

## 04. Procesos de subjetivación en la atención de salud online

### *Subjetivation processes in online health care attention*

PATRICIA KARINA NATALIA SCHWARZ  
Universidad de Buenos Aires  
CABA, Argentina  
patriciakns@yahoo.com.ar

*Letra. Imagen. Sonido* L.I.S. Ciudad mediatizada  
Año VIII, #15, Primer semestre 2016  
Buenos Aires ARG | Págs. 73 a 88  
Fecha de recepción: 19/3/2016  
Fecha de aceptación: 24/5/2016

¿Qué dimensiones de la subjetividad compromete una interacción online entre pacientes y médicos?, ¿cómo se reconfiguran las relaciones de poder entre estos actores en este nuevo escenario?, ¿cómo opera el espacio virtual en tanto locus de subjetivación? Estos son los interrogantes fundamentales en torno a los cuales se desarrolla este trabajo; parte de considerar la especificidad de las relaciones virtuales en tanto forma de sociabilidad y tipo de producción de significados, por medio de un nuevo lenguaje y prácticas que estructuran cuerpos y subjetividades en el campo de la gestión de la salud individual y colectiva. Se trata de un fenómeno geopolíticamente situado, el ciberespacio se manifiesta también en la materialidad de los satélites, cables y hardware que tienen propietarios y creadores; asimismo, se trata de interpelaciones e interpretaciones mutuas en un marco integral de experiencia.

*Palabras clave: subjetivación ~ Internet ~ salud*

*Which dimensions of subjectivity are involved in an online interaction between patients and doctors?, how power relations between these actors are reconfigured in this new scenery?, how operates the virtual space as locus of subjectivity? These are the fundamental questions around which this work is carried out; by considering the specificity of virtual relationships as a form of sociability and a type of production of meaning, through a new language and practices that structure bodies and subjectivities in the field of management of individual and collective health. It is a phenomenon located geopolitically, cyberspace is also evident in the materiality of the satellites, cables and hardware that have owners and creators; also, it's about a mutual interpretations in a comprehensive framework of experience.*

Keywords: subjetivation ~ Internet ~ health

En la Modernidad Tardía, el sentido se desarrolla en el movimiento, en las secuencias de conexión entre diferentes fragmentos de mundo (BARICCO, 2008). De modo coherente con la impronta de cada era, los procesos socializadores en la Modernidad entrenaban en la administración del cambio y en la Modernidad Tardía desarrollan la creatividad para producir innovaciones constantemente (URRESTI ET AL, 2015). Estas lógicas coinciden y se refuerzan con la operatoria de las Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación —NTICs—<sup>1</sup>, las cuales son inherentes a este paradigma. Estas herramientas permiten la interconexión en red, personas que consultan sobre las enfermedades que padecen, sobre dudas acerca de problemas de pareja, sobre estrategias laborales, sobre la vida en general; sin embargo, a pesar de que pareciera que las redes son las protagonistas en estas prácticas, la unidad ontológica e interpretativa en las NTICs es el individuo, el yo. El uso individual dificulta, después de haberse constituido en hábito, la diferenciación entre la computadora y el sí mismo (TURKLE, 1995). Es interesante deconstruir esta paradoja y sus tensiones entre el yo y la red, pues, sin duda, sus implicancias conllevan importantes complejidades para la vida social como un todo y no como la mera suma de sus partes. Tal como afirma MANUEL CASTELLS (1999: 31): “El dilema del determinismo tecnológico probablemente es un falso problema, puesto que tecnología es sociedad y ésta no puede ser comprendida o representada sin sus herramientas técnicas”.

1 Preferimos el término NTICs en lugar de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) porque queremos explicitar con la palabra “nuevas” el hecho de que nos referimos a la computadora, Internet y telefonía celular a diferencia de otras TICs tales como el telégrafo o la radio.

Desarrollamos aquí entonces un análisis de la especificidad que las relaciones virtuales representan en tanto forma de sociabilidad y tipo de producción de significados, por medio de un nuevo lenguaje y prácticas que estructuran cuerpos y subjetividades en el campo de la gestión de la salud individual y colectiva.

En este sentido, CASTELLS (1999) se pregunta si la comunicación a través de la computadora no podría ofrecer la posibilidad de invertir los tradicionales juegos de poder en el proceso de comunicación. Considerando por ejemplo que una de las novedades de la sociabilidad online radica en que los usuarios de Internet son consumidores y productores a la vez (URRESTI ET AL, 2015). Sin embargo, observar que las brechas de diferenciación socioeconómica, étnica, etaria, geográfica, idiomática, generan y se refuerzan con las brechas digitales, permite suponer que por el momento no será así (SCHWARZ Y MENDES DIZ, 2013). Castells también afirma que las NTICs proponen un modelo cognitivo común, el problema aquí es que si se está por fuera de ese modelo la consecuencia es la marginación.

