones que administran procesos del sistema de salud y escenarios comunitarios en Popayán, una ciudad al sur occidente de Colombia. En cada uno de los campos de información se contactó a los SSA de manera directa; en los hospitales en el momento de la consulta y posteriormente en su hogar. Tanto las instituciones como los SSA aceptaron participar en el estudio y dieron su aval a través de un consentimiento informado que leyeron y firmaron. La experiencia como profesional de salud por más de 15 años en diferentes instituciones del sistema sanitario, me permitió adentrarme en un “cosmos” (Latour, 2004 a) un mundo común conformado por actores institucionales, prácticas, discursos, personas y redes donde se movilizan y confluyen elementos heterogéneos, humanos y no humanos del sistema de salud, habitando en espacios sanitarios, el hogar de las personas y la comunidad.

Se tomaron relatos logrados a través de la conversación y el diálogo con los SSA para realizar la recuperación conceptual de saberes y prácticas (Portela y Portela, 2018). Se utilizaron entrevistas a profundidad, un diario de campo y observación participante. La información se procesó en Atlas. Ti 8.1, se codificó categorías de acuerdo con un manual de códigos. Se realizó un análisis temático y una matriz para facilitar la comparación transversal de los datos.

## RESULTADOS

A continuación, se describe el rastreo de las prácticas que las personas llevan a cabo en su cotidianidad en los campos de información seleccionados, se analiza el entorno donde se desarrollan tales prácticas y las materialidades con las cuales se ensambla para su construcción. En ese mismo sentido, se develan los escenarios *del dónde* se construye la presión arterial (emergieron cinco escenarios que cobraron sentido por su relevancia etnográfica) así como la participación de diferentes actantes que dieron indicios del cómo se dio esa construcción.

### Escenarios donde se construye la presión arterial

#### Escenario uno: Ensamblajes de la presión arterial desde lo individual

Hablar de la presión arterial con las personas que han sido catalogadas como “enfermas” por este padecimiento, requiere tomar en consideración diferentes versiones y formas que adopta esta entidad que van desde la percepción de algún signo o síntoma corpóreo, la aceptación de un diagnóstico, ajustes de los estilos de vida, pasando por las exigencias de un sistema de salud para lograr adquirir los insumos necesarios para alcanzar la estabilización de las cifras tensionales definidas por la biomedicina.

Para Libardo, un hombre de 78 años, el aumento de la PA fue un evento que cambió su vida. Percibe que fue “bautizado como hipertenso”, cuando el médico del seguro social lo diagnosticó meses después de ocurrir un suceso catastrófico en su familia. De allí en adelante, esta condición le llevaría a realizar ajustes en su cotidianidad y “vivir con la presión alta” tal vez para siempre pues este padecimiento no tenía cura. “[...] en la consulta

<sup>9</sup> Persona en cuyo interior habita parte de la sociedad y construye su mundo a partir de los materiales que la sociedad le brinda, más que de la estructura social misma (Moscovici, 1985).

*con el médico no me fue bien, traigo conmigo una intrusa que de ahora en adelante vivirá con nosotros” (SSA-010). Considerar a la PAA como incurable, fue percibida como una condena que genera dependencias terapéuticas “[...] el médico me dijo que tenía la presión alta y que ya tenía que tomarme las pastillas de por vida... es como una condena” (SSA-090).*

En este escenario uno, la presión arterial se construye a través del ensamblaje de diferentes entidades como el diagnóstico clínico que funge como un dispositivo de poder<sup>10</sup> y exige realizar adecuaciones en las prácticas de la cotidianidad. Las personas al ser rotuladas con diagnósticos biomédicos, entran a formar parte de un sistema sanitario demandante de gestiones a nivel individual y adecuaciones de su estilo de vida, así como la generación de dependencias terapéuticas que demandan el consumo habitual y sostenido de fármacos, realización de exámenes de laboratorio, así como procedimientos clínicos y paraclicnicos que pretenden la estabilización de la presión arterial. El involucramiento de estas materialidades hacen que converjan actantes<sup>11</sup> que configuran una realidad de la presión arterial como múltiple, diferente pero a la vez relacional a través de varias prácticas identificadas en el actuar cotidiano de las personas.

Presión arterial no se construye sin un cuerpo que la contenga, sin un cuerpo donde se mida en milímetros de mercurio sus niveles a través del esfigmomanómetro y el tensiómetro. Presión arterial se construye a través del reconocimiento de un rostro rubicundo, de un cuerpo que se percibe caliente como olas de calor, de unas pulsaciones cardíacas que hacen cimbrar el pecho, lo aprietan y produce ahogo y fatiga. Esta es presión arterial que se construye cuando se percibe en el cuerpo, tiene una capacidad de agencia y en ese sentido, cuando estos signos manifiestos aparecen se le da la posibilidad de existir, de ser, de hacerse.

