

Cosificación del cuerpo en los servicios de salud públicos desde la visión del personal médico

Alma Gloria Nájera Ahumada
Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Abordo la problemática de la cosificación del cuerpo en los servicios de salud, específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a partir de un análisis cualitativo de un grupo focal de estudiantes de posgrado de medicina, que se expresa en que se identifica a la persona como la enfermedad durante la atención, en la pérdida del diálogo como elemento del diagnóstico, en la mercantilización de los servicios, entre otros. Se argumenta que lo anterior se manifiesta durante el capitalismo avanzado y en la fase de globalización, cuando el mercado impone leyes a lo que sucede en la sociedad y convierte todo en mercancías. En este caso, los cuerpos son atendidos en las instituciones de salud, pero sus servicios no buscan calidad y respeto a los derechos humanos, sino eficiencia, efectividad, rendimiento. De esto se deriva un problema ético en la atención dado que dificulta el ejercicio de los derechos humanos, y en esta era en que se han suscrito acuerdos y compromisos a nivel internacional, el personal de salud además de dificultarlos los transgrede, en un contexto de excesivo racionamiento que tampoco encuentra solución.

Palabras clave: cosificación, derechos humanos, servicios de salud, análisis cualitativo.

Abstract

I address the matter of body objectification in health services, specifically in the Social Security Mexican Institute (IMSS for Spanish) from a qualitative analysis of a focal group with postgraduate medical students. I show different objectification features such as patient identification as the illness itself during attention, the loss of conversation as a fundamental element for diagnosis, the commercialization of services, among others. I argue that the prior examples take place in late capitalism and globalization, just when it is the market that imposes laws to what happens in society and that turns everything into merchandise, in this particular case, the bodies taken care of in health institutions but also health services by caring for efficiency, effectiveness and yield over quality and respect of human rights. This has

become an ethic problem in patient service since it makes difficult for them to exercise their human rights and it enables their flagrant violation. Even though nowadays international agreements and commitments on human rights respect have been made, health staff makes it difficult and transgresses it in a context of excessive rationing in which they cannot resolve this matters.

Keywords: Objectification, Human Rights, Health Services, Qualitative analysis

Introducción

En las últimas décadas del siglo pasado, a partir de la creación de la Organización de Naciones Unidas y, más específicamente, desde la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, se han llevado a cabo reuniones, convenciones y la firma de acuerdos relacionados con los derechos humanos. Declaraciones y acciones diversas como las Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, y la Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague en 1995 resaltan por haber marcado pautas a sus antecesoras, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en Beijing en 1995;¹ anterior a ello, se tomaban criterios múltiples para respetar, ejercer y defender esos derechos; sin embargo, el que se hayan celebrado convenciones y acuerdos así como compromisos en múltiples ámbitos derivados de esa declaración y de otras más concretas, y que México los haya firmado y ratificado, no quiere decir que todo haya cambiado, ya que estamos inmersos en un proceso que ha sido difícil y doloroso para muchos actores y en el que ha habido avances y retrocesos.

La atención a la salud, contenida en la Declaración de Derechos Humanos de 1948, que en su artículo 25 establece el derecho a la salud, en sus numerosas esferas presenta diversos aspectos en los que el cabal cumplimiento de los derechos de las personas que atienden la salud en alguna institución pública se presenta aún muchas aristas, recovecos, que nos llevan a afirmar que los derechos no se ejercen, que existen obstáculos e impedimentos de diferente índole que no permiten cumplirlos en su totalidad. Es de mencionarse que, aparte de los derechos sexuales y reproductivos que se visibilizaron a raíz de las reuniones arriba mencionadas, en particular la del Cairo y la de Beijing, en las que el movimiento nacional e internacional de mujeres lucha por los derechos de las mujeres, movilizaron y contribuyeron a las agendas de esas reuniones.²

¹ La IV Reunión Internacional sobre Población y Desarrollo fue la primera, después de tres, en que se pasó de un enfoque eminentemente cuantitativo y de búsqueda de metas y reducción de tasas, inicialmente de crecimiento de la población, entre otras, y en ese sentido es un parteaguas; los compromisos y la plataforma de acción estuvieron dirigidos al bienestar y en pro de metas cualitativas de calidad de vida y como centro de la población; es decir, las personas, las mujeres, pusieron los derechos humanos en el centro de las políticas de desarrollo (Espinoza, 2000: 11-12).

² Existe abundante literatura en torno a la forma en la que los derechos humanos en las instituciones de salud no se respetan, que en el área de salud reproductiva también se ha documentado. Consúltese, entre otros, a Castro y Erviti (2003), Valdez (2004), Salles y Tuirán (2001), Figueroa (1999), Ashford (2001).

La cosificación del cuerpo es sólo uno de los ámbitos que media y que está asociado con el cumplimiento y el ejercicio de los derechos humanos en el ámbito de la salud; desde esta perspectiva es que en este artículo se aborda dicho tema.