Esto puede observarse en los hallazgos de la Encuesta Nacional de Consumos Culturales y Entorno Digital —ENCC— (2013) realizada por el Sistema de Información cultural de la Argentina -Ministerio de Cultura de la Argentina-. La diferencia en cuanto a conexión y uso de Internet entre la población de nivel socioeconómico bajo y la de nivel socioeconómico alto es de aproximadamente tres veces. Los usuarios de nivel socioeconómico alto, medio alto y medio (95%, 87% y 78% respectivamente) y de edades más bajas (93% de 12 a 17 años) y habitantes de la región central del país son los que más utilizan PC. El porcentaje de uso en el siguiente rango etario (de 18 a 29 años) es del 90% y salta a 75% de 30 a 49 años. Entre aquellos que no usan computadora, la mayoría afirma que no lo hace porque no tiene el dispositivo (43%), le sigue en cantidad de casos la respuesta: porque no aprendí a usarla (29%). Estas dos respuestas son más frecuentes en los sectores socioeconómicos más desfavorecidos.

Asimismo, la computadora es el dispositivo tecnológico que más se extendió en los últimos tiempos en Argentina: el 71% de los argentinos tiene PC —en este dato podemos estar observando el impacto del ‘Programa Conectar Igualdad’ en el que el Estado distribuyó desde 2010 computadoras a alumnos de colegios de todo el país—, el 68% es usuario, el 65% se conecta a Internet y el 60% tiene conexión en su casa. El tiempo promedio de uso de la computadora es de 2 horas y media diarias.

Es de destacar el protagonismo del teléfono celular en los consumos digitales, el 24% de la población se conecta a Internet a través de los smartphones, y el 10% los usa para jugar videojuegos. De los contenidos que se consumen en Internet, las redes sociales se ubican primero, con un 57% de usuarios (46% de uso frecuente). Esta importancia de las redes sociales también se verifica al consultar las páginas más visitadas: Facebook queda primera con el 24% de menciones y Youtube segunda, con el 22%. Chequear mails, bajar música o escucharla online e informarse a través de diarios o de medios alternativos son también actividades muy frecuentes. El 56% se conecta habitualmente desde su casa y el 13% desde su trabajo, el 9% en casa de amigos o familiares y el 6% en la escuela o universidad. Si se considera Internet como un gasto cultural, en tanto que ofrece contenidos audiovisuales, musicales y escritos -y ya que, en gran parte, es por eso que la gente paga mensualmente por el servicio-; entonces puede decirse que el abono a Internet es el gasto más alto en materia de cultura.

Los sujetos de menor rango etario (12 a 17 años) son los que tienen conexión domiciliar a Internet en mayor proporción (71%), le sigue el rango de 18 a 29 años con el 72% de los casos. 9 de cada 10 menores de 30 años suelen usar Internet. La frecuencia de uso disminuye abruptamente a partir de esa edad (70% en el siguiente rango etario: 30 a 49 años). No hay diferencias en la frecuencia de uso de Internet según sexo.

## Internet y salud

Según MÓNICA PETRACCI Y SILVIO WAISBORD (2011), la articulación entre comunicación y salud es reciente; este campo creció en las últimas décadas desde perspectivas interdisciplinarias. Aparece como área de reflexión académica formal en Estados Unidos y algunos países europeos en 1960 y '70. La dedicación progresiva a lo comunicacional en salud en programas de salud oficiales, fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales, empresas privadas y el interés del periodismo redundaron en que sea frecuente la aparición de temas de salud en los medios y en la agenda de opinión pública. Estos autores afirman que una de las causas fundamentales del crecimiento de esta vinculación es la especialización y fragmentación de los estudios en comunicación así como también la importancia creciente que fue adquiriendo la salud como problemática pública. Como característica histórica estos autores aseguran que la comunicación se vuelve indistinguible de la educación y la promoción de la salud dentro de la consecución de objetivos específicos.

