

Las aplicaciones de salud femenina: ¿una fuente de autogestión?

Women's Health Apps: A Source of Self-Management?

Marta MUNERA MARTÍNEZ

Investigadora independiente

martamuneramartinez@gmail.com

Maria MEDINA-VICENT

Universitat Jaume I, España

medinam@uji.es

BIBLID [ISSN 2174-6753, Vol.23(3): v2303]

Artículo ubicado en: encrucijadas.org

Fecha de recepción: 12 de octubre de 2022 || Fecha de aceptación: 22 de diciembre de 2023

Resumen

En este trabajo se pretende analizar la autogestión de la salud de las mujeres a través del uso de aplicaciones móviles. En primer lugar, se analizarán la construcción de la mirada médica y las formas del biopoder que han condicionado históricamente la gestión por parte de las mujeres de su propia salud. En segundo lugar, se tratará de reflexionar en torno a la función que cumplen las aplicaciones móviles para la gestión de la salud de las mujeres hoy en día, tratando de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Son una perpetuación de un proceso alienante o son una forma de autogestión con la capacidad de mejorar la precisión de los datos que ofrece el cuerpo sobre su propio malestar o bienestar?

Palabras clave: mujeres, alienación, medicina, autogestión, aplicaciones móviles, salud femenina, cibernética.

Abstract

This paper aims to analyse the self-management of women's health through the use of mobile apps. Firstly, the construction of the medical gaze and the forms of biopower that have historically conditioned the management by women of their own health will be analysed. Secondly, it will try to reflect on the role that health applications play in managing women's health today, trying to answer the following question: Are they a perpetuation of an alienating process? Or are they a form of self-management with the ability to improve the accuracy of the data that the body offers about its own discomfort or well-being?

Keywords: women, alienation, medicine, self-management, mobile applications, women's health, cyborg.

Destacados

- La medicina ha sido históricamente significada como una ciencia neutra donde el cuerpo humano era el objeto de estudio, dicha pretendida neutralidad ha afectado sobremanera el tratamiento médico que han recibido las mujeres.
- La mirada médica detenta la capacidad para designar quien está enfermo y quien no, lo que ha condicionado la experiencia femenina sobre dicho estado.
- Las aplicaciones de salud y las mujeres se conforman en un ensamblaje en el que genera intra-acciones que logran generar nuevas capacidades de sentir, aprender, y actuar.

Cómo citar

Munera Martínez, Marta y Maria Medina-Vicent (2023). Las aplicaciones de salud femenina: ¿una fuente de autogestión? *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 23(3): v2303.

Financiación

Esta publicación es parte del proyecto de I+D+i PID2020-113054GB-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033, y del proyecto con referencia PID2022-142782NB-I00 financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

1. Introducción

La medicina ha sido históricamente un espacio para la profusión de prácticas discriminatorias hacia diferentes grupos sociales, entre los que se encuentran también las mujeres. Los diferentes mecanismos por los cuales los cuerpos femeninos han sido controlados e instrumentalizados han sido estudiados por diversos autores/as. No obstante, las particularidades de la sociedad contemporánea ofrecen la posibilidad de trasladar el control de los cuerpos femeninos a manos de las propias mujeres. Con lo que, en el marco actual, estas se erigen como sujetos autoresponsables de gestionar su salud, así como sujetos autoconocedores de sus padecimientos y “necesidades médicas”.

En este sentido, las aplicaciones para dispositivos móviles con funciones y capacidades tradicionalmente atribuidas a los/as profesionales de la medicina, permiten controlar dietas, menstruación, deporte, tiempo de estudio, etc. En este tipo de aplicaciones se conjugan la búsqueda de un aumento del bienestar del sujeto y de su eficiencia vital y laboral. En este artículo nos planteamos diferentes preguntas: ¿Qué papel juegan estas aplicaciones en la gestión de la salud femenina? ¿Son un instrumento para la profusión de un modelo de sujeto femenino que se autogestiona en base a la norma neoliberal? ¿O pueden convertirse en una vía para el empoderamiento y la resistencia debido a su capacidad para la toma de decisiones “libre” de la intervención médica?

En este trabajo se pretende analizar el potencial de autogestión de la salud de las mujeres a través del uso de aplicaciones móviles. Entendemos por autogestión no solamente la posibilidad que brindan dichas aplicaciones al poder neoliberal para reproducirse a través de la acción de los sujetos mujeres; sino también la autogestión como capacidad del sujeto para articular una resistencia a ciertos modos de operar del poder, tal y como establece Menéndez (2018: 111-112): “Estos procesos conllevan la existencia de sujetos activos, a veces agentes [...] Es decir, la autoatención no sólo puede ser eficaz para tratar padecimientos, sino que a partir de ello puede constituirse como un lugar de resistencia, de ejercicio de empoderamiento y a veces de contrahegemonía”.

Así pues, en primer lugar, se analizarán la construcción de la mirada médica y las formas del biopoder que han condicionado históricamente la gestión por parte de las mujeres de su propia salud. En segundo lugar, se tratará de reflexionar en torno a la función que cumplen las aplicaciones de la salud para la gestión de la salud de las mujeres hoy en día, tratando de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Son una perpetuación de un proceso alienante o son una forma de autogestión con la capacidad de mejorar la precisión de los datos que ofrece el cuerpo sobre su propio malestar o bienestar?

2. Aproximación a la mirada médica

La medicina ha sido históricamente significada como una ciencia neutra donde el cuerpo humano era el objeto de estudio. La pretensión de este ámbito es el bienestar psicológico y físico del sujeto paciente, es decir, tiene un fin altruista, donde se busca la mejora de cualquier mal del que se aqueje la persona enferma. Sin embargo, a través de un estudio histórico de la práctica médica se puede apreciar la falsa neutralidad de la práctica científica en la medicina, ya que, entre otras cuestiones, la metodología empleada por dicha profesión está moldeada por los supuestos culturales inconscientes (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 79). La medicina, por tanto, se ha constituido como una pretendida ciencia neutra que trata el cuerpo humano a través de la identificación de los síntomas que este denota, y establece una decisión sobre su estado de salud o enfermedad. Esta representación le ha concedido poder para administrar las vidas del cuerpo paciente, lo que se traduce en la potestad para afirmar o negar la experiencia de la enfermedad.

Pero ¿qué entendemos por enfermedad? Para Foucault ([1963] 2021) el enfermo y el médico existen en el mismo plano, la mirada médica (y el conocimiento científico sobre el que ésta se sustenta) es el dispositivo que nos da la capacidad para clasificar a las personas en dos categorías, enfermas y sanas. El paciente pues, se ve sujeto a esta realidad donde su existencia está clasificada por el discurso biomédico generador de prácticas (Larrauri, 2005: 23-26). Pero ¿en qué se diferencia la enfermedad de cualquier otro estado?