La cosificación es un proceso que no sólo es válido para el cuerpo, lo es también para diversas cuestiones en esta etapa del capitalismo. Kosik (1967) argumenta cómo el capitalismo es el sistema de la total cosificación o enajenación, en el que hombres y mujeres se presentan bajo el ropaje característico de funcionarios o agentes de este mecanismo; es decir, como partes o elementos suyos.

En este sentido, los seres humanos, las personas, se vuelven una cosa y habría que agregar que es en esta era de la globalización en que se pierden fronteras y que el mundo se vuelve uno solo (Adams, 1994),³ proceso complejo que se puede apreciar tanto en lo económico como en lo tecnológico, a nivel de las acciones pero también de las representaciones, que de alguna forma va uniformando territorios, personas, mundos y desterritorializando (Mendieta y Castro-Gómez, 1998). Agregando además explícitamente todo lo que implica la cultura, tradiciones, costumbres, que van perdiéndose en original, modificándose, sincretizándose.

Estos procesos que se han presentado a lo largo de la historia, en la época actual adoptan algunas características que en épocas anteriores no se habían manifestado, tales son la emergencia de los nacionalismos y la revolución industrial, que han impreso sellos diferentes a tales procesos (Warnier, 2002). Así, la cosificación forma parte de esos procesos globales, en los que las personas se despersonifican y se tornan justamente cosas; de este modo, los derechos humanos ocupan un espacio marginal en este concierto de mercado, que permea el mundo a través de los mecanismos tradicionales, pero también de las redes sociales a través de internet.

La sociedad capitalista crea la técnica como medio de relación del hombre con la naturaleza y consigo mismo. Instaura las estructuras económicas y políticas como realidades superiores al hombre, a la mujer y, por ende, a la sociedad, inaugurando una relación entre cosas; de ahí que el papel de la ciencia en el capitalismo consiste en administrar y utilizar como cosas al mundo, al hombre, a la mujer y a la sociedad; en la economía capitalista se opera un cambio recíproco de personas y de cosas; es la era de la personificación de las cosas y la cosificación de las personas (Estrada y Espinal, 2012: 4). En el ámbito de la salud y en particular de la atención a la salud, también es una realidad. Partimos de los derechos humanos porque la cosificación de las personas, de las mujeres y de los hombres en los ámbitos de la salud y de las instituciones de salud es una realidad, y entre otros elementos se conjuntan y complementan y en muchos sentidos actúan para obstaculizar y dificultar el ejercicio de esos derechos.

³ Siguiendo a Adams (1994) se entiende a la globalización como una condición en la que la información y las consecuencias de las acciones que suceden en alguna parte del mundo se comunican rápidamente a otros muchos lugares del mundo con gran velocidad, sin barreras ni fronteras.

Un elemento para tener presente es la construcción social de los géneros,⁴ que en el marco de la salud comprende diversas cuestiones. Otra premisa es que la cosificación de los cuerpos es una construcción social, que a cada momento histórico, que a cada contexto geográfico y por supuesto realidad económica, cultural y social, le corresponde una diferente (Berger y Luckman, 1998), y siguiendo a Foucault (1997), lejos de ser una realidad en sí misma, el cuerpo es algo que se fabrica.

Metodología

Para abordar el tema se utilizó un acercamiento cualitativo, un estudio exploratorio; la visión que se muestra en el presente documento fue aplicada a un grupo focal, un conjunto de siete médicas y médicos que cursaban posgrado de medicina, cuatro mujeres y tres hombres, estudiantes de la especialización de epidemiología del Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS)⁵ y dos entrevistas individuales a un médico y una médica, el primero médico-cirujano del IMSS en servicio en una clínica de la institución, y la segunda, una médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y que también proporciona consulta privada; asimismo, se hicieron observaciones en varias unidades de Medicina Familiar del Seguro Social.

Tanto el grupo focal como las entrevistas abordan diferentes aspectos de los derechos humanos de las personas derechohabientes que se atienden en las instituciones públicas. Los estudiantes del grupo focal de esta especialidad ya han pasado por una etapa previa de atención a derechohabientes que tienen derecho a los servicios del IMSS en diferentes partes del país; es decir, ellos y ellas pertenecen a distintos estados de la República Mexicana.

La enfermedad como algo separado del cuerpo-persona o la persona vista como una enfermedad

Actualmente, la enfermedad no es tratada como un mal que padece el ser humano, inscrito dentro de una cultura, de un contexto, que desde la perspectiva del construccionismo social confluyen varias disciplinas; el cuerpo, la salud y la enfermedad son justamente producto del entorno y del contexto, de la sociedad, de las relaciones que se establecen entre los diferentes agentes sociales. La salud y la ausencia de ella, la enfermedad, se consideran como el efecto de acontecimientos objetivos que dañan o benefician al cuerpo, por supuesto una construcción de la sociedad moderna, capitalista y globalizada, cuya característica fundamental es su conversión en mercancía. Y así se llega al descuido de la dimensión humana y subjetiva

⁴ Categoría de análisis que ha sido muy útil para analizar las diferencias entre hombres y mujeres, que se delinear y construyen a partir de las diferencias biológicas y se definen como formas de comportamiento y relación que permean todos los espacios sociales y varían en el tiempo y en cada cultura; por eso justamente son construcciones sociales. Pueden consultarse para diversas disciplinas: Lamas (1996), De Barbieri (1991), Lagarde (1990), Valdez (2004) y Gómez (2003), entre otras.