La presión arterial surge como una entidad a través de relaciones e interacciones entre entidades heterogéneas dadas en prácticas específicas, sin embargo, desde la biomedicina esta “*se crea por la combinación de la fuerza del corazón que bombea la sangre a la circulación contra las paredes arteriales, el volumen sanguíneo y la elasticidad de las arterias y se define como un indicador del equilibrio fisiológico*” (OMS, 2020), desde esta mirada biomédica la presión se hace medible, cuantificable, evaluable, delimitada,

estandarizada incrustada en el relato moderno entendiendo como un todo singular y uniforme, sin embargo, en el presente escenario, se dan otras prácticas y relaciones que hacen a la presión arterial de otras formas.

Presión arterial existe en la relación y el ensamblaje de materialidades y otras entidades que se colaboran de tal manera que en ese relacionamiento unos no existen sin los otros, la presión arterial se hace con las fórmulas médicas que contienen las pautas del tratamiento para el consumo de fármacos, así como la disminución o eliminación del consumo de sal y grasas que hace aumentar la presión arterial. Estos actuantes son determinantes en el mantenimiento de las cifras tensionales, sin embargo, las prácticas de la cotidianidad sufren fracturas para la incorporación de las recomendaciones terapéuticas ocasionadas por el olvido del consumo de fármacos y su baja disponibilidad así como la equivocación de pastillas, percepción simple del sabor de los alimentos y la costumbre del uso de la sal.

La balanza y el metro junto con el esfigmomanómetro corresponden a materialidades que definen las conductas “apropiadas” de las personas, el peso en kilogramos, los centímetros del perímetro abdominal y las cifras tensionales develan el comportamiento del paciente y sus resultados producen ansiedad, estrés y altera los nervios. Así las cosas, estas materialidades dan la pauta para movilizar prácticas que van mucho más allá de concepciones biomédicas generando ajustes en su cotidianidad. [...] *a mí me ha ayudado muchísimo porque imagínese yo con mi presión arterial alta, yo amo la vida, yo me preocupo por mi droga, yo así no tenga la plata yo la voy a prestar, pero el chiste es que mi droga no me puede faltar” (SSA-090); [...] de la forma que la cuidó es cocinando simple, muy poquito, si es una coladita o chocolatico trato de que no esté muy dulce y de no darles cosas fritas ... cuando compro carne yo trato de que no esté gorda ... si la sopita tiene grasa, antes de servirles, le saco la grasa a un lado” (SSA-090).*

El uso del “agua bendita” para el consumo de fármacos, así como el contacto de las pastillas con imágenes religiosas y persignarse, hacen alusión a símbolos que construyen presión arterial para que en la intersección de un ser superior se logre mitigar o eliminar los resultados nefastos que podría generar una subida de presión. Dos actantes

10 Un dispositivo de poder hace referencia a un conjunto de estrategias y técnicas dirigidas a un disciplinamiento de los cuerpos y la regularización de la población (Foucault, 1976).

11 Un actante es “algo que actúa o cuya acción es otorgada por otros”, donde la acción no implica “la motivación de los actores individuales humanos, ni de los seres humanos en general”. Un actante es entonces “cualquier cosa a la que se le concede ser la fuente de acción” (Latour, 1996), puede ser humano o no, aunque en general es una combinación de ambas cosas.

adicionales emergen en los relatos y hacen alusión al licor y el tabaco fuertemente estigmatizados desde los escenarios clínicos como agravantes de los padecimientos, apreciación que define restricciones en las prácticas de su consumo “[...] *yo soy católica, yo tomo agua bendecida con la pastilla, yo creo mucho en Dios y todo me lo tomo en nombre de Dios...* (SSA-0190); “[...] *para poder yo estar bien que no me dé ninguna cosa mal, que todo sea en nombre del señor Jesucristo, y seguir luchando hasta que él diga no más ...* (SSA-0240).

El teléfono y las “redes sociales” aparecen como actantes en la solicitud de interacciones con el sistema de salud. Es a través de estas formas de comunicación como se tramitan solicitudes de atención para la valoración clínica, las llamadas e interacciones con estos actantes generan prácticas cotidianas para lograr agendar citas que, por la cantidad de personas que solicitan los servicios, se tornan inoportunas.

Un actuante que aparece en las relaciones del cuidar la salud incluye el consumo de plantas medicinales recomendadas por familiares y/o amigos referenciados en la herbolaria tradicional [...] *hay una que se llama cidra papa, eso es cosa natural... uno hierve la agüita y la va y la echa en rodajitas y la hierve y se toma el agua*” (SSA-090). El consumo de frutas ácidas se relaciona con la disminución de la PA “[...] *yo considero que el limón, consumir cosas ácidas, agua, yo creo que ayuda a bajar la presión*” (SSA-030). De otra parte, se ensambla la práctica de la actividad física como materialidad que favorece la salud y previene complicaciones cardíacas (infartos y derrames).