Según Marco Sanz (2021: 20) "la enfermedad es tan solo otro modo en que la persona se comporta en relación consigo misma". Esto se debe a que la enfermedad no es una característica intrínseca del ser humano, dicho autor afirma que lo único que sí lo es, es la "enfermabilidad", es decir, la capacidad de enfermar. La enfermedad, por tanto, no es más que un espacio de nuestro tiempo que clasificamos de ese modo a causa del discurso generador de realidad. ¿Cómo construimos la vivencia de la enfermedad? Tiene mucho que ver con cómo ha sido construida la mirada científica y médica de los cuerpos. Así pues, la enfermabilidad como cualidad es aquello que nos da la oportunidad de clasificarnos a nosotros mismos en función del orden social biomédico. La enfermedad dentro de este contexto pone de manifiesto un ámbito de significación compartido alcanzado mediante la conversación del interlocutor y el enfermo, quienes comparten relatos comunes sobre la experiencia de la enfermedad (Sanz, 2021: 22). La división de nuestro espacio y tiempo en enfermedad y salud se debe al diagnóstico de una etiología realizada por la mirada médica, que a su vez está afectada por la sociedad.

En este sentido, podemos plantearnos cómo afecta la socialización de género de los/as profesionales médicos a la capacidad de diagnosticar la enfermedad de un cuerpo. Tal y como definen García Dauder y Pérez Sedeño (2017: 14), la medicina se ve afectada por un fenómeno conocido por el sesgo androcéntrico, definido como “tomar lo masculino como norma y obviar o minusvalorar lo femenino”. Como resultado de esto aparecen complicaciones como el “síndrome de Yentle”, que consiste en “tomar lo masculino como norma médica con la consecuencia de no atender a la morbilidad diferencial o a los síntomas específicos de enfermedades en las mujeres” (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 14). ¿Cuáles son las prácticas que afectan a las mujeres en la medicina? La paciente mujer se ve afectada por gran cantidad de fenómenos que la ciencia, supeditada al sesgo androcéntrico, ignora y reproduce de forma reiterada. Esto dificultará también la capacidad de autodiagnóstico de las mujeres, y quizás, al poder acceder a las aplicaciones de salud femenina, estas mujeres puedan encontrar un espacio para el autoconocimiento y el autocuidado.

Simone de Beauvoir ([1949] 2010) ya apuntaba en *El segundo sexo* que la desigualdad en la medicina es producto de una herencia determinista que pretende explicar los comportamientos de los seres humanos, así como las características de las sociedades, en términos biológicos. Para gran parte de los científicos la condición genética tiene más peso en el desarrollo social e intelectual de las personas que las condiciones sociales y culturales (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 19-33). La reificación de los cuerpos femeninos es una constante en los discursos de estos investigadores que, mediante su pretendida neutralidad científica, reproducen los valores hegemónicos heredados que justifican la exclusión de las mujeres como investigadoras y como sujetos de estudio, cosa que tiene como consecuencia la legitimación de la discriminación femenina en el resto de ámbitos no médicos, porque su inferioridad queda demostrada por la clínica (Larrauri, 2005: 23-26; Tosal Herrero, 2007: 79).

Las prácticas que producen esta cosificación son enunciadas por Nancy Tuana y recogidas por García Dauder y Pérez Sedeño (2017). La autora estadounidense concentra en cuatro frases la praxis de la comunidad científica. La primera es “saber que no se sabe y no importa” con lo que hace referencia a aquellos casos en que quienes tienen el poder para investigar más allá de lo conocido, toman la decisión deliberada de no hacerlo. La segunda oración es “ni siquiera se sabe que no se sabe” donde encontramos como ejemplo paradigmático el desconocimiento médico sobre el placer sexual femenino. La tercera es “cuando no quieren que sepamos” y es un ataque directo a la industria farmacéutica por su implicación deliberada en la producción de ignorancia médica sobre colectivos considerados nichos de mercado para su producción. La cuarta frase dice “por voluntad, por no querer saber” y hace referencia a aquellos actos de

negligencia que realizan grupos privilegiados por no querer saber sobre las condiciones de opresión que ellos mismos han creado con la práctica comentada en la anterior oración (Papí-Gálvez et al., 2007).

La mirada médica, por tanto, realiza diagnósticos erróneos que suponen negligencias que pueden concluir con el fallecimiento de las pacientes. Pero, ¿qué acciones se dan para el desarrollo de estos procedimientos médicos erróneos? Valls Llobet (2008: 62-69) sugiere que se deben a su invisibilización en el desarrollo de las investigaciones. Según la autora, dicha invisibilización se produce debido a dos paradigmas, el de la diferencia y el de la semejanza. El primero hace referencia a los diagnósticos erróneos que se producen porque durante el análisis etiológico se han dejado de lado experiencias concretas por considerarse psicósomáticas o inespecíficas. El segundo es el fenómeno por el cual los cuerpos femeninos son comprendidos como una desviación del cuerpo masculino y por ende se acaban tratando de forma similar, haciendo un pequeño énfasis en la protección de la habilidad reproductora de las pacientes (Valls Llobet, 2008).

La última forma de discriminación estudiada por parte de García Dauder y Pérez Sedeño (2017) es la invención de enfermedades y la patologización de fenómenos fisiológicos que no son enfermedades, también denominada *Disease Mongering* (Papí-Gálvez et al., 2007: 101). Detrás de estas acciones encontramos a la industria farmacéutica con la colaboración del sector médico, que, tratando de inflar sus beneficios económicos, buscan que el cuerpo femenino se encuentre al borde de la enfermedad constantemente porque sin este no hay producto. Todo aquello que sea considerado anormal, un riesgo para la salud, e incluso un problema social, pasa a ser un problema tratable por la medicina creativa de la maquinaria farmacéutica (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 144-148; Papí-Gálvez et al., 2007: 98-101; Tosal Herrero, 2007: 80). Es lo que denominamos la construcción social de la enfermedad, mediante una redefinición de la normalidad, los medicamentos pasan a tratar cualquier malestar social y físico que pueda presentarse naturalmente en el cuerpo de la mujer u otros. Poseen esta capacidad de redefinición porque son quienes ostentan el poder de modificar las prácticas del grupo y con esto la realidad (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017; Larrauri, 2005).

Estos procesos adquieren su sentido dentro de la medicalización de la sociedad, es decir, la transformación de problemas que antes no eran considerados "médicos" (o "de salud") en problemas médicos, generalmente adoptando la forma de trastornos o enfermedades. Se amplían así los territorios tratados por la medicina, tal y como señala Peter Conrad (2007, 2015), estos nuevos territorios se centran en aquellas desviaciones de la "vida normal", es decir, categorías referentes a trastornos mentales, dificultades de aprendizaje, diferencia sexual y de género, disfunción sexual, etc. que a su vez ha generado categorías nuevas, desde el trastorno por déficit de atención e

hiperactividad (TDAH) hasta el síndrome premenstrual, el trastorno por estrés post-traumático o el síndrome de fatiga crónica (Meneu, 2018). Se incluyen también aquí otros procesos comunes de la vida como los estados de ánimo, la ansiedad, la menstruación, el parto, la menopausia, la infertilidad, etc. que se convierten en espacios de significación de la enfermedad, y a los que, para el objetivo que vertebra este texto, las aplicaciones de salud femenina van a permitir regular/monitorizar. No obstante, cabe señalar que la medicalización es un proceso complejo referido a la gran variedad de actores y fuerzas sociales que intervienen en su desarrollo, así como las estrategias y técnicas que utiliza, tal y como apunta Bianchi (2019), y por esta misma razón, existen sendas dificultades para establecer una definición cerrada sobre la misma.