⁵ Instituto Mexicano de Seguro Social.

del enfermo, lo cual es muy claro y está patente en la práctica actual (Estrada y Espinal, 2012: 5). Y al mismo tiempo, esa desatención de lo humano y de lo subjetivo, esa despersonalización de la que padece alguna enfermedad forma parte de la construcción social de nuestra era en relación con el cuerpo, lo cual se muestra en el siguiente testimonio:

[...] en general los médicos nos hemos despersonalizado mucho y siento que a veces, digamos ese espíritu que tenemos en la carrera de atender al paciente, ver su dolor, acompañarlo hasta el final, creo que se ha perdido; los vemos como un paciente más, una consulta más, y pues realmente no tomamos esa personalización y no vemos al paciente como nos decía en nuestra, bueno a mí en la escuela me decían, ve al paciente y trátalo como tu familiar (H, Ciudad de México, 2016: 3-4).

Como lo percibe otro médico:

Qué pasa, el médico ha perdido esa; nosotros somos personal que va a servir a las personas y eso es algo que se ha perdido bastante en las personas: que yo no quiero tratar a tal paciente, que yo no quiero tratar a tal otro paciente; desconozco cuáles sean que hace que seamos los médicos, tal vez sean los medios de comunicación, el modelo actual que se está siguiendo, que se está imponiendo, que los médicos empiezan a olvidar esa, el objetivo (H, Ciudad de México, 2016: 4-5).

A las personas se les ve y se les identifica por la enfermedad, antes que como personas; toman el rostro del padecimiento que es una de las manifestaciones de la cosificación de los cuerpos y de las personas, como se muestra en lo dicho por ellas y ellos: "Sí, pues sí, incluso a veces nos referimos más al paciente de la pancreatitis (H, Ciudad de México, 2016: 8) [...] Sí, sí, ni siquiera nos sabemos el nombre, es la cama o el diagnóstico cuando nos referimos al paciente, muy pocos médicos se refieren por su nombre" (M, Ciudad de México, 2016:8)-

Ese cuerpo es por el que percibimos el mundo, y todo el conocimiento desarrollado es a través del cuerpo. Nuestras identidades están construidas en un proceso dinámico de sensaciones y de vivencias del cuerpo, incluido el dolor, la enfermedad e, incluso, el cuidado médico y todas ellas son producto de la sociedad en la que vivimos.

La forma en la que se concibe todo lo relacionado con la enfermedad, la salud, el dolor, la forma en la que atendemos nuestros padecimientos, la decisión de acudir a los profesionales de la salud o no hacerlo, constituye parte de un bagaje cultural preexistente, en el que intervienen interacciones sociales, y por supuesto, los significados que existían antes.

Una característica de la cosificación está asociada a la forma en la que se diagnostica; el habla y la escucha han perdido un gran terreno en el diagnós-

tico, mismo terreno que ha ganado la tecnología médica, como son los análisis químicos, las radiografías, los ultrasonidos, los escáneres, etc., etc. (Lupton, 2000: 55), lo cual es parte de esa despersonalización con los pacientes y de la cosificación de las personas. La persona humana, lo biográfico, no interesa, pues en este paradigma sólo cuenta lo verificable, lo objetivo (Estrada y Espinal, 2012: 5). De este modo, los médicos y el personal de salud no curan a través del modo como se siente la persona, sino por una serie de normas y guías clínicas, lo cual también contribuye a la cosificación y la despersonalización. En este sentido se hace necesario comprender la naturaleza de los mecanismos del cuerpo y, por consiguiente, llevar un control técnico, parte de lo cual se muestra en el siguiente testimonio: "Que se le diera toda la información, que se le, sobre los procesos que se le lleva, en lo que él va a tener, si van a darle alguna información, si va a tener salud, enfermedad, que se le diga de forma respetuosa y que se le diga completa, qué es lo que tiene el paciente" (H, Ciudad de México, 2016: 2).