En suma, la presión arterial en el escenario individual es el resultado de la relación de un amplio rango de materialidades, es más que la presión arterial definida por las instituciones de salud, se corresponde con aquella versión que deriva de un conjunto de prácticas que suceden principalmente entre todo el conjunto de actantes que la construyen y en sí misma es portadora de agencia emergiendo como una multiplicidad de versiones, formas y estados en las que existe como materialidad y como práctica.

### **Escenario dos: Ensamblajes de la presión arterial desde lo familiar**

En el escenario de la familia, la presión arterial se construye a través de ensamblajes que involucran diferentes materialidades dispuestas en el hogar así como prácticas que llevan a cabo sus integrantes, ajustando dinámicas de la cotidianidad de acuerdo con las recomendaciones biomédicas y del estilo de vida.

Por una parte, el tratamiento farmacológico impone un discurso que involucra una serie de señales y símbolos que la familia debe reconocer y adoptar para apoyar su dispensación. El fármaco se erige como un actuante que tiene agencia determinando horarios, dosis, lugares y requerimientos para su consumo. Los integrantes de la familia se vinculan generando señales auditivas (gritos y alarmas), recordatorios visuales y gestiones administrativas para mantener disponibilidad del tratamiento. Consumir la terapia farmacológica pasa por varios ensamblajes de objetos y materialidades que se relacionan y preceden el acto de “tomar la droga”. “[...] *ya se tomó la de la presión?... era con el almuerzo, y la aspirina? ... la del colesterol en la tarde no?* (Diario de campo, 2020).

El núcleo familiar acude a prácticas que ajustan las formas de alimentarse de acuerdo con recomendaciones biomédicas (dietas) dirigidas a mantener la presión arterial. Materialidades como la sal, la grasa animal, la sopa, los fritos, son reorganizados y se ensamblan nuevas formas de consumo de las comidas, así mismo, la familia analiza el tipo de alimentos que consume y las técnicas de preparación, se concerta los alimentos a adquirir y los que no “[...] *si, los que estamos aquí nos adaptamos a la forma de comer y por ejemplo, aquí no tomamos sopa, como ella no puede, entonces no tomamos sopa*” (SSA-0250); “[...] *yo cocino yo misma, yo hago sencillita la comida, todos comemos simplón*” (SSA-090).

Construir presión arterial desde el escenario familiar hace referencia a mantener un contacto continuo con los servicios de salud a través del ensamblaje de fórmulas médicas, documentos administrativos, agendas, citas, resultados de laboratorio, mediciones de la presión arterial, insumos farmacéuticos, llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto e interacciones con la web requeridas para lograr consultas por los cuidadores de salud “[...] *si no fuera por mis hijos y nietos, realmente yo no pudiera con esto... ese poco de papeles y cosas que le piden a uno para que lo atiendan, lo embolatan*”.

La economía del hogar aparece como un actante. En el propósito de cumplir con los requerimientos que impone el sistema de salud y alcanzar los logros terapéuticos, los integrantes de la familia aportan dinero para resolver las necesidades de la dispensación de medicamentos, insumos, transportes, pagos parciales y exámenes excluidos del sistema “[...] *es muy difícil tener que sacar plata para cubrir todo lo que hay que hacer para que le den las citas y esas cosas... la familia me apoya mucho en eso*” (SSA-0210).

El acompañamiento de la pareja es fundamental en el cuidado de la salud “[...] *uuubh si no fuera por Trinidad, yo no estuviera aquí vivito, ella ha sido mi apoyo para llevar esto*” (SSA-010), la figura de la mujer como entidad cuidadora de la familia se impone en la consolidación de las formas de tratamiento y la prevención de alteraciones.

La herencia biológica es asumida como una causa de los padecimientos por parte de la familia, esta entidad al ensamblarse en una interacción social con el sedentarismo, la inadecuada alimentación y el consumo de alcohol y/o tabaco actúan en conjunto y definen la construcción de una presión arterial elevada. Así mismo, los problemas familiares, el estrés, la violencia y los nervios, aparecen como entidades que apoyan la construcción de la presión arterial.

### **Escenario tres: Ensamblajes de la presión arterial desde lo comunitario**

En este escenario la presión arterial se construye desde el ensamblaje de relaciones poniendo en acción versiones más amplias de la entidad. Los líderes comunitarios movilizados por el discurso de la presión arterial representan a las personas que habitan en barrios y veredas apoyando las gestiones ante diferentes instituciones para lograr la atención y la implementación de los tratamientos ya sea con la red de prestación de servicios de salud o con cuidadores propios que se disponen en el territorio.

Los amigos y vecinos actúan como apoyos en los procesos asistenciales y administrativos que exige la vinculación de un tratamiento de la medicina hegemónica. Aspectos de orden psicológico también reciben atención para la instauración de una conducta terapéutica “[...] *me decían, amiga tranquila, usted va a salir adelante, tranquila amiga, usted cuenta con nosotros... ellos me hacen sentir que están apoyándome ahora con lo que me pasó, ellos han estado muy, muy pendiente de mí*” (SSA-0180).

