

# UNIVERSCIENCIA<sup>MR</sup>

Publicación arbitrada cuatrimestral  
Septiembre-Diciembre 2019  
Núm. 52, año 17  
\$50.00

Revista de divulgación científica

Competencia política y  
desempeño municipal en el  
estado de Veracruz, México,  
durante el periodo 1994-2010

*Román Culebro Martínez*

El sistema de castigos de los  
hospitales en México

*Mayleth Alejandra Zamora Echegollen*

Una organización  
inteligente: Pensar en las  
Soft Competences

*Eduardo Hernández de la Rosa*

Desarrollo del fenómeno de la  
gentrificación en el Centro  
Histórico de la ciudad de  
Puebla, México

*Carolina Pérez Betancourt*

Comparación entre  
inteligencias múltiples de  
alumnos y docentes de  
Fisioterapia de la UVM  
Campus Puebla

*Miguel Ángel Carreto Pérez*

# ÍNDICE

## ÁREA DE LAS CIENCIAS SOCIALES

**PÁGS. 1 - 13**

EL SISTEMA DE CASTIGOS DE LOS  
HOSPITALES EN MÉXICO

MAYLETH ALEJANDRA ZAMORA ECHEGOLLEN

DESARROLLO DEL FENÓMENO DE LA GENTRIFICACIÓN  
EN EL CENTRO HISTÓRICO DE LA CIUDAD  
DE PUEBLA, MÉXICO

**PÁGS. 15 - 22**

CAROLINA PÉREZ BETANCOURT

**PÁGS. 23 - 36**

COMPETENCIA POLÍTICA Y DESEMPEÑO MUNICIPAL  
EN EL ESTADO DE VERACRUZ, MÉXICO,  
DURANTE EL PERIODO 1994-2010

ROMÁN CULEBRO MARTÍNEZ

# ÁREA DE LAS CIENCIAS ECONÓMICAS Y DESARROLLO ESTRATÉGICO

**PÁGS. 39 – 44**

UNA ORGANIZACIÓN INTELIGENTE:  
PENSAR EN LAS SOFT COMPETENCES

EDUARDO HERNÁNDEZ DE LA ROSA

# ÁREA DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

COMPARACIÓN ENTRE INTELIGENCIAS MÚLTIPLES  
DE ALUMNOS Y DOCENTES DE FISIOTERAPIA  
DE LA UVM CAMPUS PUEBLA

**PÁGS. 45 – 55**

MIGUEL ÁNGEL CARRETO PÉREZ

THE PUNISHMENT SYSTEM OF HOSPITALS IN MEXICO

MAYLETH ALEJANDRA  
ZAMORA ECHEGOLLEN<sup>1</sup>

Resumen

El presente artículo aborda el sistema de castigos implementados en el Hospital Universitario de Puebla de la BUAP. Dicho fenómeno fue detectado a partir de una investigación realizada de septiembre del 2015 a febrero del 2016, cuyos participantes –médicos adscritos, médicos residentes, de servicio social, internos y estudiantes de medicina– hablaron sobre la dinámica, funcionamiento y estructura al interior del hospital. Aun cuando dicha práctica es común a lo largo de los hospitales del país, se trata de un fenómeno invisibilizado y soterrado por el mismo personal hospitalario. A partir de lo anterior, se propone una lectura del fenómeno desde el análisis institucional y socioanálisis, de lo instituido y lo instituyente, de lo imaginario y lo simbólico, con el fin de realizar un análisis urgente, no solo para evitarlo, sino para discutir y problematizar las dinámicas hospitalarias y del personal de salud.

**Palabras clave:** castigo, médicos, hospitales, salud, análisis institucional.

Abstract

This article will work the system of punishments used in the BUAP's University Hospital of Puebla. This phenomenon was detected from an investigation carried out in September 2015 to February 2016, whose participants -titular doctors, residents, social service doctors, interns and medical students- talked about the dynamics, functioning and structure inside the hospital. Even though this practice is common throughout the hospitals of the country, it is a phenomenon that is invisible and buried by the same hospital staff. Based on the above, a reading of the phenomenon is proposed from the institutional analysis and socioanalysis, from the instituted and the instituting, from the imaginary and the symbolic, with the aim of urgent analysis, not only to avoid it, but to discuss and problematize hospital dynamics and health personnel.