En el párrafo anterior es claro cómo el personal médico proporciona a los enfermos información sobre el diagnóstico, pero nunca hacen alusión al diálogo e intercambio para el diagnóstico, que es lo que ellos y ellas tienen que informar; pero en el testimonio siguiente podemos identificar cómo ya no están en el ánimo o en la disposición de sostener un diálogo:

Meterte más allá, si ese dolor es crónico, si tiene mucho tiempo con él o si fue ese. Porque cuando ya ves tantos pacientes, ya de pronto no tienes tiempo para abordar bien uno, como para decirle: oye, tu cómo te sientes, ¿no?, porque cualquier otra cosa que no tenga que ver con el dolor agudo, no [...] Es como tratar de ayudarle a entender sus problemas cuando en realidad no los entiendes. Lo único que haces es sentirte mal por eso, y eso es, y aunque los médicos no lo digan es como una carga, entre más pacientes ves y más te involucras con ellos (H, Ciudad de México, 2016: 5).

Como lo expresa claramente otra médica: "El número de consultas que se atienden porque no le puedes dedicar el tiempo para poderte personalizar con el paciente y profundizar en su problema o padecimiento, pues porque no tienes el tiempo para hacer por los otros pacientes que tienes que ver; digo, no es justificación, pero creo que si influye mucho (M, Ciudad de México, 2016: 4).

También coincide otra médica especialista del ISSSTE, que tiene alrededor de 30 años de práctica y un médico cirujano en servicio actualmente en el IMSS, con 30 años de experiencia:

Las nuevas generaciones de médicos no están comprometidas [...] Las nuevas generaciones ven a las personas como bultos; separan perfectamente entre lo que tienen

que hacer como técnicos para resolver la situación de la persona (M, EI, Ciudad de México, 2016: 1).

Actualmente no hay compromiso de las nuevas generaciones con las personas que atienden, por eso las cosas salen mal, no se lo toman en serio, ya no existe la mística ni la disciplina de antes (CP, H, MC, Ciudad de México, 2015: 1).

La mercantilización de la práctica médica y en los servicios de salud y la cosificación del cuerpo

El discurso y la práctica médica aparecen con propósitos políticos y sociales: hacen parte de un mercado, que en nuestro país el ámbito de la práctica médica privada es la mayormente responsable de ello; es toda una industria y frecuentemente se combina con la práctica pública, y muchas veces los actores son los mismos; así, su propósito es hacer parte de un mercado que se vale de la tecnología para curar la enfermedad.

A partir de la década de 1990 se ha dado paulatinamente a escala mundial una gradual privatización de los servicios públicos de salud (Baquero y San José, 2008: 73; Pollock, 2005; Echeverri, 2008: 210), proceso que se ha impuesto en todos los ámbitos y más lentamente en unos países que en otros. El proceso encabezado por el Estado, estaba dirigido a canalizar recursos públicos al sector privado, proceso que llevaba a la mercantilización de la salud, aunque aún en nuestro país persisten y funcionan las instituciones públicas; de hecho, el proceso de pago por servicio es ya una realidad para algunos padecimientos, como es el caso del Seguro Popular, que no cubre todas las enfermedades, a pesar de que existe una proporción bastante amplia de la población que no puede cubrir los costos excesivamente altos que prevalecen en el sector privado; dada esa mercantilización, sí hay sectores y varios servicios que están privatizados o que dependen de las leyes del mercado y de monopolios para la contratación de algunos servicios.

Y en muchos sentidos, si bien son instituciones públicas, para su funcionamiento se encuentran bajo el poder de decisión del mercado. La medicina de la mano de la tecnología deviene como un mecanismo que perpetúa el mercado, una más de las características o uno de los medios que facilitan la cosificación y la mercantilización de los cuerpos enfermos y de las enfermedades, que se puede ver claramente en el discurso de los médicos y médicas:

Preguntar cuáles son esos factores en que el médico actualmente está estudiando medicina, que haga una especialidad, qué es lo que ven las personas; por ejemplo, yo he visto que hacen una especialidad, que lo hacen por dinero o por otras cosas; qué pasa el médico ha perdido esa; nosotros somos personal que va a servir a las personas y eso es algo que se ha perdido bastante [...] que yo no quiero tratar a tal paciente, que yo no quiero tratar a tal paciente (H, Ciudad de México, 2016: 4).

Como ya se mencionó, el proceso de globalización y las políticas neoliberales empezaron aplicarse por Estados Unidos y por la Unión Europea a principios de los ochenta, y que al mismo tiempo inició el proceso de privatización y el trato de los servicios de salud como una mercancía (Pollock *et al.*, 1999; Gaffney *et al.*, 1999; Pollock, 2005); también, como se mencionó, en varios países de América Latina se produjo el proceso de mercantilización de los servicios de salud en diversos esquemas y formas de financiamiento y entrega, lo cual trajo entre muchas otras cuestiones la privatización de los servicios de salud (Echeverri, 2008: 210). Al respecto, tanto en los servicios privados como en los públicos, todos o casi todos los procesos en los centros de salud están marcados por el rendimiento, la productividad, la racionalización, la eficiencia y la efectividad,⁶ y han marcado un deterioro en la salud pública, antes que la preocupación por la calidad y por las personas y el respeto a sus derechos humanos, lo cual, como vimos, se suma a factores y elementos que han contribuido a la cosificación de las personas, de la salud, de los pacientes, que el personal médico percibe de la siguiente forma:

Es el sistema, no es culpa del médico o del paciente, porque el sistema dice yo voy a pagar tres médicos y esos tres médicos me van a atender a mis pacientes como puedan y donde puedan y los pacientes van a exigir una atención de calidad, pero no son suficientes tres médicos para esa atención; entonces, los dos son víctimas, tanto el médico como el paciente; es un sistema mal organizado, mal planeado, pero él no sabe y es víctima de ese sistema de que está mal programada su atención en medicina familiar; en todos los institutos no sólo en este y no contratan, porque la mano de obra de un médico familiar es más barata, entonces la atención es mala, porque no le estás dando la atención del especialista (M, Ciudad de México, 2016: 8).

En ese testimonio, en la interpretación de la médica, el problema de la cosificación, si bien es cierto que es un asunto del trato del personal hacia las personas, también nos hace voltear a ver que esta etapa avanzada del capitalismo y de la globalización ha llevado a los sistemas de salud a una mercantilización, en la que lo que importa es la ganancia y la eficiencia y efectividad de todos los procesos; en este mundo contemporáneo, es el mercado el que regula la vida social, de tal forma que la atención con calidad y con perspectiva de derechos es un asunto que no tiene cabida en esa visión, lo cual tampoco le quita responsabilidad al personal de salud; sin embargo, sí los coloca en dilemas y dificultades para cumplir con las dos

⁶ Todas ellas características del discurso actual y del currículo para formar, en el funcionamiento de mercado, los servicios de salud y la administración y organización de los servicios, si bien se proclama que el mayor reto para el ejecutivo del cuidado a la salud es poner juntos una organización que maximice productividad, calidad, y las cuotas del mercado y que logre, al mismo tiempo, que no se pierda la misión de la organización para servir a todas las necesidades de la comunidad (Flood, Zinn y Scott, 2006; Flood, Fremont, Jin *et al.*, 1998). Esto en la práctica no se cumple, ya que siempre hay un detrimento en la calidad y en abarcar las necesidades de todos.

cuestiones, como se expresa a continuación: "Otra vez es el sistema, son tantos los pacientes, tantas las camas, tan rápido llegan a una hospitalización, que es difícil, o sea a mí, me ha pasado, que cuando estaba en el internado, es difícil aprenderte el nombre, tienes mil pendientes, creo que también viene repercutiendo esa falta de recursos" (H, Ciudad de México, 2016: 8).

En este otro caso:

Estamos haciendo una medicina más comercial [...] eso necesitamos, más dinero, más trabajo; no te interesa el que esté en esa cama, sino dame el diagnóstico, lo resuelvo y si no, mandamos a traer a alguien, porque yo ya hice lo que me tocaba, ¿no?; tanto desempleo, tanto que se necesita, porque de hecho si van a los hospitales y preguntan a los especialistas, están dando una atención que no es del área que les corresponde, pero él tiene una necesidad, por eso creo que nos despersonalizamos; estoy haciendo algo que no me gusta, entonces para qué me involucro, porque tengo un papel que me avala como médico o como cirujano o como lo que sea, pero necesitas ese dinero y lo voy a conseguir a como dé lugar; me despersonalizo más porque voy hacer algo que ni siquiera voy a poder resolver por tratar de darle una salud que ha perdido, pero es una medicina comercial la que se ve, si no, dónde hay tantas instituciones privadas y tanta demanda de medicina privada, ponme otro hospital porque somos tantos que no hay un buen sueldo y no hay un buen médico (M, Ciudad de México, 2016: 10).

Cuerpo, atomización e hiperespecialización

El sistema de salud, y el sistema de enseñanza también, presenta la característica de la hiperespecialización, un elemento que también facilita y es parte de esa cosificación: la cosificación del cuerpo.

La especialización científica ante los hechos de lo corporal, es decir, todo lo que sucede en el cuerpo, las enfermedades, los órganos, sus funciones, se ve a través de lupas, procedimientos y técnicas con fines terapéuticos y de diagnóstico; esto ha llevado a que la esfera anatomo-fisiológica tenga un valor cada vez más científico, pero actúa en detrimento del enfermo, que queda cada vez está más marginado (Estrada y Espinal, 2012: 5).

Todo lo cual tiene consecuencias e implicaciones que son fundamentales; está de por medio una concepción mecanicista, reduce la existencia del otro a la pesadez de su cuerpo e implica, parafraseando a Estrada y Espinal (2012), invalidar otras esferas de la vida que no pueden ser objetivas; así, esa concepción mecanicista de la salud está presente; el todo existencial de los pacientes, su angustia, son asuntos que no son tomados en cuenta por esta visión positivista.