En la comunidad las personas recomiendan el consumo de plantas medicinales y otros tratamientos alternativos para quienes padecen PAA. Las recomendaciones del consumo de preparaciones caseras son frecuentes y se combina con las recetas médicas que brindan los cuidadores de salud “[...] *un señor dijo, usted no se olvide, usted siga hirviendo la cáscara de mandarina y tomate de árbol ... mi papá se curó sin cirugía con eso, dijo ya hará 15 años que no le volvió ... usted siga tomando que las aguas no le van a hacer malo*” (SSA-0230).

Los grupos de ayuda conformados por personas que comparten el padecimiento apoyan la

resolución de dudas y mitigan la ansiedad que genera la presión arterial alta “[...] *este grupo de hipertensos me ha ayudado mucho a salir adelante con esta enfermedad que me tocó*” (SSA-0260).

En suma, el ensamblaje de relaciones con vecinos, amigos, líderes comunitarios, procesos asistenciales, programas, tratamientos alternativos, apoyo psicológico, entre otros, se constituyen como materialidades que producen presión arterial desde un escenario amplio.

### **Escenario cuatro: Ensamblajes de la presión arterial desde cuidadores de salud**

Las materialidades como el esfigmomanómetro y el fonendoscopio son instrumentos para valorar los niveles de presión arterial, el resultado de las cifras se contrasta de acuerdo con estándares definidos en protocolos para determinar conductas terapéuticas. Es a partir de las cifras en milímetros de mercurio que marcan la presión sistólica y diastólica donde inicia el proceso de identificación de una PAA y conduce a tomar decisiones. Las cifras son el resultado de la combinación de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales, un brazalet con aire comprimido, un medidor y la producción de sonidos perceptibles a través de la membrana del fonendoscopio. La mirada identifica el momento y la marca donde la aguja señalizadora se mueve y hace un “*lup dup*” en los oídos del cuidador. Los ensamblajes de estas materialidades y las relaciones con el cuerpo interaccionan de manera articulada para construir presión arterial.

La reproducción de prácticas definidas en protocolos estandarizados de acuerdo con las cifras de tensión arterial aluden a un dispositivo de poder para el control de las personas. El protocolo como actante establece las pautas de tratamiento y consideraciones que deben asumir las personas para el logro de niveles adecuados de presión arterial. En este dispositivo se dan ensambles de relaciones farmacológicas, fisiológicas (exámenes de laboratorio), anatómicas (exámenes paraclínicos), socio culturales (adecuación de estilos de vida) y aspectos de lo normal y lo patológico que juegan un papel preponderante en la conducta de las personas.

Los cuidadores de salud llevan a cabo prácticas para la gestión de programas institucionales (otro dispositivo de poder) cuyo propósito está dirigido al logro de la adherencia a los tratamientos. El seguimiento continuo de las personas diagnosticadas genera diferentes esferas de intervención donde se ensamblan sistemas de información, bases de datos, reportes, pautas publicitarias, comunicados

en “redes sociales”, infraestructura informática y boletas de citación. La presión arterial adquiere una versión diferente en este ensamblaje de relaciones donde se da una reunión que convoca diferentes entidades humanas y no humanas “[...] necesitamos garantizarles también a los usuarios que no sean inasistentes, que no dejen sus medicamentos y que podamos constantemente tenerlos en control... identificamos inasistentes, esa parte para nosotros es muy importante, porque a ellos toca hacerles un seguimiento aparte, llamadas, saber por qué son inasistentes y por qué no han seguido su tratamiento ni han tenido adherencia a él” (SSA C010).

La relación médico-paciente en la consulta de control adquiere una connotación poco empática relegada a la revisión de parámetros fisiológicos sin trascender sobre aspectos emocionales de las personas. El escenario del consultorio médico convoca a diferentes entidades para construir presión arterial donde participan materialidades como computadores, documentos, resultados de laboratorio, balanza, metro, fonendoscopio, tensiómetro, fórmulas médicas, mediciones de peso, talla y presión arterial, historias clínicas y registros físicos y electrónicos.

En la Unidad de Cuidado Intensivo, la materialidad que construye presión arterial se ensambla de manera diferente. La interacción del cuerpo con las máquinas (respiradores, monitores de signos) la transforman en una línea que define un indicador de las funciones vitales. En este contexto, entidades humanas y no humanas interactúan a través de señales visuales y auditivas, los cuidadores de salud son sensibles a los “pitidos” e interpretan sus lenguajes; las conexiones de las máquinas con los cuerpos de los pacientes interactúan para monitorear señales de vida “[...] todos los monitores generan alarmas que indican cómo va el paciente ... en monitoria hemodinámica se ven ondas... una persona que está hipertensa o en crisis hipertensiva... se colocan alarmas sonoras porque está bajo unos medicamentos para que te indique si la presión está por encima de ésta, entonces suena ... uno escucha una alarma y uno dice esa alarma es de tal cosa, se vuelve tan habitual que uno reconoce las alarmas y sabe qué fue qué pasó”.