En el campo de la salud existen fenómenos virtuales que han concentrado la atención y preocupación de organismos de salud pública, así como de investigadores. Para abordar el análisis de las interacciones entre las personas y las NTICs en el área de salud, consideramos una relación de co-construcción de significados, de interpelaciones e interpretaciones mutuas en un marco integral de experiencia. De este modo, coincidimos con MÓNICA PETRACCI Y SILVIO WAISBORD (2011: 13) cuando afirman que:

Rescatamos una visión de la comunicación vinculada con el proceso de participación en la producción e intercambio de ideas y opiniones. No optamos por una visión ortodoxa “informacional/cibernética” de la comunicación que equipara a esta última con la transmisión de información. Tal enfoque, ciertamente muy influyente en la tradición de estudios de efectos de medios desde planteos psicológicos y computacionales comunes en Estados Unidos, ofrece una perspectiva mecanicista y limitada que ignora complejos procesos sociales y políticos de intercambio y formación de sentido social como así también de participación política. Información no es comunicación; puede ser un componente no excluyente de procesos comunicacionales. Tampoco suscribimos a visiones de la comunicación que enfatizan sus raíces etimológicas en el sentido de la búsqueda de lo común y la comunidad. Tales objetivos pueden ser alcanzados pero no son determinados a priori en el proceso comunicacional. Son una posibilidad, no una necesidad, de la comunicación (...) Por estas razones, creemos que la comunicación, como disciplina, contribuye con el análisis de la salud como fenómeno social (...) Tales focos analíticos remiten a problemáticas que dominan el interés de las ciencias sociales como el poder, la cultura, el orden, el conflicto, el estigma y la discriminación, y la formación de identidades, entre otros. Tal enfoque es necesario para superar el foco ‘campañista’ de estudiar comunicación/salud principalmente en torno a intervenciones comunicacionales durante períodos determinados. Las campañas

son una forma de intervención dentro de un contexto complejo y permanente de comunicación. No existen aisladas sino dentro de un conjunto de prácticas comunicacionales y conocimientos sobre salud a cuyo efecto sinérgico contribuyen.

Entre las vías comunicacionales posibles, en las últimas décadas Internet comenzó a resultar un vehículo útil para conseguir información sobre cuestiones vinculadas a la salud; en un segundo momento también permitió la atención de la salud online. Estas posibilidades que ofrece el ciberespacio resultan atractivas para atender el crecimiento de la demanda de atención a partir del progresivo envejecimiento de la población (JUNG, 2009), del costo de la atención/tratamiento de enfermedades de larga duración (ARMSTRONG, KOTEYKO Y POWELL, 2011) y de la medicalización/medicamentación/patologización de la vida cotidiana.

Otro de los objetivos que se quiso alcanzar con este tipo de iniciativas en el espacio virtual fue evitar inequidades en el acceso a la salud. Del mismo modo que en investigaciones cualitativas en Argentina (SCHWARZ Y MENDES DIZ, 2013), en relevamientos cuantitativos en EEUU, los investigadores observan que el solo hecho de que haya información en Internet no elimina las inequidades, las diferencias socioeconómicas trasladan las inequidades a las posibilidades de acceso a Internet y a la forma de utilizar este recurso (LUSTRIA, SMITH Y HINNANT, 2011).

Al mismo tiempo, para pensar la comunicación entre instituciones o grupos de salud y el público usuario de las páginas web es necesario considerar las alteraciones que los nuevos *cableados neuronales*, que genera el uso de Internet, producen en los comportamientos y formas de aprendizaje. Si los *cableados neuronales* para aprender información nueva están cambiando adaptándose a las operatorias cibernéticas, es necesario revisar su vinculación con las prácticas de las personas que buscan información sobre salud en Internet y los modos de difundir información en salud pública, por ejemplo, entre otras formas de comunicación en salud. Es necesario readaptar las lógicas de enseñanza en educación en salud a estas nuevas dinámicas neuronales también. Según estudios de la Universidad de Northumbria de Inglaterra, en el marco de búsquedas sobre algún tema específico, el tiempo promedio en que una persona entra en una página de salud antes de pasar a la otra es de dos segundos. Los expertos en neurociencias afirman que ello da cuenta del entrenamiento que las NTICs generan en el cerebro en nuevas maneras de aprendizaje, en formato de flashes rápidos y concentrados de infor-

mación que requieren, del mismo modo, una concentración rápida y fugaz (SMALL Y VORGAN, 2009).

Si bien cada vez está más difundido el acceso a información de salud online, garantizar su calidad y veracidad sigue pendiente. Diversas investigaciones dan cuenta de que en foros de salud los usuarios diseñan estrategias para mostrarse confiables y con información válida (ARMSTRONG, KOTEYKO Y POWELL, 2011). Muchas veces los *sites* de salud buscan lograr calidad de información con el objetivo de satisfacer la demanda del consumidor. En el contexto de aumentos exponenciales de los costos asistenciales en salud y la falta de accesibilidad de gran parte de la población mundial, sumado a la tendencia creciente de sumirse en las prácticas digitales online, hacen que las demandas en salud en Internet crezcan cada día. Así surgieron los *sites* especializados en salud, definiendo los carriles de una nueva salud pública, centrada en la estimulación de la capacidad de agencia, de empoderamiento en términos de los organismos internacionales y de la autorresponsabilización sobre la propia salud<sup>2</sup>. Al mismo tiempo, también surgieron páginas web con información incompleta e incluso incorrecta pero que publican y comercian con productos para la salud. Esto último generó dudas respecto de la ventaja educativa en salud en esos formatos. Así, las demandas de los usuarios en los últimos años han mutado, valorando la opinión calificada de especialistas, sobre todo aquellas de fácil comprensión.