**Key words:** punishment, medical personal, hospitals, health, institutional analysis.

<sup>1</sup> Maestra. Doctorante en Sociología. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México. E-mail: maylethzamora@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9016-5404> Google Scholar: <https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=HNhdmOUAAAAJ>



## Introducción

El sistema de castigos al interior de los hospitales en México, se trata de una práctica cotidiana pero frecuentemente desconocida para aquellos que no pertenecen al círculo cercano del personal de salud. Sin embargo, resulta escandaloso imaginar que, al interior de estos establecimientos, los médicos residentes —principalmente— reciben castigos como parte de su formación profesional.

El presente artículo aborda de manera puntual las dinámicas y lógicas del sistema de castigos del Hospital Universitario de Puebla, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, recalando que no se trata de una práctica exclusiva de este hospital: es la *norma* a lo largo de los establecimientos de salud en el territorio mexicano.

Aun cuando este fenómeno no es del todo desconocido para los investigadores que han abordado temas vinculados al personal médico y las dinámicas hospitalarias, resultan mínimos o nulos aquellos estudios que lo mencionan o llegan a desarrollarlo teórica y metodológicamente.<sup>2</sup> Por ello, se vuelve menester y tarea del científico social ventilar y denunciar esta atroz práctica cotidiana en los hospitales.

En consecuencia, este artículo analiza al castigo como una práctica que opera como una forma de disciplinamiento del *cuerpo* médico, tanto biológico-material (*σώμα*) como corporación (institución médico-clínica). Enseguida se aborda la etimología del término *castigo*, ya que fuera de ser exacto, su significado etimológico otorga pistas y ciertas continuidades socio-históricas de sus posibles sentidos y connotaciones sociales al interior del hospital; posteriormente, se abordan las lógicas institucionales del castigo en tanto su

sentido instituido e instituyente en el cuerpo médico. Finalmente, se reflexiona sobre la invisibilización de dicha práctica y sus implicaciones ético-políticas en la investigación y, por lo tanto, en el tejido social.

Cabe señalar que el fenómeno del castigo surgió a lo largo del trabajo de campo de una investigación, en donde no se lo tenía contemplado como elemento central o como punto de partida. No obstante, fue gracias a la perspectiva del análisis institucional y del socioanálisis, con perspectivas teórica-metodológicas, que a partir del concepto de *analizador* fue posible incorporarlo fácilmente al corazón de la investigación.

Estas teorías de corriente francesa, dedicadas a elucidar los elementos negados, ocultos o invisibilizados de las lógicas institucionales, implican que la institución no se puede entender como un objeto —en la escisión clásica sujeto-objeto—, sino como una relación social simbólica e imaginaria (Lourau, 1991; Manero, 1991).

En ese sentido, esta propuesta posibilita la incorporación de elementos que puedan emerger durante la investigación, fenómenos que interpelan al investigador y a la investigación en sí misma. Estos elementos serán denominados en este artículo *analizadores*, los cuales develan los elementos contradictorios, en tensión y negados de la institución (Hess, 1979; Manero, 1991). Así, la metodología queda entretejida en lo teórico; de ninguna forma se puede entender una separación entre estos aspectos.

En otras palabras, se trató de una metodología de corte cualitativo, basada en un socioanálisis participante, diarios de campo y una serie de entrevistas. El primero se refiere a una intervención directa en el terreno de investigación (Hess y Savoye, 1993). En este caso, el Hospital

<sup>2</sup> Se encontraron únicamente estudios de opinión y periodísticos.

Universitario de Puebla, espacio que no solo hace referencia al lugar físico –el establecimiento– sino a un espacio simbólico e imaginario donde se entrecruzan otras instituciones.

El socioanálisis participante consiste en ir más allá de la observación participante; es decir, no solo se trata de interactuar y observar a los sujetos a investigar, sino poner en diálogo y discusión lo que se percibe y observa de los propios sujetos, con los sujetos que están inmersos en la investigación. De este modo, se busca romper las concepciones clásicas (positivistas) sobre neutralidad, objetividad y validez.<sup>3</sup>

Lo que se busca relevar<sup>4</sup> es la voz de los propios sujetos de los que habla la investigación, pero poniéndolos en interlocución con las propias premisas teórico-metodológicas que se proponen para interpretar su realidad. Así, las entrevistas no solo recuperaron sus impresiones, percepciones y opiniones sobre el hospital, su praxis y la medicina, se puso además a discusión la experiencia misma.