En los siguientes testimonios podemos ver claramente ese fenómeno en los servicios de salud, que están diseñados también para que la atención sea hiperespecializada: "Cada quien se dedica a su pedacito, resuelves lo que te toca y ya

te olvidas de todo lo demás, porque estamos aquí para atender en el momento y no es parte esto de tu especialidad; entonces, el paciente se va, incluso un paciente puede llegar por un problema y le salen varios, entonces todo eso termina empeorándose, entonces cada quien se enfoca a su parte" (M, Ciudad de México, 2016:5).

Como este otro testimonio de una médica: "Pero es raro el médico que ve al paciente como un todo y quien lo trata de ver así te das cuenta qué si haces eso, el tiempo se te iría en un paciente y el sistema no te permite eso" (M, Ciudad de México, 2016:5).

Otra mujer médica complementa al decir:

Unidades de medicina familiar y ni esas, porque están destinadas a ver consultas y a resolver problemas pequeños, entonces nadie tiene como la dirección para atender una problemática realmente integral y ni tiene la preparación tampoco; digamos, todo lo que no es orgánico, lo que no podemos clasificar como orgánico se envía a psicología o psiquiatría y el problema del psiquiatra y el psicólogo es que todo el tiempo están saturados, así que el que podría ver si hay problemas en casa tampoco lo hace (M, Ciudad de México, 2016:4).

Los derechos humanos y la cosificación

El proceso que ha seguido la medicina, sus formas de diagnóstico, la forma de ver a los pacientes, alejados de un acercamiento integral y como centro el ser humano, como se ha visto a través de las distintas características analizadas arriba, en combinación con el sistema de mercado que permea en toda la sociedad, incluida la salud y la atención a la salud y por lo tanto las instituciones de salud,⁷ necesariamente nos hacen volver la mirada hacia la formación que se está dando a los profesionales de la salud en relación con los derechos humanos. Lo expresado por varios de los médicos y médicas nos muestra como consideran su formación en derechos humanos:

No, ni siquiera se sabe bien qué es eso de los derechos humanos; es una idea que tenemos nosotros, que va saliendo; bueno, yo nunca me había preguntado qué son los derechos humanos, pero desafortunadamente (M, Ciudad de México, 2016: 2).

Además, es una situación que viene desde la formación, por ejemplo, del personal; nosotros, yo nunca llevé una materia que fuera como derechos humanos de los pacientes o de los médicos [...] ajá, yo la llevé más enfocada a la investigación, no tanto como la relación que se lleva en una (H, Ciudad de México, 2016: 2).

⁷ Entre otros documentos, sobre cómo se ejerce la violación de los derechos humanos y, en particular, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y para acerca de los mecanismos que se operan en los centros hospitalarios, como pueden ser la descalificación de los conocimientos de las mujeres, la premiación de las conductas dóciles y obedientes, hasta las amenazas y castigos, se puede consultar a Bronfman y Castro (1989), Cervantes (1996) y Figueroa (1999), entre otros.

Podría ser, yo la llevé, más bien enfocada a la investigación, no tanto como la relación que se lleva en una consulta clínica, sino como, esto es ético hacerle al paciente, pero no tanto como esa relación o esas cosas que son un poquito más subjetivas en el momento de la consulta; por ejemplo, tener atención con el paciente no es algo que se enseña y se resiente mucho en la atención y consulta, no sólo por el médico (H, Ciudad de México, 2016: 3).

Este otro testimonio muestra el lugar que le dan a los derechos humanos en la formación de las médicas y médicos: "La persona que lo da no lo sabía; yo me acuerdo de que nos daba premios Nobel; yo creo que la maestra no sabía cómo rellenar su clase y para no perderla, nos ponía a hacer tonterías, la verdad" (M, Ciudad de México, 2016:3).

Los derechos humanos y la práctica médica

El desconocimiento del significado de los derechos humanos arriba documentado en un grupo de médicas y médicos, y el poco ejercicio de su respeto en la práctica de la medicina, en tanto que antes que nada se ha privilegiado el conocimiento técnico, han llevado en conjunto a la aparición y puesta en escena de lo mencionado: al principio sobre el impulso dado a los derechos humanos a través de conferencias, convenciones y compromisos a nivel mundial, y después a una tergiversación y dilema, lo que a su vez ha impactado en las prácticas médicas, como se aprecia en el siguiente testimonio: "se hace evidente: siento que hacemos como una medicina a la defensiva; hacemos notas, pero por miedo a que nos vayan a demandar si llega a pasar algo" (H, Ciudad de México, 2016: 11). En el siguiente registro se muestra cómo se han venido dando cuenta de que de siempre debe ser la persona y sus derechos lo prioritario:

Tiene sus ventajas y sus desventajas, en lugar de ser bueno, fue malo [...] y que las personas empezaron a saber de sus derechos, pasaron de lo que les tocaba a abuso y eso hace que nosotros con temor o a la defensiva; a final de cuentas a nosotros nos costó alrededor de seis años, siete, tener una cédula, para perderla por un evento y nosotros no nos hayamos cuidado y al final, nosotros, perderla, por una cosa insignificante, que se pudo haber prevenido, y por eso nosotros nos defendemos escribiendo todo en el expediente (H, Ciudad de México, 2016: 11).