Lo que sí se puede afirmar es que este proceso de identificación y etiquetado de una condición personal o social como un problema médico sujeto a intervención médica conlleva en muchos casos el tratamiento farmacológico asociado, Abraham (2010) apunta al proceso por el cual las condiciones sociales, conductuales o corporales son tratadas o intervenidas con productos farmacéuticos por médicos, pacientes o por parte de ambos. Es decir, la farmacologización de la sociedad puede venir provocada por parte de la profesión médica que prescribe fármacos a los pacientes medicalizando nuevas áreas antes no consideradas médicas; pero estos también pueden ser autoadministrados por el sujeto desconocedor de conocimiento médico. También entra aquí la posibilidad de la mejora de las capacidades humanas a través de la intervención farmacéutica, es decir, no solamente el tratamiento del malestar.

En conclusión, se puede afirmar que la medicina a lo largo de su historia, así como en la actualidad, no ha investigado la morbilidad diferencial y las enfermedades específicas de las mujeres o sus factores de riesgo. Esto se debe a la falta de sensibilidad hacia el sesgo de género existente en las investigaciones, que es debida, en parte, a la búsqueda de rentabilidad para la industria farmacéutica (Papí-Gálvez et al., 2007). Además, esta ha presionado para que los efectos adversos de sus medicamentos no probados en mujeres sean un secreto científico al tiempo que inventaba nuevas enfermedades con el único fin de aumentar los beneficios económicos. Bajo la excusa de prevenir riesgos, aumentar la calidad de vida o la belleza "se han medicalizado los cuerpos de las mujeres como objetos siempre mejorables a través del consumo de fármacos [...]" (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 116). Dentro de la medicalización y farmacologización de la sociedad algunas vivencias del cuerpo femenino también han sido medicalizadas, por ejemplo, la menstruación o el parto, y las aplicaciones de salud femenina han venido también a ocupar el lugar de la profesión médica en su diagnóstico y tratamiento.

2.1. ¿Cómo afecta el dispositivo de poder médico a la experiencia femenina?

Partiendo de la dependencia de la clasificación que realizan los/as profesionales médicos, los/as pacientes adquieren una posición pasiva respecto a su cuerpo, su experiencia y su dolor. En este sentido, las mujeres son víctimas de este sistema en mayor número de ocasiones, mediante estrategias diversas y perfectamente coordinadas que fomentan aún más su pasividad que en los hombres. A continuación, se abordará cómo esa pasividad fomentada por los diferentes grupos de poder afecta a la mujer en el ámbito médico. ¿Son propietarias de su cuerpo cuando al acudir al médico sus dolencias son escudriñadas y negadas o exacerbadas para la invención de nuevos productos médicos?

Foucault señalaba que existían distintos dispositivos de poder que ejercían de controladores para la acción humana y que promovían unas prácticas acordes con la cultura de la sociedad del momento (Larrauri, 2005). Dicho autor analizó específicamente el ámbito clínico de la psiquiatría, sin embargo, este análisis se puede extrapolar fácilmente a la medicina en general. La primera característica que señala a la medicina como dispositivo de poder es la de ser productora de la práctica discursiva, como ya se ha dicho, los/as profesionales de la medicina se encargan de definir la enfermedad y sus límites. Además, detentan la capacidad de ejercer un poder político directamente sobre el cuerpo y la experiencia vital, es lo que Foucault denomina el biopoder. La tercera característica se demuestra al comprobar que la medicina no es un poder ajeno al sistema, sino que forma parte de una red de dispositivos de poder que constituyen a la sociedad. Es decir, que, como creadoras de realidad, dan sentido a la existencia de las personas y las prácticas en las que estas conviven y a cómo sus acciones surcan esa red de relaciones de fuerza que componen los dispositivos de poder (Castro Orellana, 2014: 59–60).

En su texto *El poder psiquiátrico* ([1974] 2007) Foucault habla de aquello que provoca que la psiquiatría sea un poder disciplinario: este ámbito de la medicina no es algo puntual en el enfermo psiquiátrico, sino que es una constante en la vida del loco y, por tanto, el paciente siempre está mediado por esa institución de normalización que es el asilo. A pesar de eso, los residentes suelen desarrollar pequeñas formas de resistencia que conducen a los psiquiatras a estar en continua creación de nuevos mecanismos disciplinarios suplementarios que logren una captura de la totalidad del cuerpo del loco. Es debido a estas resistencias que se logra comprender la trascendencia de este ámbito clínico y lo que le confiere el título de dispositivo de poder (Castro Orellana, 2014). De este modo, existe en el planteamiento foucaultiano de la práctica médico-paciente, no solamente una reiteración de las formas de poder médico sobre la gestión de los cuerpos enfermos o locos, también se introduce una posibilidad de resistencia de dichos cuerpos, que se puede explorar a través de los usos de las aplicaciones de salud.

Por tanto, la medicina cumple con las características de los dispositivos de poder al ser productora de saber y de realidad sobre los cuerpos sanos y los cuerpos enfermos, con un programa estratégico desarrollado a lo largo de su historia para ejercer una mejor aplicación al cuerpo enfermo, y conformante de la red de relaciones creadoras de discursos protectores de las prácticas que fundamentan nuestra sociedad. Es decir, la norma médica, la mirada médica, el dispositivo de poder disciplinario es un mecanismo científico y estatal que ejerce control sobre los cuerpos individuales y la regulación biopolítica de las poblaciones (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 156). Pero, ¿cómo afecta el dispositivo de poder médico a la experiencia femenina en concreto?

Como hemos visto en el apartado anterior, las mujeres sufren una serie de discriminaciones que las configuran como sujeto diferenciado a los hombres. Sus síntomas son ignorados, sus particularidades son dejadas de lado en las investigaciones y su experiencia es obviada incluso al acudir a la consulta. Al mismo tiempo, son infantilizadas por los médicos al arrebatárles la capacidad de decidir sobre sus cuerpos, las reducen a su capacidad reproductiva, son, en definitiva, alienadas de la experiencia de su propio cuerpo. Ejemplo de esto es la dificultad existente para realizarse una ligadura de trompas de Falopio para una mujer joven y sana y, al mismo tiempo, cuando al Estado le interese, ser esterilizada por orden judicial al no corresponder con el discurso hegemónico de la maternidad y la feminidad, teniendo el Estado así el control sobre la natalidad (Gutiérrez, 2020). Así pues, las mujeres son víctimas de falta de tratamiento, de tratamiento erróneo y de sobretratamiento.

De este modo, la medicina "ha construido a las mujeres como objetos de conocimiento científico al tiempo que se las desposeía de autoridad, como conocedoras autorizadas" (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 66). Es decir, sus cuerpos han sido empleados por científicos y médicos para prolongar el ejercicio de los dispositivos de poder al mismo tiempo que les enajenaban la capacidad de conocer su propia experiencia vital. Se han convertido en meras vigilantes de sus cuerpos y ante cualquier señal de alarma, corren a la consulta sin ninguna capacidad de valoración de dolor. Cuando toda su experiencia, incluidos los estados naturales, pasan a estar patologizados, les resulta difícil explicar su experiencia fuera del discurso médico. Al aparecer síntomas que los médicos han señalado como peligrosos, acuden al médico cediéndoles su capacidad de autogestión (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 160-165). Es en parte la posesión del discurso científico como discurso veraz lo que otorga legitimidad a la posición de la profesión médica, el poder sostenido sobre la construcción del saber. El saber médico se convierte en arma de legitimación del poder sobre las mujeres, de la gestión de sus cuerpos. Se les roba así, la capacidad de gestionar su enfermedad, la capacidad de clasificarnos a nosotros mismos en función de nuestra experiencia vital, no según el orden social biomédico (Larrauri, 2005: 23-26; 38-39; Sanz, 2021: 20).