Se realizaron un total de 59 visitas al Hospital Universitario de Puebla (HUP), en un periodo de septiembre del 2015 a enero del 2016, con horarios variables, con un promedio<sup>5</sup> de 8 horas de estancia por visita (tiempos de la jornada laboral regular), y 4 encuentros externos a las inmediaciones del hospital con residentes de medicina interna y cirugía. El universo correspondió a las intermediaciones del HUP, ubicado en la avenida 27 poniente,

número 1314 colonia los volcanes. La muestra comprendió a médicos residentes de los diferentes años de formación profesional de diferentes áreas del hospital; y el muestreo fue no probabilístico,<sup>6</sup> ya que la selección obedeció al interés singular de los médicos residentes que desearon involucrarse en la investigación de manera voluntaria.

Asimismo, participaron un total de 47 médicos de diferentes grados y áreas: 7 adscritos (hombres y mujeres) en las áreas de urgencias, medicina interna y cirugía; y 20 residentes (hombres y mujeres), 3 de ortopedia, 3 cirugía, 2 gineco-obstetricia y 12 medicina interna, todos de diferentes años de residencia (del primer año al cuarto). Además de una población fluctuante de estudiantes de medicina (practicantes) y prestadores de servicio social.

## 1. El sistema de castigos

A lo largo de la historia, la medicina ha sido estudiada por diversas disciplinas, como la sociología, la antropología social, la psicología, la medicina social, la filosofía y la historia. En estos estudios existe una variedad de temáticas, líneas y enfoques. Por lo que no es ninguna sorpresa hablar del sistema jerárquico y disciplinario de la medicina.

En su estudio de Michel Foucault (2012), *Nacimiento de la Clínica*, se abordan ampliamente las lógicas y procesos con los que la disciplina médica

<sup>3</sup> Es imposible abordar el en este espacio; sin embargo, para ahondar sírvase ver: De Sousa Minayo (2007). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; y De Sousa Minayo (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6(3), 251-261.

<sup>4</sup> Jacques Ardoino (1981) se refiere a un relevamiento de los fenómenos sociales, una postura contraria al “recorte” de investigación, lo que implica que al relevar un proceso y no recortarlo, se evita la descontextualización del fenómeno a abordar.

<sup>5</sup> En 5 ocasiones se hicieron jornadas completas de 16 horas, para hacer el seguimiento de las guardias.

<sup>6</sup> Se optó por utilizar el lenguaje clásico del positivismo para facilitar la lectura de aquellos que no estén tan familiarizados con las metodologías cualitativas.

se fue constituyendo a través de los siglos XV al XVIII, incluyendo los sistemas de jerarquías, de competencia clínica y de saber-poder, elementos que constituirán a la clínica.

La jerarquía médica se establece a partir de la denominada “competencia clínica”, la cual consiste en una serie de saberes que le permiten al médico actuar sobre las enfermedades para curarlas. Estos saberes incluyen una serie de destrezas, técnicas y conocimientos que se van adquiriendo a través de los años de práctica empírica y de la realización de exámenes que evaluarán estas destrezas (Foucault, 2012).

Estas evaluaciones se realizan por otros médicos que acreditan que el aprendiz ha adquirido las habilidades, técnicas y saberes necesarios para ejercer la profesión. Esto convierte al círculo médico en una entidad cerrada, solo pueden ser evaluados por médicos que pertenezcan al propio cúmulo de saberes de la medicina (Foucault, 2012).

Bajo esta lógica, se establece una jerarquía que indica el grado de saberes, y por lo tanto de poder que tiene un médico. Entre más arriba esté en el escalafón, más pericia, habilidades, saberes y técnicas tendrá para hacerle frente a la enfermedad y la muerte. Esto los inviste de un poder legítimo ante los otros médicos y estudiantes de la disciplina.

En este contexto, se implementaron una serie de técnicas de disciplinamiento para la formación de los médicos. Lo sorprendente es que en el transcurso de los años (del siglo XV al XXI), aun cuando han cambiado las formas en que se ejercen las técnicas y pedagogías de la formación y entrenamiento médico, se conserva su lógica, esto es, la competencia médica a partir de las jerarquías y del ejercicio de ortopedias que buscan disciplinar a los cuerpos y almas de los médicos.