Según una encuesta realizada en 2003 en Estados Unidos a personas que buscan información de salud online, los criterios más importantes de búsqueda fueron: documentación, autoridad de la fuente y facilidad de acceso; y los criterios menos importantes fueron: estética y diseño de la página. Los encuestados manifestaron la importancia de que la información sea precisa, actualizada y de fácil acceso (BARNES ET AL, 2003). En este sentido, se ha observado que cuando una búsqueda online no es satisfecha por falta de información precisa o por inadecuación respecto de los síntomas, esa frustración estimula la consulta con el profesional médico y/o con pacientes, sobre todo en foros (VASCONCELLOS-SILVA Y CASTIEL, 2009). El consumo masivo de la página web “Wikipedia”, que está entre las 100 webs más visitadas, denota la valoración de la información legada en detrimento de la exclusividad de la especializada (GIANNETTI, 2007). En la mayor parte de América Latina se suma el problema de la ausencia

---

2 *Sites* de Internet más visitados para autodiagnóstico a nivel mundial: Familydoctor.org, eCureme.com, Revolution Health, Health Central, Easy Diagnosis, Medicine Net, NHS Direct, Medicinfob, Praktijkinfob, Your Diagnosis, Self Diagnosis, ABC Homeopathy, Dokterdokterb, Interactive Health Symptom Checker (VASCONCELLOS-SILVA Y CASTIEL, 2009).

de producción de conocimiento formal situado, razón por la cual adquieren importancia los saberes legos de pares (GONZÁLEZ, 2008).

A partir de las modalidades de certificación de calidad de la información de determinados *sites* que se han desarrollado en la última década, ha crecido la demanda de consumidores en busca de diagnóstico o información en general. Una de las estrategias utilizadas para mejorar la performance de respuesta de estos *sites* es la sofisticación de algoritmos especializados en el reconocimiento de enfermedades. Las ventajas de esta herramienta en la búsqueda de autodiagnóstico son variadas: información adaptada a la demanda, independencia del consumidor en relación con la opinión de un médico, anonimato, entre otras. Los problemas más frecuentes se refieren a la inadecuación de la información hallada, tanto a la realidad del usuario como en la brecha entre el lenguaje lego y el especializado y recursos de navegación ineficientes del usuario. Por ejemplo, en el site Medicinfo, ante el síntoma “dolor de cabeza” puede resultar una estimación de 96% de chances de jaqueca, un 1% de tumor cerebral y 0.1% de meningitis. Según estudios de consumo de estas páginas, a los usuarios no les agrada el resultado de la búsqueda en términos estadísticos. Este tipo de información indeterminada e insatisfactoria parece estimular la consulta con el especialista, lo que contradice la hipótesis primera de que estas herramientas pueden facilitar la autoadministración de salud y evitar temores infundados y consultas innecesarias que recargan el sistema de salud. Del mismo modo, también la práctica contradice el primer objetivo de estas herramientas: la libertad de la tutela paternalista de los médicos, pues, generó la necesidad de capacitarse con los especialistas médicos para el ejercicio de esas prácticas libertarias.

También este escenario estimula la preferencia por las redes de comunicación con médicos y pacientes. Por un lado, la ventaja de este formato es el buen acceso a fuentes de consulta con informantes de manera personalizada. Sin embargo, los problemas que presenta pueden ser consecuencia de un error en el concepto de *e-health* —salud online—, en tanto objeto de interfaces tecnológicas unilaterales, centradas únicamente en la disposición automática de contenidos técnicos. El desafío de la comunicación, en su sentido más amplio, refiere al encuentro con la alteridad en nuevos formatos de asistencia, orientados a lograr el protagonismo de los pacientes y de la construcción intersubjetiva del acompañamiento en salud (VASCONCELLOS-SILVA Y CASTIEL, 2009). Por otro lado, la capacidad de agencia respecto de la búsqueda de información online y la consecuente toma de decisiones y acciones, deja afuera a la