### Escenario cinco: Ensamblajes de la presión arterial en el sistema de salud

En el rastreo de las prácticas en este escenario, varios ensamblajes de entidades y materialidades se vinculan para construir presión arterial. Se pensaría que la singular y unívoca definición

de la presión arterial que da la biomedicina sería suficiente para incorporar procesos terapéuticos y lograr sus cometidos de estabilización de sus cifras, sin embargo, en este escenario se llevan a cabo interacciones que convocan a diferentes entidades heterogéneas que posibilitan la existencia de la presión arterial de otras formas.

Lograr mantenerse vinculado al sistema de salud para responder a sus exigencias y alcanzar un tratamiento para enfrentar los padecimientos, requiere de procesos transaccionales desde el sistema que deben asumir las personas directamente y que, a pesar de la autogestión, se reciben respuestas limitadas a sus necesidades de atención y entrega de insumos generando fracturas y discontinuidades del proceso terapéutico “[...] eso le cambia a uno la vida del cielo a la tierra, eso es complicado... a mí por lo menos, me cambió bastante... hay que estar yendo a tratamientos, a hacerse sacar los exámenes de rutina, estar pasando al médico” (SSA-080).

La interacción de los cuerpos con el sistema de salud apertura una esfera de relaciones entre actores humanos y no humanos, actantes y materialidades que se constituyen como nuevas formas de relación para lograr el propósito terapéutico, allí emerge la presión arterial como otras versiones. Los mecanismos de comunicación para acceder a servicios en hospitales y Empresas Promotoras de Salud (EPS)<sup>12</sup>, se ven limitados por largos tiempos de espera, intentos de llamadas telefónicas, el uso de teléfonos inteligentes y las “redes sociales” como Facebook, WhatsApp e Instagram, sin embargo, no todas las personas pueden acceder a estas tecnologías. Así las cosas, el contacto inicial con el sistema está determinado por el ensamblaje de entidades heterogéneas y materialidades necesarias para lograr acceder al proceso terapéutico “[...] pues si he tenido dificultades, hace como tres meses estoy en controles... eso es un problema porque uno radica los exámenes y le dan un número largote, uno llama y eso nadie contesta y los exámenes que apenas estoy sacando me los mandaron hace un mes” (SSA-210).

Las consultas por especialistas se perciben como uno de los servicios que genera mayor dificultad para la atención. En este procedimiento emerge un actante trascendental para la materialización de la prestación de los servicios: la *orden de apoyo*, un documento físico o digital que tiene agencia porque define a quién, en qué términos, cuándo y dónde se le garantiza una determinada atención. La orden de apoyo es generada por la

12 Empresas Promotoras de Salud (EPS) hace referencia a entidades privadas (aseguradoras del riesgo en salud) que operan en el sistema de salud colombiano y se encargan entre otras cosas, de gestionar el riesgo de las personas afiliadas, contratar con los hospitales y realizar seguimiento a personas y grupos de población para mitigar la morbilidad y la mortalidad.

EPS y aceptada o no por los hospitales y corresponde a una entidad no humana que agencia el tratamiento de la presión arterial.

Materialidades como fórmulas médicas, autorizaciones, afiliaciones al sistema de salud, e mail, mensajes de texto, autorizaciones, conceptos médicos, cartas de gerencia, entre otros, son ensambladas para lograr que las personas asistan al control de la presión arterial. A la vez, otros actantes humanos y no humanos como los cuidadores de salud, operadoras, recepcionistas, transportadores, la familia, acuden para lograr materializar los servicios que resolverán las necesidades “[...] *Abí es muy complejo porque el médico lo remite que le hagan algo, lo envía a la EPS y allá no hacen nada o lo devuelven porque falta alguna cosa, abí pasa un mes, cuando el médico lo corrige y lo vuelven a pasar abí, pasa otro mes y con cada cita ha pasado de tres a cuatro meses*” (SSA-0030).

Otras materialidades como las condiciones económicas de las personas para gestionar transacciones que exige el sistema de salud limitan la continuidad y el cumplimiento del régimen terapéutico “[...] *el transporte, claro es muy difícil... hay que tener sus 15 mil pesos para poder ir allá y venir y eso que, si lo mandan a un solo lado, pero si lo mandan como uno de aquí ir a recibir la droga allá y de allá volver otra vez acá y de allá para acá, imagínese*” (SSA-090).