Estas (técnicas) tienen que ver con las formas de transmisión de conocimientos y formación de los estudiantes de medicina, basadas en el hospital-escuela o la tecnología hospitalaria, la cual funciona como espacio pedagógico, de conocimiento y de comunicación. Este es un lugar de observación constante, donde se codifica y sistematiza a los sujetos (a los pacientes), se encuentra a cargo de un personal médico diferenciado y jerarquizado. Por lo tanto, Michel Foucault (2002) comenta que el hospital opera como un instrumento de verificación del saber a través de la mirada.

“La clínica hospitalaria permite [...] poner aparte lo extrínseco” (Foucault, 2012, p. 153). Es decir, da la opción por medio de la observación clínica de no escuchar al paciente, sino que por medio del saber y de la técnica, el paciente se convierte en un receptáculo de la patología que solo confirma lo ya observado. Esto debe entenderse considerando que el paciente siempre puede mentir, no saber qué le sucede, no recordarlo o no poder comunicarlo.

No obstante, los signos y síntomas expresados en el cuerpo del paciente le comunicarán al médico el saber necesario para brindar la terapia apropiada que le restablecerá la salud. En este contexto, el paciente se transformará en medio, en un objeto que hay que conocer para averiguar qué es lo que sucede.

Así, la clínica determina el lugar en que se da el “vínculo del encuentro” del médico y el enfermo por tres medios:

1. La alternación de los momentos hablados y de los momentos percibidos en una observación. En primer momento, en lugar del lenguaje se observan los síntomas quienes cobrarán sentido solo para el observador calificado, solo después interroga al enfermo para constatar lo observado.

En el segundo momento, se le pide al enfermo que rememore el desarrollo y sucesos relacionados con su malestar. En el tercer momento se observa el progreso de la enfermedad y la acción de los fármacos ante esta (Foucault, 2012).

2. El esfuerzo por definir una forma estatutaria de correlación entre la mirada y el lenguaje. Este se presentará en la forma del cuadro. La correlación entre cada síntoma y su valor sintomatológico se fija en una función que pareciera ser analítica, en donde solo tiene la función de hacer visible la configuración de los malestares (Foucault, 2012).
3. El ideal de una descripción exhaustiva. El rigor descriptivo, la exactitud en el enunciado y de la regularidad en la denominación. Todo aquello que permite que la descripción autorice la transformación del síntoma en signo; es decir, que dé paso del enfermo a la enfermedad, del individuo a lo conceptual (Foucault, 2012).

La clínica se apropia del derecho de hacer uso de un discurso de poder, ya que tiene competencia que cobra forma a través de la institución hospitalaria, y por lo tanto se encuentra normado. En ese sentido asume una posición, el estatuto del médico, comporta criterios de competencia y de saber; instituciones sistemas, normas pedagógicas, condiciones legales que dan derecho, fija límites, tanto a la práctica como a la experimentación del saber (Foucault, 2013; Foucault, 2012).

La razón de este artículo se basa en las preguntas: ¿cómo el castigo facilita esto?, y ¿cómo y por qué el castigo es parte del entrenamiento del futuro médico para garantizar el aprendizaje de estas lógicas de disciplinamiento, jerarquía y competencia clínica?

Los médicos con jerarquías superiores del escalafón utilizan un dispositivo de disciplinamiento que simultáneamente operará como un recurso pedagógico: el castigo. Este consiste en hacer guardias y tener que permanecer en el hospital por el número de días que prescriba el castigador.

El sistema de guardias ABC consiste en lo siguiente: el primer día (A) se realiza una jornada laboral de 8 horas, a esto se le llama pre-guardia; al día siguiente (B) se cubre una jornada de 16 horas: la guardia; y las últimas 8 horas de la jornada del día B, se transforma en (C), la post-guardia. Por ejemplo, suponiendo que inician su semana laboral en lunes (A o pre-guardia), trabajarán 8 horas; el martes (B) estarán de guardia -estancia en el hospital- de 16 horas, y consecutivamente realizarán 8 horas más, que es la post-guardia (C), la mañana del miércoles. No hay día de descanso entre estos días, por lo que el ABC es seriado a lo largo de la semana: lunes, martes y miércoles. Iniciando de nuevo pre-guardia en jueves, guardia en viernes y post-guardia en sábado.

En el Hospital Universitario de Puebla (HUP) no solo se observó, sino que de viva voz de los médicos residentes e internos se señaló que se hacen guardias de 2 a 3 días a la semana sin descanso, y que estas prácticas se extendían al Hospital General del Norte, Hospital General del Sur, Hospital del Niño Poblano, estos 3 en la ciudad de Puebla, y del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital de Especialidades del Centro Médico Siglo XXI y el Centro Médico Nacional la Raza, en la Ciudad de México.