población que no tiene recursos de acceso a Internet. Esta herramienta tiene un aura de libertad de acceso que no se corresponde con la práctica, porque las brechas sociales también se manifiestan en faltas de acceso a iniciativas y satisfacción de necesidades en salud pública en este nuevo espacio. Paradójicamente, al mismo tiempo, la telecomunicación en salud, a través de videos, fotografías y videoconferencias, puede resolver el acceso de personas que no lo tienen por ubicación geográfica, -las zonas rurales por ejemplo- o por no conocer el idioma local. En EEUU esto se está implementando desde hace algunas décadas (WHITTEN, 2006; BAU, 2011). Del mismo modo, el Estado canadiense para paliar las dificultades en el acceso al sistema de salud de la población rural en situación de aislamiento geográfico dio respuesta a algunas demandas de salud a través de Internet (WATEN Y HARRIS, 2007). En este sentido, existen relevamientos que dan cuenta, tanto desde pacientes como desde médicos, de la demanda al Estado de capacitación en habilidades para utilizar este recurso (STERN, COTTEN Y DRENTEA 2012; WEINER, 2012).

Cuando se logra el acceso, en diversas investigaciones a nivel global se ha registrado que algunos médicos evitan comunicarse por correo electrónico con sus pacientes porque no pueden proteger la privacidad de la comunicación. Es por ello que ya se están desarrollando herramientas de mensajería por la red para proteger la información sobre el paciente. Cumpliendo esta condición, el National Technology Health Information Plan se fijó como objetivo contar con una historia clínica electrónica para cada habitante de EEUU en 2014 (BAU, 2011; SMALL Y VORGAN, 2009). Este tipo de iniciativas podría aportar importantes insumos a la hora de abordar el tratamiento y/o diagnóstico de un paciente, sin embargo, también puede resultar un vehículo persecutorio y categorizante.

Respecto de los antecedentes en monitoreos de salud a través de tecnologías de comunicación, en 1959 se produjo el primer proyecto de telecomunicación con fines médicos<sup>3</sup>, en un servicio de consulta psiquiátrica a cargo del Dr. Wittson del Nebraska Psychiatric Institute. En el mismo año, el Dr. Jutra en Montreal practicó una teleradiología, transmitió imágenes radiográficas a distancia para que otros expertos revisaran el material. Mientras que las décadas del '60, '70 y '80 fueron escenario de diferentes pruebas piloto de telemedicina, la década del '90 fue el período de mayor y más rápido crecimiento de estas estrategias técnicas.

---

3 El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU define el término “telesalud” como el uso de información electrónica y tecnologías de telecomunicaciones para sostener el cuidado clínico a larga distancia, educación en salud, salud pública y administración en salud.

En los inicios de la década existieron cuatro programas de telemedicina en EEUU, para 1997 existían cerca de 90 programas, en 1998 se documentaron 200. Hoy, existen tantos sistemas de salud que utilizan algún tipo de tecnología de telecomunicación para ofrecer servicios de salud o educación que no es posible contar el número total de programas de telemedicina. A pesar de que estas aplicaciones siguen creciendo se focalizan fundamentalmente en transferencia y almacenamiento de datos.

En EEUU existen agencias de salud domiciliaria sobre todo para monitorear pacientes con enfermedades crónicas. El servicio domiciliario tiene típicamente tres modalidades: transmisión de datos solamente, transmisión de video o audio o ambos solamente y transmisión de todo ello simultáneamente. La modalidad de transmisión de datos requiere que el paciente se coloque un dispositivo médico en su cuerpo para captar los signos vitales que son transmitidos y almacenados en una base de datos de tal modo de que el personal médico pueda monitorear a un paciente con datos diarios (WHITTEN, 2006).

Haciendo una lectura general respecto de las consultas en salud online entonces, son los más jóvenes, en el rango de 15 a 24 años, los que más buscan información sanitaria en Internet. El 30% de los internautas buscaron información sanitaria en Internet en 2005, 8% más que en 2004 (JIMÉNEZ PERNETT ET. AL., 2007). Según un estudio del Pew Internet en EEUU en 2005, el 45% de los usuarios de Internet de EEUU afirma que esta herramienta les ayuda a tomar decisiones importantes y a superar obstáculos, el 54% recurre a Internet para conseguir ayuda en relación con enfermedades físicas y el 80% busca información general sobre salud (Small y Vorgan, 2009).

## Cuerpo y biomedicina en la red

La biomedicina representa, entre otras cosas, una herramienta mediante la cual la sociedad capitalista vehiculiza estrategias biopolíticas de control social, a través del disciplinamiento del cuerpo (FOUCAULT, 1978/1992). Las NTICs tienen una operatoria similar en cuanto al disciplinamiento del cuerpo y las emociones. La Modernidad fragmenta el cuerpo para obtener mayores grados de utilidad y docilidad en la obediencia a las normas. En tanto estrategia de disciplinamiento, dividir al cuerpo en partes permite una escala de control más efectiva, pues no deja nada afuera de este registro: las actividades, tiempos, espacios y partes del cuerpo involucradas organizadas en jerarquías logrando una microfísica del poder celular, una anatomía política. Según los térmi-

nos de FOUCAULT (1989: 140) “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado” a través de técnicas minuciosas que definen cierto grado de adscripción política y detallada del cuerpo. La disciplina en este escenario se convierte en una anatomía política del detalle y produce individualidades con las siguientes características: es celular —en cuanto a la distribución espacial—, es orgánica —en cuanto al pautado de las actividades—, es genética —en cuanto a la organización del tiempo—, es combinatoria —en cuanto a la composición de las fuerzas— (FOUCAULT, 1989).