De manera contundente emergen materialidades como los contratos que realizan las EPS y hospitales donde se define la red de prestación de servicios, los insumos y fármacos que requieren las personas. En estas esferas de interacción emerge un actante que prima en el sistema de salud sobre otras entidades de naturaleza heterogénea y hace alusión al dinero. Esta materialidad tiene agencia en la medida en que establece pautas para su mantenimiento y control de su escasez. Asumiendo discursos biomédicos como la “gestión del riesgo cardiovascular” y la “evitabilidad” se ensamblan procesos administrativos para mitigar los efectos fisiológicos y anatómicos que genera la exposición a la presión arterial alta. Estos procesos se crean para disminuir los costos que generan las atenciones de pacientes con complicaciones en hospitales de mayor complejidad que requieren usar dispositivos médicos de alta tecnología, productos farmacéuticos y procedimientos especializados de mayor costo.

Ciertos servicios no son autorizados por la EPS y se interponen acciones de tutela, un actante que emerge desde el sistema judicial para lograr autorizaciones y acceder a los servicios. Su emergencia se da por la convocatoria de diferentes entidades como la historia clínica, órdenes médicas, facturas,

solicitud de las personas y un documento donde la EPS niega los servicios “[...] *yo he colocado tutela... porque no me quisieron autorizar unos exámenes ... el nefrólogo me mandó unos exámenes para ver cómo estaba, a él le da miedo que de pronto se me vayan a dañar los riñones*” (SSA-0180).

Existen materialidades que se deben ensamblar de manera previa para lograr las atenciones en el sistema de salud: trámites de autorizaciones, solicitudes de manera personal a las entidades de salud, sometimiento a filas, a contextos urbanos inseguros, a negaciones de servicios, pagos de cuotas, transportes, aprobaciones de documentos, entre otros, son entidades de naturaleza heterogénea que se vinculan en la existencia de diferentes formas de presión arterial y estas prácticas permiten su emergencia “[...] *me iba a las 5:30 de la mañana a hacer cola, a veces no me aguantaba tanto de estar parada, no había donde sentarse y el dolor de la columna y las piernas no me lo aguantaba, se me empezaban a hinchar ... muchas veces uno sin comer nada ... desde hace un año radiqué papeles y hasta el sol de hoy no me han dado respuesta*” (SSA-180).

La presión arterial como entidad hace alusión a la convergencia de actantes que la construyen y los productos de la acción que la constituyen, en este sentido, se entiende como el resultado de relaciones que se establecen entre actores humanos como no humanos, personas y objetos. La presión arterial como entidad participa, es y está en relación con otras entidades, objetos y actantes que le dan vida desde las prácticas. Así las cosas, la presión arterial es una entidad que surge etnográficamente a partir de las prácticas que se generan en los escenarios donde se abordó el estudio, deja de ser un concepto biomédico fijo y estable, para convertirse en algo que debe hacerse, que está en continuo devenir frágil y contingente, producto de la interacción de heterogéneos (Deleuze y Guattari, 2004).

## DISCUSIÓN

---

En los campos de información estudiados, la presión arterial (PA) adquiere una relevante importancia en la coexistencia de diferentes versiones. La forma biomédica de esta entidad trasciende y se apertura a otras realidades. PA es el resultado de ensamblajes entre entidades humanas y no humanas y deriva de un conjunto de prácticas. Mol (2002) plantea en términos análogos en el estudio de la arteriosclerosis, que la enfermedad como una realidad puede ser construida por diferentes actores, escenarios y saberes

en una convergencia de prácticas específicas. Una cosa es un médico patólogo valorando una disección arterioesclerótica bajo un microscopio en el laboratorio y otra diferente es un médico general examinando limitaciones al caminar en un paciente con arteriosclerosis.

La PA adquiere diferentes definiciones, de manera que surgen inconvenientes para lograr nombrar una entidad que en la práctica es más que uno, pero menos que muchos (Strathern, 1991). En ese sentido, se define una ontología de la PA. Esta ontología conduce a la puesta en escena de otras prácticas, otro conjunto de relaciones que hacen PA de otras formas. Por ejemplo, en la interacción PA y esfingomanómetro, hacer PA es crear un diagnóstico clínico; en la interacción PA y sistema de salud, hacer PA es construir un dispositivo de poder para tratar personas; la asociación PA y percepción de signos o síntomas, hacer PA es una amenaza; o la vinculación PA y bases de datos, hacer PA es generar procesos transaccionales y mercantilistas biomédicos. Martínez (2016) plantea en su trabajo sobre la ontología del cuerpo, cómo emerge una entidad múltiple (cuerpo en atomización) donde uno es muy poco y dos son demasiados apreciando cómo emergen estructuras corporales desde sus distintas propiedades y particularidades incluyendo el nombre que las identifica encarando una cuestión de tipo ontológico y no epistemológico.