Sin embargo, a partir del desarrollo de las nuevas tecnologías en la década de los noventa se ha desarrollado la construcción de un nuevo tipo de sujeto cuyas relaciones con la medicina y su cuerpo parecen haber variado. Se trata del paciente experto, que acude a la consulta del médico tras haber consultado en la red sus síntomas para asegurarse de que estos corresponden con enfermedades (Lupton y Maslen, 2019: 2). Este paciente experto, aparentemente más activo, ha continuado desarrollándose a medida que nuevas formas tecnológicas aplicables a la medicina iban surgiendo. Entre ellas encontramos las aplicaciones de salud y deporte que están destinadas al control de parámetros vitales de los cuerpos humanos. Tratar de abordar la realidad multicausal del paciente experto resulta demasiado ambicioso para tan escasas líneas, no obstante, cabe señalar que la expertización de los y las pacientes responde a una multicausalidad cuyo origen es anterior al desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación. Sin embargo, gracias a la incorporación de este tipo de tecnologías en la vida de los sujetos y en el ámbito médico, la gestión de la salud ha escapado al control exclusivamente médico y ha generado otros espacios de rearticulación y negociación, por ejemplo, a través de las plataformas online (Allen et. al, 2019).

Autores como Clarke y otros (2010) plantean también el creciente carácter tecnocientífico de la medicalización, esto quiere decir que las tecnologías en su confluencia con la biomedicina no sirven solamente para regular lo que los cuerpos pueden hacer, sino que transforma el cuerpo en sí mismo. De aquí surge el concepto de "identidades tecnocientíficas" que estos/as autores/as utilizan para referirse a las identidades construidas a través de la aplicación de las ciencias y tecnologías en los cuerpos. De hecho, en una línea de planteamiento similar, Rose señala que estas nuevas tecnologías permiten transformar los cuerpos en su vertiente molecular, es decir, a través de ellas se radicaliza la intervención médica sobre los cuerpos posibilitando la pregunta acerca de qué tipo de persona, qué tipo de cuerpo, se quiere ser o tener, superando la dialéctica entre enfermedad y salud, e inaugurando una nueva "política de la vida en sí" (Rose, 2012: 25).

Una vez establecido este marco de sentido, a continuación, se tratará de entender cuál es el papel de las aplicaciones de salud femenina en la vida de las mujeres. Para ello previamente se realizará una introducción a estas nuevas tecnologías que están comenzando a conformar nuestro día a día, haciendo énfasis en la construcción de un sujeto femenino como usuaria de estas tecnologías. Tras esto realizaremos una revisión de los cambios que estas aplicaciones producen en la vida de las usuarias y en la autogestión de su propia salud. Por último, se reflexionará sobre los cambios que esto produce en la concepción que poseemos actualmente de las mujeres, ¿qué implicaciones para la salud tiene la mediación de la tecnología en las mujeres?

3. La autogestión de la salud femenina a través de las aplicaciones de salud

Las aplicaciones de móviles son las herederas de una tecnología desarrollada a partir de los noventa. Su aparición en el mercado tecnológico mundial fue en el año 2008. A partir de este momento las aplicaciones de salud se convirtieron en un punto central de las ventas de las diferentes tiendas de aplicaciones que encontramos online. En 2017 ya existían más de 325.000 aplicaciones de salud entre las tiendas más habituales (Lupton, 2019: 1-2). Se trata de un software destinado a ayudar al usuario a administrar sus necesidades, mediante la externalización y representación de los parámetros vitales (Lupton, 2019: 5). Para el usuario medio las aplicaciones son el método de controlar los distintos datos que su cuerpo va produciendo a lo largo del día, desde el número de pulsaciones, hasta el control del embarazo, pasando por el ejercicio o una vigilancia de los cambios introducidos por la menopausia. Es decir, las aplicaciones son para sus usuarias una forma de recabar datos que les permiten conocer su estado de salud. De esta forma, mediante la recopilación y gestión de sus propios datos, las personas usuarias se convierten en pacientes expertos/as (Lupton, 2019: 2; Lupton y Maslen, 2019: 2) capaces de identificar síntomas y necesidades, de catalogarlos y darles respuesta médica.

Al principio del desarrollo de las aplicaciones para móviles se consideraba que el usuario medio de estas era el varón blanco de clase media. Es por eso por lo que, aunque las aplicaciones de móviles de salud fueron de las primeras en aparecer en el mercado, estas no incluían factores relacionados con la salud femenina como el cuidado y control de la menstruación, especificaciones de salud reproductiva, ajustes para configurar los distintos programas de deporte y nutrición al cuerpo femenino y sus necesidades (Serrano, 2019). Es decir, del mismo modo que la medicina se regía por un sujeto masculino al que suponía demasiado igual a la mujer como para realizar pruebas en esta, las aplicaciones de móviles, en sus inicios, creían que los cuerpos de ambos sujetos podrían soportar lo mismo sin tener en cuenta condiciones biológicas como es la menstruación y la posibilidad del embarazo, entre otras (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017: 89-95; Serrano, 2019). Sin embargo, al cabo del tiempo apareció un grupo de softwares llamados *Femtech*, destinados específicamente a gestionar las particularidades femeninas.

3.1. La construcción de la "usuaria"

Debido a la necesidad de estar al tanto de todo lo que ocurre en nuestros cuerpos para ser una paciente experta, se pueden encontrar aplicaciones de todo tipo: aplicaciones de deporte, servicios de autodiagnóstico de enfermedades, aplicaciones para vigilar la dieta, aplicaciones de control del sueño e incluso encontramos algunas destinadas al cuidado de personas dependientes. Por tanto, podemos establecer que el uso que se le suele dar a este tipo de artefactos es lo que se conoce como *self-tracking*, el

autocontrol de las funciones vitales del cuerpo propio y de aquellos que nos rodean (Lupton, 2019; Lupton y Jutel, 2015; Lupton y Maslen, 2019). Pero estos son los objetivos para los que estas aplicaciones estaban diseñadas, ¿qué objetivos persigue la usuaria femenina de las aplicaciones de salud cuando las utiliza?