Si bien la desterritorialización se asocia a las NTICs, estas tienen un correlato en un proceso de territorialización de la brecha social, que vincula el espacio con los soportes materiales y de recursos humanos que permiten el uso de este tipo de tecnología (VIO Y FRITZSCHE, 2003).

De este modo, el cuerpo queda localizado en la computadora, estructurando así la configuración de sentido de su experiencia también. Las NTIC pueden resultar un dispositivo que disciplina cuerpos y a través de este disciplinamiento configura subjetividades.

El poder de la experiencia otorga al sujeto la capacidad de operar sobre la configuración de sentidos otorgados a la propia identidad, subjetividad y cuerpo en tanto diferentes momentos de un mismo movimiento. Según MAURICE MERLEAU PONTY (1975), la experiencia configura las percepciones, en tanto éstas son resultado de una sinergia de sentidos —olfato, tacto, vista, entre otros—. Asimismo, la experiencia es mediada por el sentido y éste cobra vida en la interacción social. De esta manera, la configuración de significados se produce en la interacción de las propias experiencias con las de los otros. La construcción de sentido es inseparable, entonces, de la subjetividad e intersubjetividad. En sus términos, la experiencia es la forma de acceso al conocimiento y al lenguaje. De tal modo que el sujeto resulta una potencia que co-nace (co-noce) a un cierto medio de existencia o se sincroniza con él. Se trata entonces de la experiencia de un mundo, no en el sentido de un sistema de relaciones que determinan por entero cada acontecimiento, sino en el sentido de una totalidad abierta, cuya síntesis no puede completarse (MERLEAU PONTY, 1975). Abordamos así estos nuevos modos de construir subjetividad desde una perspectiva integral del cuerpo y las emociones, desde el concepto de experiencia de MAURICE MERLEAU PONTY (1975). Según este autor, el sujeto y el mundo se relacionan a partir de su mutua imbricación. De este modo, rompe la dicotomía sujeto/objeto, pues, el sujeto cognoscente es parte de lo conocido, coexisten y por esta cualidad es

que el sujeto puede relacionarse con el mundo a través de la experiencia perceptiva. El sujeto es la experiencia que encarna. Así, habitar el mundo es conocerlo, el sujeto encarna el cuerpo mundo. Se trata de una experiencia prediscursiva pero a la vez es constituida/constituyente por/del lenguaje, ya que la configuración de sentido también tiene lugar en la experiencia corporizada pensada ésta de modo integral junto con su entorno.

Tal como afirma ADRIÁN SCRIBANO (2009: 3): “La política de los cuerpos, es decir, las estrategias que una sociedad acepta para dar respuesta a la disponibilidad social de los individuos es un capítulo, y no el menor, de la estructuración del poder. Dichas estrategias se anudan y son fortalecidas por las políticas de las emociones tendientes a regular la construcción de las sensibilidades sociales”.

## Viejas configuraciones de poder en nuevos escenarios

Las relaciones de poder en la interacción entre médicos y pacientes ha sido históricamente materia de preocupación y una dimensión estudiada en profundidad desde diferentes enfoques. El consenso general desde las ciencias sociales indica que existe una asimetría de poder entre ambos a partir de la brecha de conocimiento técnico que el profesional de la salud detenta en contraste con el paciente. El poder de la institución biomédica además se sostiene desde una construcción histórica de confiscación de otros saberes profanos, así como también de su alianza con los dispositivos de control del Estado Nación, desde sus orígenes en Occidente. El saber experto de la biomedicina en su operatoria habitual concentra el poder de actuar y decidir sobre los cuerpos de los pacientes dejando un lugar marginal a la acción de éstos.

Internet, en tanto espacio de interacción, presenta novedades en su especificidad que desafían las tradicionales configuraciones de poder entre médicos y usuarios del sistema de salud. El ciberespacio permite el acceso a información en salud tanto en el lenguaje del saber experto como en palabras de los mismos usuarios, por este medio incluso pueden compartirse experiencias y consejos entre personas con las mismas dolencias. La información no sólo refiere a la descripción de padecimientos o patologías sino también a tratamientos y estrategias de vinculación con el sistema de salud y con los profesionales que lo conforman.