La PA sufre transformaciones y modificaciones a lo largo de su construcción, resulta inadecuado describirla de manera unívoca como un simple objeto biomédico. Es el resultado de lo que se va haciendo, es en lo que se va transformando, en la medida en que se va ensamblando va ganando en existencia desde las distintas prácticas que le dan su forma. Estas prácticas le asignan capas de realidad que se vuelven más densas en la medida que se hace inmersión en los diferentes campos de información. Es una condensación de elementos, una acumulación de pliegues, una envoltura. Ibáñez (2014) en el estudio etnográfico de las grasas, plantea desde el análisis de las prácticas epistémicas que esta entidad no es singular y lo que ha ocurrido es que se ha limitado la exploración de los diferentes “mundos de la grasa”. Ibáñez toma distancia de categorías biomédicas para rastrear y ver esta entidad como un compendio amplio de relaciones donde la univocidad desaparece.

Rastreada de cerca, la PA resulta ser diferentes cosas en distintos momentos y lugares, de acuerdo con el tipo de entidades o situaciones a las que se ve enfrentada. La PA opera como un proceso

de coordinación que promueve la convergencia de actividades, escenarios, significados, propósitos, agentes y dispositivos diversos en realidades singulares. Abordajes homólogos describen Castillo et al (2012) cuando recrean el cáncer a través de entramados de relaciones heterogéneas rastreándolo como un objeto biomédico y analizando desde dinámicas socio-materiales identificando los varios actores que participan en su promulgación.

El conocimiento de la PA no depende de una serie de perspectivas sino de diferentes versiones que la hacen en la práctica y es susceptible de ser actuada (es una cuestión ontológica). El asunto no trata de pluralidad (no es una realidad única) ni de interpretaciones diversas de esa realidad, sino que es múltiple, es decir, la PA en la realidad tiene por sí misma una identidad diversa configurada por prácticas diferentes. La PA deja de ser vista como fija, pasiva, inerte para trascender y llegar a ser y a desaparecer simultáneamente con las prácticas que la constituyen. Diferentes autores (Ibáñez, 2014; Mol, 2003; Castillo et al, 2012; Mol, 1999) en sus investigaciones de diferentes objetos no realizan una distinción de perspectivas sobre el mismo objeto, sino que agudizan su mirada sobre las realidades que emergen de esa entidad y en esa medida adquieren una constitución propia donde los objetos se hacen reales a partir de las prácticas.

En los diferentes escenarios no se comparte necesariamente la misma entidad PA a pesar de que le den el mismo nombre. Se *ponen en acción* (Mol, 2002) versiones diferentes de PA que en ocasiones encajan, pero pueden contradecirse entre sí. Pueden incluirse la una en la otra. Probablemente se colaboren o quizás algunas se unan a otras para producir objetos nuevos; puede que se mantengan separadas una de la otra, o tal vez choquen. Las dinámicas de los campos de información no son solo parte de la biomedicina, sino que todo el entramado de conocimientos, técnicas, cuidadores de salud, personas, máquinas, discursos, materialidades y políticas están posibilitando la entidad PA. En ese sentido la PA es *performada*, no existe más allá de los agentes que la están poniendo en acción, cuando estos agentes dejan de actuar, ésta desaparece. Esta serie de movimientos los describe de manera creativa Mol (2002) en su trabajo etnográfico de la arteriosclerosis en un hospital holandés.

Si la realidad de la PA es múltiple, nos encamina a un cuestionamiento del orden político (Mol, 1999) al encontrarse en disputas de poder y autoridad en el sistema de salud colombiano

donde la PA como entidad tiene agencia y moviliza “lo social” en términos de construcción de discursos, percepciones, respuestas y prácticas para el cuidado de la salud.

### **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

En la medida en que se profundizó en el entramado de relaciones que construyen presión arterial (PA), se lograron narrativas más precisas y amplias que van mucho más allá de aspectos biomédicos. PA es una entidad que surge como resultado de la interacción entre personas, familias, consultorios, hospitales, cuerpo humano, máquinas, bases de datos, monitores y otras entidades que muestran su accionar como parte de las dinámicas de los campos de información.

Aquello que se denomina PA no corresponde a una sola cosa con muchas interpretaciones posibles, sino que es muchas cosas a la vez, cada una de ellas producto de un entramado de prácticas y relaciones que la están poniendo en acción. Sin embargo, estas múltiples “presiones arteriales” no son independientes, no son objetos distintos, sino que se encuentran en relación y se configuran como parte de una misma entidad.

Desde el análisis de prácticas situadas y la materialidad, la PA es una entidad que tiene agencia y nunca actúa sola, actúa enredada con toda una serie de objetos, relaciones y diversas materialidades.

Puesta la PA desde una clave ontológica para analizar su construcción en la cotidianidad de las prácticas, propone problematizar la forma tradicional de hablar de su existencia. Se va más allá de análisis positivistas que el relato biomédico ha posicionado permitiendo ampliar el reconocimiento de entidades y objetos subyugados por el discurso moderno. El análisis ontológico plantea hacer trascender una conceptualización plural donde hay varias formas de ver las cosas a una conceptualización de multiplicidad donde se habla de realidades múltiples compuesta por mundos diversos.