La mayoría de las aplicaciones que se utilizan son las del control reproductivo, como, por ejemplo, las de control de la menstruación. Ejemplos de estas aplicaciones son *Maya*, *Clue*, *Glow*, *P-tracker* o *Flo*, que corresponden con las más habituales entre las usuarias. Encargadas de recabar los datos que las usuarias introducen, crean patrones para ofrecer calendarios menstruales ajustados a sus periodos y por ende a sus necesidades según las circunstancias (Serrano, 2019). Las usuarias de aplicaciones de salud reproductiva deciden activamente cambiar sus hábitos para fomentar las posibilidades de quedarse embarazadas, cambian su aplicación *Flo* a modo embarazo y comienzan a adecuar sus necesidades a las marcadas como más eficientes por la aplicación para una mayor fertilidad (Serrano, 2019). Continúan así hasta el parto, cuando entonces se instalan aplicaciones destinadas a los cuidados del bebé. Las madres modifican sus comportamientos rigiéndose por lo que la aplicación y los médicos indican, en ocasiones aún a costa de su propia salud. De este modo se transforman en la más perfecta de las pacientes expertas, ya que atienden a todas las recomendaciones establecidas por el corpus médico a través de la aplicación, en muchas ocasiones sin atender a sus propias necesidades, producto de su situación concreta en el mundo y de su contexto. A través de todo el embarazo se informan sobre cómo actuar en la etapa prenatal y durante la maternidad. Las pacientes acuden a las consultas con dudas que los foros y las aplicaciones han planteado en su horizonte existencial materno (Bebea, 2018: 78-79; Lupton y Maslen, 2019: 2). Es entonces cuando hablamos de la conversión de mujer a usuaria. El régimen electrónico se convierte en la realidad social de las mujeres que utilizan estas aplicaciones. La opinión médica o la mirada médica directa se ve ahora interpelada por las indicaciones y consejos que llegan de las aplicaciones.

En resumen, estas aplicaciones recogen los datos que sus usuarias les proporcionan y los convierten en estadísticas que ayudan a las mujeres a cumplir con sus objetivos de salud reproductiva. Desde esta perspectiva de funcionamiento, las aplicaciones se presentan como una posible recuperación de la autonomía sanitaria, social y política para las usuarias que deciden parametrizar sus vidas (Lupton, 2019; Lupton y Jutel, 2015; Lupton y Maslen, 2019). La cuestión a plantearnos entonces debe ser si realmente el uso de dichas aplicaciones tiene potencial para una autogestión del cuerpo empoderadora y autónoma, o por el contrario dicha autogestión tiene dificultades para escapar de la lógica del poder biomédico. ¿En qué términos se produce este incremento en la autogestión de los propios cuerpos?

3.2. Las Femtech y la mirada médica

Como ya hemos visto en el apartado anterior, se pueden establecer claros paralelismos entre las *Femtech* y la medicina convencional. De hecho, las aplicaciones pueden entenderse como métodos de descarte de problemas banales promoviendo de esta forma la existencia del paciente experto del que nos hablaban Lupton y Maslen (2019: 2). En ese sentido, se hace necesario delimitar cuáles son las funciones y objetivos reales de estas aplicaciones, ¿son promotoras del discurso médico y, por tanto, una prolongación del dispositivo de control -en términos foucaultianos - que vive en nuestro móvil, o, por el contrario, son una forma de empoderamiento de las mujeres debido a que les son devueltas la habilidad de parametrizar su estado que se había externalizado? (Castro Orellana, 2014).

En primer lugar, abordaremos la postura de Deborah Lupton y sus colaboradores, que parte del nuevo materialismo feminista y el materialismo vitalista, cuyas raíces están en la filosofía de Deleuze. Este se caracteriza por reconocer que las máquinas y, en este caso, los microprogramas informáticos, también tienen capacidad agencial. Lupton establece que la mujer usuaria debe ser vista como partícipe de una relación donde tanto ella como la aplicación se posicionan como iguales, ya que ambos se afectan entre sí. Es lo que se denomina intra-acción, los modos en que las nuevas formas tecnológicas de agencia generadas por los ensamblajes entre humanos y no humanos actúan (Lupton, 2019: 3-4). Los miembros de estas relaciones trabajan conjuntamente, realizan el proceso de intra-acción produciendo fuerzas afectivas y agenciales nuevas a partir de la fusión de las capacidades agenciales que cada miembro de la relación posea.

En el caso de las aplicaciones para la salud podemos hablar, por ejemplo, del caso que hemos citado en el anterior apartado. La usuaria que desea quedarse embarazada planifica junto con la aplicación escogida un programa que le facilita: primero, la fecundación; segundo, el embarazo; y, finalmente, tras los nueve meses, la maternidad. En ese proceso la futura madre y la aplicación se ligan en un ensamblaje, mientras que una proporciona los datos necesarios a la aplicación para su funcionamiento, la otra le proporciona una lista de actividades adecuadas para las circunstancias que la madre está introduciendo. Con esta lista de acciones la madre modifica sus comportamientos y los de aquellos que le rodean para lograr aumentar las posibilidades de un embarazo normal. Por tanto, las aplicaciones de salud y las madres se conforman en un ensamblaje en el que se generan intra-acciones que logran generar nuevas capacidades de sentir, aprender, y actuar. Es decir, la mujer pasaría a ser afectada de una forma distinta, al verse su identidad mediada por la tecnología. Al mismo tiempo, esto también modificaría su forma de afectar, ya no se trata solo de lo que ella desea como individuo, sino que está afectada por los consejos de una aplicación (Bebea, 2018: 78-79; Lupton, 2019: 3).

La diferencia entre el ensamblaje de humanos y no humanos y la relación social que se da en una consulta médica es que ambas partes de la relación están constituidas como iguales, mientras que en la consulta médica presenciamos a un sujeto epistémicamente inferior. El hecho de que la relación de la mujer y la aplicación se produzca de forma ajena al médico le proporciona la oportunidad de mantenerse alejada de los dispositivos de control tradicionales de la profesión médica (García Dauder y Pérez Sedoño, 2017; Lupton, 2019). Pero ¿realmente la experiencia de la salud está tan aislada de la experiencia tradicional de la consulta médica?

Se podría plantear en este sentido que el saber médico experto se externaliza a la aplicación y la usuaria lo convierte en suyo, al guiar sus acciones y decisiones sobre su salud por las directrices y consejos que le llegan de la misma aplicación. Hay una renegociación del poder médico en este sentido, ya que, al no situarse frente al profesional médico que prescribe, la usuaria puede llegar a tener mayor espacio de libertad para decidir, se puede construir así, un espacio de resistencia. No obstante, bien es cierto que dicha resistencia no escapa de los condicionamientos que la medicina ha erigido sobre el cuerpo de las mujeres, lo que implica una constante monitorización por parte de la tecnología, a la que se brinda información sobre los cuerpos.

En la oposición encontramos la corriente filosófica que encabeza Foucault. Desde su línea de pensamiento podemos concebir las aplicaciones como elementos de vigilancia y autodisciplinamiento. La tecnología forma parte de nuestra realidad, se compone de artefactos destinados al servicio del poder disciplinario que sustenta el correcto funcionamiento de la cultura y la realidad. Del mismo modo que los asilos desarrollaban nuevos modos para controlar las pequeñas muestras de resistencia que el paciente realizaba, la industria farmacéutica ha colonizado también la experiencia privada que se da de la enfermedad y la salud en el interior de los hogares (Castro Orellana, 2014; Foucault, [1961] 2000; Larrauri, 2005).