Si la asimetría de poder entre pacientes y médicos ubica a éstos últimos en un lugar privilegiado por detentar un saber experto, el acceso a

este saber podría ser un destabilizador de esa lógica de construcción de poder. ALEX BROOM (2005) en Australia investigó esta relación entre acceso a información en salud y relaciones de poder y observó que el acceso a información médica a través de Internet puede ser utilizado como estrategia de empoderamiento de los pacientes y autonomía de estos en los procesos de decisión. Si bien estas posibilidades que Internet permiten no le quitan la preeminencia de poder a los médicos, sí impone una reestructuración de la forma de atención que algunos médicos consultados en su estudio ven positiva. Estos desarrollaron estrategias para conservar su poder en la entrevista con el paciente —informado por Internet— en tanto forma de adaptarse a estos cambios.

## Algunas reflexiones finales

A lo largo de este trabajo hemos abordado la relación entre Modernidad Tardía, NTICs y salud, cuyo conector es el proceso de individuación. Este individuo que se manifiesta desde la Modernidad en Occidente en tanto sujeto hegemónico, tiene algunas características que lo hacen funcional para integrar el desarrollo de las diferentes fases del capitalismo: en tanto productor, en tanto consumidor, y últimamente con las NTICs, en tanto productor-consumidor. Dos de sus características distintivas refieren a su capacidad de autonomía y racionalidad, coincidentemente ambas constituyen el principio y fin en los argumentos que respaldan las iniciativas de atención de la salud online. La relación existente entre los procesos mencionados nos permite reflexionar acerca de los constreñimientos de sentido que las estructuras de poder configuran en la experiencia intersubjetiva. En este sentido, los dispositivos comunicacionales actúan de manera solidaria con los sistemas de control social; Internet en particular, por su carácter interactivo y —con algunas restricciones que hemos mencionado— más participativo, se constituye en un campo de confluencia heterogéneo donde se dirime la construcción de hegemonía. Hasta el momento ésta es lograda a partir de la construcción significativa de sujetos y subjetividades por medio del disciplinamiento de los cuerpos, las emociones, la experiencia. La biomedicina y las modalidades de uso de las NTICs son funcionales a este proceso.

En cuanto a los objetivos de los servicios de salud online argüidos por Estados, organismos supranacionales, organizaciones médicas y de personas con diferentes padecimientos de salud han tenido grados diversos de éxito. La asimétrica relación entre demanda y oferta de servicios de salud no ha logrado equilibrarse, por el contrario, según estudios en

diferentes países occidentales, los déficits que las páginas web sobre salud online todavía presentan estimulan a que los usuarios consulten en mayor medida al profesional médico, sobre todo para descartar malas interpretaciones. Tampoco se ha logrado eliminar las inequidades en el acceso a los servicios de salud, pues, también se desprende de investigaciones cuali y cuantitativas, que las vulnerabilidades sociales se cristalizan en el uso y acceso a Internet en general y a las páginas web sobre salud en particular, dado que para poder lograr un acceso solvente a este recurso en principio es necesario un saber específico, equipamiento técnico y tecnológico, conocimiento del idioma inglés y conexión a la red, entre otros recursos. El heterogéneo acceso a estos recursos mínimos para poder navegar en el ciberespacio manifiesta las relaciones de desigualdad del espacio físico según etnia, sexo, género, clase social, nivel educativo, entre otras. La emergencia del ciberespacio no salda por su existencia misma las deudas sociales que ha heredado, quizás ese sea el primer paso necesario para poder comenzar a transitar con éxito algunos de los objetivos que la atención de la salud online propone.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARICCO, A. (2008) *Los bárbaros. Ensayo sobre la mutación*. Barcelona, Anagrama.
- BARNES, M. ; PENROD, C.; NEIGER, B; MERRILL, R.; THAKERAY, R.; EGGETT, D.; THOMAS, E. (2003) "Measuring the Relevance of Evaluation Criteria among Health Information Seekers on the Internet" In: *Journal of Health Psychology* Vol. 8 (1) 71-82; 029436. <http://online.sagepub.com> (consulta: mayo 2015)
- BAU, I. (2011) "Connected for Health. The potential of Health Information and Communications Technologies to reduce Health Care Disparities", en *National Civic Review*, fall 2011.
- BROOM, A. (2005) "Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship", in *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, London, Vol 9 (3): 319-338. <http://online.sagepub.com> (consulta: mayo 2015)
- CASTELLS, M. (1999) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Volumen I. La sociedad red*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (1977/2002) (1989) *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- (1978/1992), *Microfísica del poder*. Madrid, La piqueta.
- GIANNETTI, C. (2007) "La realidad de-mente y la socialización link. Algunos aportes para abordar la lógica de la condición humana en el siglo XXI". En: Schultz, M. (coord.) *El factor humano en la cibercultura*. Buenos Aires, Alfagrama.
- GONZÁLEZ, J. (2006) "Digitalizados por decreto: ciberculturas o inclusión forzada en América Latina". En: *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. Vol. XIV, N°27. Pp. 47-76. Universidad de Colima, México.

- ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMOS CULTURALES Y ENTORNO DIGITAL (2013) *Sistema de información cultural de la Argentina. Secretaría de Cultura de la Nación*. <http://sinca.cultura.gob.ar/sic/publicaciones/libros/EECC.pdf> (consulta: junio de 2015).
- HERNÁNDEZ, T. (2005) "El rol de las bibliotecas ante la brecha digital". En: *Revista Pez de plata. Revista de opinión para el desarrollo de las bibliotecas públicas*. Universidad Carlos III, Madrid.
- JIMÉNEZ PERNETT, J.; GARCÍA GUTIERREZ, J. F.; JIMÉNEZ, J. L. M. Y C. BERMUDEZ TAMAYO (2007) "Tendencias en el uso de internet como fuente de información sobre salud". En: UOC Papers. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*. <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf>
- JUNG, M.L.; BERTHON, P. (2009) "Fulfilling the promise: a model for delivering successful online health care", in: *Journal of Medical Marketing*. Vol 9, 3, 243-254. <http://palgrave-journals.com> (consulta: mayo 2015)
- MATTELART, A. (1996) *La Comunicación-Mundo. Historia de las ideas y de las estrategias*. México DF, Siglo XXI.
- LUSTRIA, M.L.A.; SMITH, S. A.; HINNANT, C.C. (2011) "Exploring digital divides: an examination of eHealth technology use in health information seeking, communication and personal health information management in the USA", in: *Health Informatics Journal*. 17 (3), 224-243. <http://sagepub.com>. (consulta: mayo de 2015).
- PETRACCI, M. Y S. WAISBORD (COMPS.) (2011) *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires, La Crujía.
- SCHWARZ, P. K. N. Y A. M. MENDES DIZ (2013) "Hibridizaciones entre las brechas sociales y digitales. Una encrucijada que conecta diferentes planos de experiencia". En: Schwarz, P. K. N. y A. M. Mendes Diz (Coord.) *Sexualidades, género y otras relaciones políticas en el espacio virtual: oportunidades, desafíos y nuevas sociabilidades*. Documento de Trabajo del Instituto de Investigaciones Gino Germani N°68. UBA. En: <http://iiigg.sociales.uba.ar/2013/09/03/documentos-de-trabajo-no-68/>
- SCRIBANO, A. (2010) "Primero hay que saber sufrir!!! hacia una sociología de la "espera" como mecanismo de soportabilidad social", en A. Scribano, & P. Lisdero (Comp.) *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones* (pp. 169-192). Córdoba, Estudios Sociológicos.
- SMALL, G. Y G. VORGAN (2009) *El cerebro digital. Cómo las nuevas tecnologías están cambiando nuestra mente*. Barcelona, Urano.
- STERN, M.J; COTTEN, S.R.; DRENTEA, P. (2012) "The separate spheres of online health: gender, parenting, and online health information searching in the information age", in: *Journal of family issues*, 33 (10) 1324-1350. <http://jfi.sagepub.com> (consulta: mayo 2015).
- TURKLE, S. (1995) *La vida en la pantalla. La construcción de la identidad en la era de Internet*. Buenos Aires, Paidós.
- URRESTI M. (Ed.) (2008) *Ciberculturas juveniles*. Buenos Aires, La Crujía
- URRESTI, M.; LINNE, J. Y BASILE, D. (2015) *Conexión total. Los jóvenes y la experiencia social en la era de la comunicación digital*. Buenos Aires, Grupo Editor Universitario.
- VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Y CASTIEL, L. D. (2009) As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela Internet. En: *Revista Panam Salud Pública*. 2009; 26 (2): 172-5.
- WATEN, N. & HARRIS, R. (2007) "'I try to take care of my self'. How rural women search for health information". In: *Qualitative Health Research Journal*. Vol 17, N°5, may 2007, 639-651. <http://online.sagepub.com> (consulta: mayo 2015).
- WEINER, J. P. (2012) "Doctor-patient communication in the ehealth era", in: *Israel Journal of Health Policy Research*.
- WHITTEN, P. (2006) Telemedicine: Communication Technologies that revolutionize Healthcare Services. En: *Revista Generations*. Summer 2006, pp. 20-24.