La investigación se aleja de establecer aseveraciones en torno a la PA, por el contrario, plantea elementos para continuar el proceso de reflexión sobre nuevas maneras de comprender los campos de información donde esta se construye, así como los procesos de investigación desde enfoques multidisciplinares que nos acerquen a una forma ampliada de entender la multiplicidad de los objetos que analizamos, así como una mayor y mejor comprensión de la realidad en el entorno de los servicios y sistemas de salud.

### **REFERENCIAS**

1. Callon, M. (1984). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(1\_suppl), 196–233. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x>
2. Castillo, J., Tirado, F., Rosengarten, M. (2012). Una aproximación simétrica al cáncer de mama: heterogeneidad, regulación y corporización. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 12(3),163-185. [fecha de Consulta 30 de febrero de 2021]. ISSN: 1578-8946. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53724611010>
3. Deleuze, G., Guattari, F. (2004). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. 8ª ed. Valencia: Pre-Textos.
4. Foucault, M. (1976). La política de la salud en el siglo XVIII. En Michel Foucault, 1999, *Obras esenciales, Volumen II*. Madrid: Paidós.
5. Greene JA. (2006). *Prescribing by numbers: Drugs and the definition of disease*. Johns Hopkins University Press, 318 p
6. Haraway, D. (1989). *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.
7. Haraway, D. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En D. Haraway, *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
8. Ibáñez, R. (2014). *Bad to eat? Empirical explorations of fat*. (Tesis doctoral en Filosofía, Lógica y Estética). Universidad de Salamanca.
9. Ibáñez, R. (2017). “Enactment”. En E. Ortega Arjonilla, M. Rosón y R. Platero Méndez (Eds.). *Barbarismos queer y otras esdrújulas*, Barcelona: Bellaterra; p. 21-24.
10. Karczmarczyk, P. (2013). La ruptura epistemológica de Bachelard a Balibar y Pêcheux. *Estudios de epistemología*. En *Memoria Académica*. [Internet]. [Consultado 22 Febrero 2021]; (10), 9-33 Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.7329/pr.7329.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7329/pr.7329.pdf)
11. Kohn, E. (2015). *Anthropology of Ontologies*. *Annual Review of Anthropology* 44(1): 311-27.

12. Latour, B. (1988). *The pasteurization of France*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
13. Latour, B. (1996) "On actor-network theory. A few clarifications plus more than a few complications".
14. Latour, B. (1999). *La Esperanza de Pandora*. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia (Trad. Tomás Fernández Aúz). Barcelona: Gedisa.
15. Latour, B. (2004 a). *Politics of Nature. How to Bring the Sciences into Democracy*. Cambridge: Harvard University Press.
16. Latour, B. (2004 b) "How to talk about the body? The normative dimension of science studies" en *Body & society* N° 10(2-3)
17. Latour, B. (2005). *Assembling the social. An introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
18. Latour, B. (2005). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
19. Law, J. (1999). *After ANT: complexity, naming and topology*. En *Actor Network Theory and after*, 1-14. Editado por John Law y John Hassard. Oxford: Blackwell.
20. Law, J. (2009). *Actor Network Theory and Material Semiotics*, in B. Turner Ed., *The New Blackwell Companion to Social Theory*, Oxford, Blackwell Publishing, pp. 141-158.
21. Law, J. (2020). *Después del método. Desorden en la investigación en ciencias sociales*. Traductor Cristóbal Gnecco. Popayán, Editorial Universidad del Cauca, p.p 240 -269.
22. Law, J., Lien, M. (2013). *Slippery: Field notes in empirical ontology*. *Social Studies of Science*, 43 (3), 363-378.
23. Law, J., Mol, A. (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices, Science and cultural theory*. Durham: Duke University Press.
24. Martínez A. *Antropología Médica*. (2008). *Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
25. Martínez, S. (2016). *El cuerpo en anatomización. Práctica, materialidad y experiencia en el anfiteatro médico contemporáneo*. (Tesis doctoral). Universidad de los Andes. Bogotá.
26. Menéndez, E. (1992). *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo*. *Cuadernos médico sociales*, 59, 3-18 p.
27. Mol, A. (1999). *Ontological Politics. A word and some questions*. En *J. Law & J.*
28. Hassard (Eds.) *Actor-Network Theory and after* (pp. 74-89). Oxford: Basil Blackwell.
29. Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice, Science and cultural theory*. Durham: Duke University Press.
30. Mol, A. (2013). *Mind your plate! The ontornorms of Dutch dieting*. *Social studies of science*.; 43(3), 379-396.
31. Moscovici, S. (1985). *Psicología Social*, 2 Tomos, Barcelona, Ediciones Paidós, Tomo II.
32. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
33. Portela, H., Portela, S. (2018). *El arco, el cuerpo y la seña. Cosmovisiones de la salud en la cultura nasa*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
34. Strathern, M. (1991). *Partial Connections*. New York: Altamira Press.
35. WHO. *Guidelines Subcomite*. (1999). *World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the management of Hypertension*.; 17:151-68.