La demostración de esto la encontramos en el uso que hacen las aplicaciones de los datos que las mujeres ceden. La aplicación más popular en Estados Unidos se llama Flo y le vende datos a *Procter & Gamble* y a *Bayer*. Su rival, *Glow*, dice que le parece inmoral vender publicidad segmentada, pero comparte sus datos con laboratorios. Los datos son comprados, reempaquetados y vendidos por empresas de *data brokers* al mejor postor [...] (Serrano, 2019). Es lo que se denomina marketing biológico. Las aplicaciones de este tipo que se suelen ofertar como gratuitas venden los datos a las empresas farmacéuticas. En base a este tráfico de datos la industria farmacéutica ha creado una estrategia de marketing a partir del estadio hormonal en el que se encuentra la usuaria. Si esta se encuentra en un momento de ovulación se le muestra publicidad sobre maquillaje y ropa, si por el contrario en ese momento la usuaria marca en su aplicación que tiene la menstruación se le muestran anuncios de compresas o productos como dulces y series de televisión que son afines a su perfil de consumidora

(Serrano, 2019). Se trata, como diríamos con Foucault de una generación de saber que va a sustentar la norma social. En este caso, una norma centrada en la permanencia y fortalecimiento de los cánones tradicionales del rol de género femenino, en cuanto a expectativas de convertirse en madres se refiere (o de gestionar sus cuerpos para amoldarse al estereotipo femenino de belleza). De este modo, la aplicación de salud se puede comprender como un dispositivo del poder mediante el cual la usuaria integra la norma social sobre lo que significa ser madre, al tiempo que adquiere un papel activo en la significación de la anormalidad en este mismo sentido. Recordemos que, al fin y al cabo, el saber del que se nutre la aplicación proviene del campo médico y la industria farmacéutica, a la vez que reproduce las lógicas del sistema neoliberal.

Al fenómeno del marketing biológico debemos añadir la experiencia de castigo que muchas usuarias han relatado (Lupton y Maslen, 2019). Las mujeres señalaban que en ocasiones las notificaciones enviadas por las aplicaciones les resultaban demasiado intrusivas, cuestionaban sus hábitos, las forzaban a realizar acciones que no deseaban y de no hacerlas las castigaban haciéndoles sentir culpables por “no ser la mejor versión de sí mismas” lo que a su vez les hacía sentirse avergonzadas. Del mismo modo que Foucault nos hablaba de que los procesos de castigo y corrección quedaban entre el preso y los vigilantes, las aplicaciones imponen una transformación del individuo de forma integral. Lo que la usuaria debe cambiar es a sí misma, entera, incluso esa voluntad que le hace rebelarse contra la aplicación que trata de disciplinarla (Foucault, [1975] 2008: 129-130). Esta es una visión claramente opuesta a la que nos ofrece Lupton, frente al ensamblaje que transforma a la mujer en usuaria, en una relación de iguales que modifica tanto a ella como a sus actos encontramos la postura foucaultiana.

Tal y como se puede observar a partir de la contraposición de las lecturas que se pueden hacer desde Lupton y Foucault sobre el uso de las aplicaciones de salud por parte de las mujeres, observamos que se trata de una cuestión de gran ambivalencia si lo que deseamos es dar respuesta a las preguntas planteadas en la introducción de este texto: ¿Qué papel juegan estas aplicaciones en la gestión de la salud femenina? ¿Son un instrumento para la profusión de un modelo de sujeto femenino que se autogestiona en base a la norma neoliberal? ¿O pueden convertirse en una vía para el empoderamiento y la resistencia debido a su capacidad para la toma de decisiones “libre” de la intervención médica? Atendiendo a estos interrogantes, se puede señalar que las aplicaciones de salud femenina ayudan a una autogestión de la salud de las usuarias, no obstante, desde una perspectiva foucaultiana, vemos que esa autogestión contiene riesgos de alienación y reproducción de un saber médico y farmacéutico que puede

convertir a las aplicaciones en dispositivos de control del cuerpo de la usuaria. Aunque también es cierto que las usuarias pueden ahora monitorizar su cuerpo en casa, mientras que antes esa jurisdicción exclusiva de los médicos (Lupton y Maslen, 2019: 7-8).

La aceptación mayoritaria se puede deber a la creación de un dispositivo de poder que controla las pequeñas muestras de rebeldía de las pacientes (Castro Orellana, 2014). El dispositivo consiste en la necesidad creada a partir del compromiso de generadoras de datos. La necesidad de convertirse en paciente experto provoca en la mujer la necesidad de hacer un uso correcto de las aplicaciones de la salud. La usuaria media se siente obligada a colaborar para el correcto funcionamiento de la ciencia, considera que cederle sus datos voluntariamente provocará un cambio de esta, la pondrá al servicio del paciente y no del Estado. Esto, en los casos en los que las pacientes tienen pleno conocimiento sobre la gestión de los datos que aportan a las aplicaciones móviles y sus posibles usos. Sin embargo, muchas veces los datos se aportan sin el conocimiento necesario para aportar consentimiento sobre su uso, tanto en los casos en los que no se dispone del conocimiento técnico, como aquellos en los que las aplicaciones móviles no son claras a la hora de dar a conocer el uso que hacen de los datos que obtienen de los usuarios. Sin embargo, la medicina forma parte del discurso cultural, es esta ciencia quien indica que algo es correcto o no. La industria farmacéutica es una de las colaboradoras principales del poder disciplinario médico, así que la medicina procurará el aumento constante de los beneficios económicos del mismo de tal forma que crea un círculo vicioso donde el discurso cultural puede reproducirse sin problemas (Castro Orellana, 2014; Larrauri, 2005).

En definitiva, a través de la propuesta de autores como Foucault se puede entender que poseer la capacidad de diagnóstico es una forma de autoridad, de poder, con la que el médico pone etiquetas a distintos cuadros sintomatológicos para afirmar así que la persona estudiada está enferma o no. Es en este razonamiento en el que sustenta el estatus y el dominio de la profesión médica (Lupton y Jutel, 2015) sobre los cuerpos, afirmando así otra de las dimensiones de la biopolítica. En este sentido, las aplicaciones informáticas de gestión de la salud poseen una autoridad parecida, con la capacidad de señalar si la usuaria debe alertar o alertarse de un estado de enfermedad. Con ese diagnóstico la usuaria se sabe enferma y actúa en consecuencia. Aquí la figura médica desaparece, o queda transformada por la dimensión tecnológica. No obstante, es la propia usuaria la que se convierte en la voz ejecutora de la *expertise* médica, autogestionando su cuerpo y estado de salud. Podríamos decir entonces que las mujeres, en esa transformación a usuarias se han convertido en expertas conocedoras encarnadas, este proceso, posibilita la autogestión de la usuaria, una autogestión que, si bien puede estar sometida en ocasiones a la mirada médica enajenante, también ofrece espacios para la resistencia por parte de la usuaria, quien en última instancia decide qué consejos seguir o no.

3.3. La mujer-cíborg

La transformación de la que hablábamos en la conclusión del apartado anterior se vuelve esencial para comprender cómo se configura la mujer en la actualidad al convertirse en usuaria, ya que, tanto si adoptamos la postura de Lupton, como la de Foucault, el cuerpo femenino ha pasado de estar mediado por la mirada médica a estar mediado por un microprograma (influenciado aún por el discurso médico, pero mediado por la mirada de la usuaria), ya sea observado como parte de la identidad de la usuaria en una vertiente más constructiva/empoderadora, o como dispositivo de control que la enajena de su cuerpo. Es por eso por lo que en este último apartado trataremos de conocer cómo la tecnología y la mujer se median el uno al otro y cómo modifica este hecho al sujeto de estudio.