Los 47 médicos correspondientes a la muestra total aseguraron conocer la práctica de entrar a pre-guardia, quedándose en guardia durante 2 ó 3 días consecutivos y saliendo hasta 3 días después a post-guardia. Siguiendo con el ejemplo anterior, querría decir que si entran el lunes a pre-guardia (A),



se quedan a guardia (B) martes, miércoles y jueves, iniciando post-guardia (C) hasta el viernes. Además, entran nuevamente a pre-guardia el sábado, empezando ABC de nuevo.

Lo anterior implica que las horas de descanso que tienen los médicos residentes es significativamente menor del resto de profesionistas de la salud u otras disciplinas. Por ejemplo, si la semana tiene 168 horas, los médicos están despiertos alrededor de entre 112 a 136 horas (de lunes a sábado), esto siempre y cuando tengan el domingo para descansar, lo cual en la realidad puede no suceder. Es decir, pueden hacer el ciclo ABC por 3 semanas seguidas. Muchas veces solo descansan 1 domingo al mes y los otros 3 domingos deben entrar a A de nuevo.

Si se cuentan las horas, suponiendo que el lunes inician con la pre-guardia (A), martes la guardia (B) y miércoles post-guardia (C), significa que el lunes durmieron idealmente 8 horas, el martes ninguna y de miércoles para jueves 8 horas; iniciando el jueves con A de nuevo. Durante estos 3 días solo han dormido 16 horas y han estado despiertos 56 horas. Si eso se contabiliza igual para jueves, viernes y sábado, da un total de 112 horas despiertos y solo 32 horas de sueño en 6 días. Si se consideran los domingos que no descansan, porque inició de nuevo el ciclo de ABC, solo duermen las 8 horas de sábado para domingo; es decir, otras 16 horas despiertos, lo cual nos da un total de 128 horas despiertos a la semana. Esto quiere decir que solo tienen un día al mes para reponerse de 7 días de trabajo, durmiendo 32 horas a la semana y al mes 128 horas en total.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Lo anterior contrasta con una persona que duerme 8 horas por noche diaria, en un mes serían 224 horas de sueño. El personal de salud duerme entonces 96 horas menos que el resto, o el 57% del tiempo que una persona normal.

Ahora bien, ¿quiénes aplican este castigo? ¿Cuándo se aplican? ¿Por qué? ¿A quiénes? Este se impone cuando algún residente,<sup>8</sup> principalmente, comete una falta, lo cual puede ir desde lo más irrelevante como el presentar mal a un paciente a su superior, atrasarse con sus pendientes, tener una falta de ortografía en su nota de evolución o hasta lo más grave que es mentir con respecto a algún procedimiento realizado al paciente, olvidar realizar un procedimiento o hacerlo mal.

Los castigos siempre los imponen los médicos de jerarquía mayor, por ejemplo, un residente de segundo año castiga al de primer año; el del 3er año al de 2do y así sucesivamente hasta llegar al médico adscrito. Todos los médicos, personal administrativo, enfermeras, etcétera, saben y aplican los castigos. No es secreto, pero tampoco se habla explícitamente sobre ello, o al menos no con personas ajenas al círculo del personal hospitalario.

Los residentes deben elaborar un oficio que dice que quieren hacer una o un número determinado de días de guardias. Ellos llevan su oficio al departamento administrativo correspondiente y así queda sellado el acuerdo institucional que someterá al cuerpo del médico en formación para ser castigado.

Los médicos del HUP mencionaron que el récord de días de un residente castigado ha sido de 17 días sin salir del hospital haciendo guardias diarias; no pueden ir a su casa a descansar, bañarse ni comer en el hospital. También mencionaron que en los hospitales como “la Raza” y en el “GEA González”, se han castigado residentes hasta por 2 meses.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> A los internos no se les aplica este sistema de castigos por guardia, sino que se les comanda realizar papeleo, requisitos burocráticos, dejar y recoger laboratorios y/o hacer mandados.

<sup>9</sup> Estos datos fueron recuperados en entrevistas y por residentes y adscritos que han realizado rotaciones en estos hospitales y fueron testigos de estas situaciones. La muestra total aseguró que estas prácticas se replican a lo largo de los hospitales del país.