Esto muestra también una faceta distinta:

Tiene derecho a demandar [...] porque sus urgencias sentidas, vividas, reales son urgencias y lo demanda, y el instituto, los institutos, lo que hacen es resuelve tu demanda [...] por eso los médicos están a la defensiva, aunque trabajen en un instituto se salen al privado, porque en el privado por lo menos tengo el dinero para

defenderme, porque de todos modos el instituto sí me defiende, me cobran por defenderme y si no me defiende, yo me tengo que pagar para defenderme (murmillos). Y porque no se lo da, porque están mal calculados los recursos, mal calculado. Para el personal, mal calculado las camas para la atención, se saturan los servicios y yo creo que nosotros debíamos de..., y no decir sí, sí a todo, sí (H, Ciudad de México, 2016: 13).

El relato de un médico-cirujano, en práctica actual, nos confirma varias de las cuestiones antes señaladas: "Esto de los derechos humanos, vino a darle al traste a todo, porque eso hace que, para defendernos, luego no atendamos; por ejemplo, casos muy complicados los dejamos a la suerte, pero no queremos ni tocarlos, nos da miedo y estamos a la defensiva, pensando en lo que puede pasar luego se viene la demanda, entonces ni acercarse" (CP, H, MC, Ciudad de México, 2015: 1).

Esta doble situación que claramente expresaron en los testimonios previos refleja la incompatibilidad de cosificar a las personas, empujado esto por los procesos de globalización y mercantilización; y el llevar a sus últimas consecuencias el ejercicio de los derechos humanos, se convierte continuamente en un dilema ético.

Consideraciones finales

Los hallazgos analizados en el presente artículo en relación con una serie de características que confluyen y hacen patente el proceso de cosificación y las características que le son propias, como son el ver, atender, tratar a la enfermedad como una cosa, un ente y no ver al ser humano, la excesiva tecnologización del diagnóstico, nos hace ver otra vez a las partes del cuerpo fragmentado y sin escucha, así como la mercantilización y la hiperespecialización; la primera le es propia al mercado, propia del sistema capitalista y de la globalización, lo mismo que la segunda.

Todo lo descrito va en detrimento de la población atendida, en detrimento de sus derechos humanos; a decir de los médicos, la medicina que se está practicando, actualmente, se encuentra fuertemente imbuida por ponerse a la "defensiva" y estar permanentemente pensando y actuando en relación con los mejores y más acertados mecanismos y estrategias para defender mi posición, mi título, mi certificación, que entre otras muchas cuestiones llevan a violar los derechos de las personas a las que se debiera atender, teniendo como prioridad justamente sus derechos, a las que valdría la pena dedicar futuras investigaciones.

Un asunto que tiene que ser tratado en un documento como éste es la falta de preparación, es decir, la ausencia en las currículas de que se priorice y enfatice la importancia del respeto por las personas y de sus derechos; es reubicar la jerarquía que se da a que las personas sean tratadas como seres humanos, que tienen voz, tienen derechos, tienen derecho a ejercerlos; eso es urgente que se anteponga, pero al mismo tiempo también queda pendiente los orígenes a la resistencia para que se incorpore, en la currícula y en las prácticas, contenidos fuertes relativos a lo que

son los derechos humanos, mientras se siga tratando como una materia colateral no formativa ni importante como lo mencionaron los médicos en los grupos focales.

La medicina, hoy muy de la mano de la tecnología, deviene como un mecanismo que ayuda a el mantenimiento del mercado, lo cual indiscutiblemente lleva a la cosificación del cuerpo y a los diversos aspectos que la conforman.

Por otra parte, al separar al ser humano de su cultura, de su entorno, de su contexto simbólico; al ver la enfermedad y no al enfermo, o verlo hasta después de haber visto la enfermedad; al dar por hecho lo biológico sin pasar por la vivencia y por el discurso del individuo, nos muestra un hueco muy importante en el diagnóstico y en el ejercicio de la medicina contemporánea. Muy de la mano del mercado, la sociedad actual encubre y reduce a imágenes, prototipos, rangos de comportamiento, la multiplicidad de cuerpos y casos que existen. Lo cual lleva, por supuesto, a la falta de respeto de los derechos de las personas, porque en ese concierto global de mercado que marca el presente y cotidianidad de nuestras sociedades, lo primero es hacer eficientes los recursos, maximizar las ganancias, racionalizar lo existente, haciendo que los derechos se queden en un asunto denominado *calidad*, perdiendo su especificidad y sin tener un lugar prioritario aún, pese a los acuerdos internacionales, que se quedan en un plano discursivo.