Donna Haraway empleó el término *cíborg* para hablarnos del sujeto que habitaba el siglo XXI, una época en que los límites entre lo tecnológico y lo humano han desaparecido. Las cualidades de uno se trasladan al otro y viceversa (Oudshoorn y Pinch, 2003: 7). Con lo que: "Un cíborg es un híbrido de máquina y organismo, una criatura de la realidad social así como una criatura de ficción" (Haraway, 2020: 8). A través de este término crea un manifiesto político donde parte de tres puntos principales: el desdibujamiento de la frontera humano/animal, el desdibujamiento de la frontera organismo/máquina y el desdibujamiento de las fronteras entre aquello físico y aquello no físico. De este modo, Haraway plantea una crítica a los discursos hegemónicos y totalizadores a partir de la ironía, adoptando una epistemología de la diferencia donde se evite caer en un lenguaje demasiado naturalizado.

Sin embargo, para Haraway la crítica no acaba ahí. Esta constatación de que somos sujetos híbridos y mediados tecnológicamente es en realidad la herramienta que emplea para mapear toda nuestra realidad social (Haraway, 2020: 8-11). Ser cíborg conlleva cuestionar las trampas del lenguaje como totalizadoras y naturalizadoras, por su imposibilidad de captar la diferencia, ontológica en estatus. La fusión de las personas con las nuevas tecnologías no debe ser celebrada, sino empleadas para subvertir y desplazar los significados, creando nuevas perspectivas, lenguajes y tecnociencias (Oudshoorn y Pinch, 2003: 7).

A partir de estas ideas expuestas por Haraway, la mujer-usuaria de las aplicaciones de salud se puede llegar a entender como un cíborg, un ensamblaje de mujer-aplicación. Los ensamblajes (mujer-máquina) son agentes y, por eso, pueden modificar, y son modificados por la realidad que les afectan. Es esa misma agencia que les caracteriza es la que les permite reestructurar los saberes que median su relación con el mundo y generar espacios de resistencia. Los cíborgs son, en definitiva, sujetos políticos que participan en las relaciones sociales de su entorno y condicionan la realidad. Esto se debe a que su agencia tiene la capacidad crítica necesaria para modificar el

discurso político (Haraway, 2020; Larrauri, 2005). Pero para que el cibernético se convierta en un agente de cambio, debe tomar partido en el discurso político. De otro modo, la capacidad afectiva de esos se perdería sin realizar cambio alguno. Así pues, la construcción del sujeto de la mujer usuaria como paciente experta y ciudadana modelo evita que la mujer-cibernético trate de subvertir el discurso hegemónico (Larrauri, 2005; Lupton, 2019).

Podemos concluir, por tanto, que, si bien el sujeto femenino se encuentra fusionado con las tecnologías constituyéndose como un ensamblaje donde su capacidad agencial ha sido modificada, se comporta en realidad como si su fusión fuese lo que se denomina *Biomedica*. Esto se define como el uso de las tecnologías y otras ciencias modernas para mejorar el cuerpo humano, es decir, todo el conocimiento generado en este campo promueve la centralidad del ser humano al contrario del rol subversivo que tienen los cibernéticos de Haraway. El ser humano, y en particular la mujer debe decidir sobre si promoverá la política cibernético subvirtiendo los discursos de los dispositivos de poder o, por el contrario, perpetuara el discurso hegemónico donde el ser humano es el centro de todo el pensamiento, incluso cuando hablamos de la fusión de nuevas tecnologías con mujeres (Haraway, 2020; Thacker, 2003).

4. Conclusión

A lo largo de este trabajo hemos tratado de reflexionar sobre la autogestión de la salud de las mujeres a través del uso de aplicaciones móviles. Las nuevas tecnologías han cambiado la tradicional cita médica y han procurado el surgimiento de nuevos tipos de pacientes y prácticas, entre ellas, la emergencia de la paciente experta. Sin embargo, la duda que todavía permanece es si la aparición de estas nuevas prácticas reproduce el discurso de la autoridad médica o lo subvierte. La cuestión no debe plantearse aquí en términos estrictamente dicotómicos, ya que de este modo se perdería el alcance de la complejidad del problema. Por esta razón, llegados a este punto del texto, se puede señalar que el uso de las aplicaciones de salud femenina por parte de las mujeres puede convertirse en una vía para la autogestión que libere a la usuaria de las limitaciones y prescripciones que se daban en la consulta médica, ya que aumenta su capacidad de decisión sobre si seguir o no dichas prescripciones, generando así un nuevo espacio de resistencia. Pero tampoco sabe olvidar que las aplicaciones informáticas de salud femenina se nutren de los discursos hegemónicos de la medicina tradicional, por lo que, finalmente, liberarse de las ataduras del canon médico puede resultar difícil, aunque no imposible.

La mirada médica es la única con capacidad para designar quien está enfermo y quien no, lo que ha producido graves problemas en la experiencia femenina sobre dicho estado. Las mujeres en la práctica médica son, en definitiva, discriminadas a causa de su género, que las objetiviza como únicas gestantes de la especie humana (de

Beauvoir, [1949] 2010). Esta condición es la justificación biológica en la que el ámbito clínico se apoya para explicar la discriminación de las mujeres como sujetos que sienten y como individuos independientes con capacidad para discernir y hablar de sus experiencias.

Las aplicaciones de salud, o las *Femtech*, surgen aquí para posibilitar la autogestión del cuerpo femenino por parte de las usuarias. En este sentido, Lupton (2019) sitúa a las aplicaciones como una herramienta de empoderamiento, ya que devuelve a las usuarias la capacidad para medir sus constantes vitales y hacerse propietarias de su propio cuerpo y experiencias. Mientras que, a través de la filosofía de Foucault podemos establecer una comparativa entre la creación de diferentes dispositivos de poder que permiten el control del paciente, que usan a su favor y el de la industria farmacéutica los datos suministrados por las usuarias. De hecho, aunque las utilidades de las aplicaciones son casi infinitas, la mayoría de las mujeres las emplean para mantener un control de su salud reproductiva. La mujer usuaria de estas aplicaciones, por tanto, queda encasillada en los tradicionales roles de género hegemónicos del ámbito reproductivo.

La mujer, fusionada con las aplicaciones se convierte en un sujeto en la encrucijada de convertirse en el cibernético de Donna Haraway o en la *Biomedía* de Eugene Thacker. Debe posicionarse como sujeto activo que modifica las prácticas y los discursos de la cultura hegemónica o bien adaptarse a la realidad y al discurso como sujeto pasivo y supeditando la tecnología a su beneficio. Al no tratarse de un ensamblaje, sino de una mejora del ser humano, la capacidad subversiva que Haraway atribuye a los cibernéticos se pierde y por tanto al hablar del ser con un cuerpo de *Biomedía* hablamos de un sujeto pasivo en términos foucaultianos (Haraway, 2020; Larrauri, 2005; Thacker, 2003).