No obstante, ¿cómo se puede abordar este fenómeno? En primera instancia, se explica a partir del significado de la palabra “castigo” para tratar de comprender los diferentes sentidos que alberga la palabra y analizar cuál o cuáles son los sentidos que se les están otorgando en el ámbito hospitalario. El castigo tiene una raíz en común del latín y el griego que es *castus*. En griego *σωφρων* [*sofron*], que tiene las siguientes acepciones: cuerdo, prudente, inteligente, sensato; moderado, templado; casto, sobrio, frugal, modesto, sencillo, obediente; meter en orden.

Viene de la raíz *σωφρωνωζω* [*sofronsi*], que significa hacer a uno prudente, *sophrosiné*=prudentia; corregir, advertir; castigar, reprimir o reducir con prudencia (Pabón, 1999). La acepción de **casto** es la raíz en común con el latín. En latín *castigo* proviene de las raíces *castus* y *ago*.

- *Castus* (de origen oscuro) como adjetivo se refiere a casto como “moralmente puro”, intachable, honesto *castus moribus* (hombre de costumbres puras).
- *Ago* (*agis, êre, êgi, actum*) llevar, conducir, hacer caminar, ir adelante, llevar por delante, guiar.
- Castigo, *as, âre, âvi, âtum*, reprender, corregir, enmendar.
  - o *Castigare sua vitia*, “corregir sus defectos”, “pulir o dar la última mano a una composición poética”.
  - o *Castigare pueros verberibus* “castigar a los niños con azotes”.

Es importante hacer la distinción de “casto” en el sentido religioso, ya que a pesar de que tiene la raíz *castus* en común, hay una distinción entre *castigare* y *castífico* (ser casto o puro) (Blánquez, 1995). Sin embargo, existen otra definición de la palabra

castigo, la cual proviene de *castus* (casto), traducido como “ajustado con las reglas o los ritos”; y *agere*, hacer o “hacer ajustado”.

Del valor de instruir procede el sentido de castigar como imponer una corrección o reprimir, en origen “instruir” (en reglas o ritos). La palabra castigador con el sufijo -dor, que indica agente es decir el que castiga o más literalmente el agente que instruye las reglas o ritos (Diccionario internet chile, 2015, s/p).

Otra distinción es que tanto en griego como en latín se hace énfasis en que cuando el *castigo* es por venganza, la raíz es diferente. Entonces, el castigo se ajusta a las reglas, tanto en sentido puro (sentido religioso) como el que se hace por venganza por una falta que se cometió. ¿Qué castigo se opera en el establecimiento? ¿Es solo una de las acepciones o son todas entretreídas?

## 2. El castigo como disciplinamiento en el cuerpo médico: lo instituido y lo instituyente

La primera vez que se mencionó el tema del castigo fue hasta la visita número 15. No se mencionó abiertamente, sino que se presentó el código “los dejaron guardados”. En un inicio, cuando se inició la búsqueda de información sobre este código, los médicos solo se reían y evitaban el tema. No fue hasta la visita número 19, la cual implicó quedarse durante la guardia (la noche del 30 de septiembre 2015), donde comenzaron a hablar abiertamente de dicha práctica y su funcionamiento.

Se preguntó ampliamente sobre la dinámica del sistema de castigos a diferentes sujetos: a los practicantes, los internos, los de servicio social, los residentes del 1er año al 4to año, médicos adscritos, enfermeras y trabajadoras sociales. Todo este

personal perteneciente a las áreas de: urgencias, medicina interna, unidad de cuidados intensivos, ginecología-obstetricia y cirugía.

La tónica de las respuestas: el castigo como un elemento necesario para la formación de los médicos; el castigo pareciera cumplir una función de disciplinamiento. Para Foucault, sus lecturas sugieren que el castigo está jugando un papel de dispositivo de disciplinamiento.

Por dispositivo se entiende una función estratégica dominante, la cual implicaría ciertas manipulaciones de fuerza, ya sean para desarrollarlas en cierta dirección, bloquearlas, utilizarlas o estabilizarlas. Este tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder y ligado a límites del saber que lo condicionan (Foucault, 2013; Agamben, 2011; García, 2014).