El hecho de que el personal médico no intervenga o no quiera intervenir para actuar con la persona y no con el cuerpo está asociada a esa cosificación que a lo largo de la historia ha pasado por varias etapas; se ha separado el cuerpo del alma y yo diría que de la persona como un todo. Habría que preguntarnos y reflexionar que se está haciendo mal para que el resultado de ese consenso internacional por darle un espacio fuerte, visible y que en muchos países incluido el nuestro, se haya concretado en leyes, normas, y que en los resultados no se avance e, incluso, en muchos ámbitos existan retrocesos.

Referencias bibliográficas

- Adams, Richard, 1994, "Las etnias en una época de globalización", en *De lo local a lo global. Perspectivas desde la antropología*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, pp.103-125.
- Ashford, Lori S., 2001, "Políticas de población: avances en los derechos de la mujer", *Population Bulletin*, volumen 56, número 1, pp.1-48.
- Baquero, Jaime y Carmen San José, 2008, "La mercantilización de la salud", *Revista de Economía Crítica*, número 6, enero, pp.73-101.
- Barbieri, Teresita de, 1991, "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica", *Revista Interamericana de Sociología*, número 2, mayo-agosto, pp. 146-169.
- Berger, Peter y Thomas Luckman, 1998, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires / Madrid, Amorrortu.

- Bronfman, Mario y Roberto Castro, 1989, "Discurso y práctica de la planificación familiar en América Latina", *Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES), número 25, pp. 61-68.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti, 2003, "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza (comps.), *Género y política en salud*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia / Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, pp. 255-274.
- Cervantes, Alejandro, 1996, "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en Gloria Careaga, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (coords.), *Ética y salud reproductiva*, México, Programa Universitario de Estudios de Género, pp. 317-348.
- Echeverri, Óscar, 2008, "Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia", *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 24, número 3, pp. 210-216.
- Espinoza, Gisela, 2000, *Avances y retos de la salud reproductiva en México. Discurso, financiamiento y praxis*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- Estrada Meza, Diego Alejandro y Claudia Elena Espinal Correa, 2012, "Representación del cuerpo en la era de la tecnociencia. Una reflexión ética", *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 11, núm. 23.
- Figueroa, Juan Guillermo, 1990, "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", trabajo presentado en la *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*.
- _____, 1999, "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana", en Adriana Ortiz-Ortega, *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, México, Edamex / Universidad Autónoma de México-Xochimilco, pp. 147-149.
- Flood, Ann B., Allen M. Fremont, K Jin, David M. Boot *et al.*, 1998, "How do HMOs Achieve Savings? The Effectiveness of One Organization's Strategies", *Health Services Research*, volumen 33, número 1, pp. 79-99.
- _____, Jacqueline S. Zinn y Richard Scott, 2006, "Organizational Performance: Managing for Efficiency and Effectiveness", en Arnold D. Kaluzny y Stephen M. Shortell (eds.), *Health Care Management. Organization Design and Behavior*, Thomson Delmar Learning, pp. 415-454.
- Foucault, Michel, 1997, *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI Editores.
- Gaffney, Declan, Allyson M. Pollock, David Price y Jean Shaoul, 1999, "NHS Capital Expenditure and the Private Finance Initiative", *British Medical Journal*, número 319, pp. 48-51, oi:10.1136/bmj.319.7201.48

- Gómez, Elsa, 2003, "Equidad, género y salud. La visión de la Organización Panamericana de la Salud", en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza (comps.), *Género y política en salud*, México, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, pp. 15-30.
- Kosik, Karel, 1967, *Dialéctica de lo concreto*, México, Grijalbo (Teoría y Práctica).
- Lagarde, Marcela, 1990, *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, Martha, 1996, "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género", en Martha Lamas (comp.), *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa / Programa Universitario de Estudios de Género.
- Lupton, Deborah, 2000, "The social Construction of Medicine and the Body", en Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick y Susan Scrimshaw (eds.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres / Nueva Delhi, Thousand Oaks / Sage Publications, pp. 50-63.
- Mendieta, Eduardo y Santiago Castro-Gómez, 1998, "Introducción: la translocalización discursiva de Latinoamérica en tiempos de la globalización", en Eduardo Mendieta y Santiago Castro-Gómez, *Teorías sin disciplina: latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate*, México, University of San Francisco / Miguel Ángel Porrúa, pp. 5-10.
- Pollock, Allyson, 2005, NHS Plc: The Privatisation of Our Health Care, *Journal of the Royal Society of Medicine Books*, volumen 90, número 2, pp. 81-81.
- _____, David Price y Jean Shaoul, 1999, "Cómo la omc está formando políticas nacionales en el área de la sanidad, *The Lancet*, volumen 354, número 9 193.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán, 2001, "El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?", en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, pp. 93-114.
- Valdez, Rosario, 2004, "Del silencio privado a las agendas públicas, el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México", en Martha Torres (comp.), *La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México.
- Warnier, Jean Pierre, 2002, *La mundialización de la cultura*, Barcelona, España, Gedisa.