Podemos afirmar que las pacientes femeninas conforman uno de los colectivos más castigados por la medicina debido a que la capacidad de autogestionar sus propios cuerpos ha sido históricamente alienada. Sin acceso a sus propios parámetros vitales eran despojadas de todo tipo de autoconocimiento y, en consecuencia, de poder (Foucault, [1961] 2000; Lupton, 2019). Las aplicaciones pueden constituir el agente de cambio que modifique la realidad, ya que pueden otorgar a la usuaria el espacio para la resistencia hacia los discursos hegemónicos del saber médico. La usuaria a medio camino entre el cibernético y la *Biomedía* tiene la posibilidad de escoger construirse como un elemento subversivo de la actualidad, construyendo epistemologías alternativas que configuren nuevas formas de rebeldía contra la norma médica y el discurso cultural. De hecho, estas realidades ya se dan dentro de un mundo donde la medicalización y la farmacologización de estados normales del cuerpo se ha convertido en el día a día de muchas mujeres. Ejemplo de esto son los diferentes movimientos feministas que

se han aunado en organizaciones de pacientes para denunciar discursos biomédicos excluyentes en algunos campos como el de la ginecología (Swarx, Maffeo y Fernández Vázquez, 2022; Fernández-Garrido, 2023).

Para lograr que la mujer se constituya como una experta conocedora encarnada y se evite la construcción de los sujetos epistémicos alienados de sus propios cuerpos se debe apostar por la correcta teorización de las relaciones existentes entre la ciencia, la salud y otros sectores como la industria farmacéutica. También se deben visibilizar y reivindicar los conocimientos y las prácticas médicas de colectivos y movimientos que no pertenecen a los grupos que mantienen los discursos de poder hegemónicos. Abogar por una inclusión de las mujeres tanto en el papel de científica como en el de sujetos de estudio en las investigaciones es fundamental, ya que las mujeres pueden aportar nuevas perspectivas y experiencias no contempladas por la ciencia. Recuperar los conocimientos existentes y suprimidos a propósito por los grupos creadores de realidad mediante el estudio de los movimientos de resistencia se convierte en una de las tesis a las que debe aspirar la mujer cibernética. La nueva realidad que se le plantea a la mujer es confusa porque se ha convertido en una mezcla de tecnología y cultura. Sin embargo, al igual que la realidad, ella también es una fusión de ambas partes, lo que la sitúa como agente capaz de generar discursos alternativos a partir de la subversión de las normas médicas y de hacer un análisis crítico del conocimiento dado en la medicina, tanto el hegemónico como el ignorado.

5. Referencias bibliográficas

Abraham, John (2010). Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622. <https://doi.org/10.1177/0038038510369368>

Allen, Chris; Ivaylo Vassilev; Anne Kennedy y Anne Rogers (2019). The work and relatedness of ties mediated online in supporting long-term condition self-management. *Sociology of Health and Illness*, 42(3), 579-595. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13042>

Bebea, Inés (2018). *Las voces de la tecnología que resuenan en los Labs*. Tabakalera. <https://doi.org/10.2307/40128212>

Bianchi, Eugenia. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9(1), e052. <https://doi.org/10.24215/18537863e052>

Castro Orellana, Rodrigo (2014). Lectura del Curso de Foucault Le Pouvoir Psychiatrique. *LOGOS. Anuales Del Seminario de Metafísica*, 47(47), 55-79. https://doi.org/10.5209/rev_ASEM.2014.v47.45802

Clarke, Adele E.; Laura Mamo; Jennifer Ruth Fosket; Jennifer R. Fishman y Janet K. Shim (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Duke University Press.

Conrad, Peter (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press.

Conrad, Peter (2015). Foreword. En S. Bell y A. Figert (Eds.), *Remaining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements* (pp. VI-I-IX). Routledge.

de Beauvoir, Simone [1949] (2010). *El segundo sexo*. Primera parte (pp. 2–22). Destino.

Fernández-Garrido, Sam (2023). Saberes intactos, saberes en contacto. Una revisión feminista del significado del contacto en los debates contemporáneos sobre las relaciones clínicas. *Asclepio*, 75(1), e08. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.08>

Foucault, Michel [1961] (2000). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel [1963] (2021). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.

Foucault, Michel [1974] (2007). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel [1975] (2008). *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI.

García Dauder, Silvia y Pérez Sedeño, Eulalia (2017). *Las "mentiras" científicas sobre las mujeres*. Catarata.

García Dauder, Silvia y Romero Bachiller, Carmen (2018). De epistemologías de la ignorancia a epistemologías de la resistencia: correctores epistémicos desde el conocimiento activista. En T. Cordero Cordero (Comp.), *Discusiones Sobre Investigación y Epistemología de Género En La Ciencia y La Tecnología* (pp. 145–164). Universidad de Costa Rica.

Gutiérrez, Roberto (2020). Mujeres NoMo: Decisión de no tener hijos. *Gaceta UNAM*, 27 de enero ([enlace](#)).

Haraway, Donna (2020). *Manifiesto Cíborg*. Kaótica Libros.

Larrauri, Maite (2005). *La sexualidad según Michel Foucault*. Tàndem edicions.

Lupton, Deborah (2019). The thing-power of the human-app health assemblage: thinking with vital materialism. *Social Theory and Health*, 17(2), 125–139. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00096-y>

Lupton, Deborah y Jutel, Annemarie (2015). "It's like having a physician in your pocket!" A critical analysis of self-diagnosis smartphone apps. *Social Science and Medicine*, 133(January 2014), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.004>

Lupton, Deborah y Maslen, S. (2019). How women use digital technologies for health: Qualitative interview and focus group study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1). <https://doi.org/10.2196/11481>

Menéndez, Eduardo. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58: 104-113.

Meneu, Ricard (2018). La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la "medicamentación". *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 174-179. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11064>

Oudshoorn, Nelly y Pinch, Trevor (2003). Introduction. En *How users matter: the co-construction of users and technologies*. MIT Press.

Papí-Gálvez, Natalia, Cambronero Saiz, Belén y Ruiz-Cantero, María Teresa (2007). El género como «nicho»: el caso de la publicidad farmacéutica. *Feminismo/S*, 10, 93-110. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.07>

Rose, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Unipe Editorial Universitaria.

Rose, Nikolas (2018). *Our psychiatric future*. John Wiley and Sons.

Sanz, Marco (2021). *La emancipación de los cuerpos: Teoremas críticos sobre la enfermedad*. Akal.

Serrano, Beatriz (8 de agosto de 2019). Para clínicas de fertilidad o seguros privados: así usan las compañías tecnológicas tus datos sobre la regla. *S Moda*. <https://smoda.elpais.com/feminismo/como-las-companias-tecnologicas-usan-tus-datos-sobre-la-regla/>

Szwarc, Lucila; Florencia Maffeo y Sandra Salomé Fernández Vázquez, (2022). Aportes de los activismos feministas y LGBTQ+ en Argentina a la construcción de una salud feminista. *Revista de Historia*, 23, 205-229.

Thacker, Eugene (2003). What is Biomedica? *Configurations*, 11(1), 47-79. <https://doi.org/10.1353/con.2004.0014>

Tosal Herrero, Beatriz (2007). Síndromes en femenino: el discurso biomédico sobre la fibromialgia. *Feminismo/S*, 10, 79-91. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.06>

Valls Llobet, Carme (2008). *Mujeres invisibles*. Mondadori.