En otras palabras, un dispositivo es todo aquello que de alguna manera tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar gestos, comportamientos, opiniones y discursos. Es el resultado del entrecruzamiento de relaciones de poder-saber. Así, el dispositivo se entiende como el conjunto de instituciones, procesos de subjetivación y reglas, en cuyo seno, las relaciones de poder se concretan (García, 2014; Agamben, 2011; Foucault, 2001, 2013).

Los procesos de sojuzgamiento de los cuerpos y de la subjetividad han sido de larga data. Según Foucault, históricamente se han construido una serie de dispositivos que, como lo indica la definición, dirigen, orientan y coaccionan, las acciones y los comportamientos de los sujetos. Lo cual también implica que se configura la subjetividad de dichos sujetos de cierta forma; es decir, se tratan de subjetividades configuradas de

acuerdos a condiciones sociales e históricas. Las prisiones, el ejército, los manicomios, las escuelas, los hospitales han sido dispositivos exitosos en la configuración de los cuerpos y la subjetividad.

Ahora bien, ¿por qué sería importante la construcción de estos dispositivos? ¿Cuál es la función del hospital? Por un lado, son necesarios para sostener el trabajo, hay que hacer que la gente trabaje; por el otro, operan como formas de organización para que las personas cumplan sus funciones de reproducción social. Esto es, dicen cómo comportarnos, en qué circunstancias y cómo responder e interactuar en el tejido social.

En el caso particular del hospital, podemos encontrar el entrecruzamiento de diversos dispositivos para cumplir dicho fin. El hospital es un espacio simbólico y físico que reúne una serie de condiciones para el control y atención de las enfermedades, además de la formación y preparación del personal de salud que las atenderá.

El hospital es una institución: “red simbólica, socialmente sancionada donde se combinan en proporciones y en relaciones variables un componente funcional y un componente imaginario” (Bernard, 1977, p. 36). “Componente imaginario” hace referencia a la alienación, la cual trae consigo autonomización y el dominio de la institución referente a la sociedad y la institución misma. Es decir, aparecerá como una entidad que funciona “sola”, por sí misma, y que establece expectativas de aquellas necesidades sociales esperadas de cierta manera. En el caso del hospital, se espera que atienda la enfermedad.

Asimismo, el componente simbólico es la forma en que se presenta la institución; en otras palabras, el hecho de representar un sector particular de la práctica social en el sentido de todo el sistema social. Esto significa que se atribuyen

significados y sentidos particulares, como en el caso del hospital, atribuidos en un sentido de curación, cuidado, salud, vida, que se hacen cargo de las enfermedades y la muerte.

De este modo, el hospital como institución, contiene una diversidad de dispositivos e instituciones, por ejemplo, medicina hegemónica,<sup>10</sup> burocracia, universidad y sistemas de enseñanza, por mencionar algunos. Todos estos dispositivos tendrán un efecto en los sujetos que no solo habitan en la institución, sino que son parte del propio funcionamiento y sostenimiento de esta. Se producirán dispositivos que sujetan, capturan, orientan, determinan, interceptan, modelan, controlan y aseguran gestos, comportamientos, opiniones y discursos de los sujetos; es decir, que producen ciertas *colocaciones* frente a cómo se debe atender la enfermedad, o qué enfermedades son las que se pueden o no atender; cómo se debe comportar el médico frente a ello; cómo se debe relacionar con el paciente; y por supuesto cómo deben ser los mecanismos pedagógicos y de disciplinamiento al interior del hospital.

Bajo esta lógica, el castigo aparecerá como un mecanismo clave para la formación médica, en tanto encarna una forma de disciplinamiento del cuerpo. Los propios médicos declaraban que era necesario ser castigado, que era el único mecanismo que realmente los hacía *médicos*.

La tónica de los discursos incluía una serie de construcciones sobre el castigo: los médicos dotan de sentido al castigo. En otras palabras, el castigo por sí mismo no tiene sentido. Ellos mismos lo miraban como un mecanismo arcaico y salvaje, pero al mismo tiempo le reconocían su éxito a la hora de “hacerlos entrar en razón”.

“Yo al principio estaba en contra de los castigos, me enojaba y los padecía mucho, pero cuando me tocó ser R2 y ver que los R1 no entendían para qué se hacían las cosas y que no querían hacerlas, comencé a castigarlos y vi que sólo así entendían. Lo peor es que yo mismo me daba cuenta como había funcionado el castigo en mí” (Extracto de diario de campo, 2015).

Estos comentarios de viva voz de médicos residentes sugieren que, por un lado, se concibe el castigo como un dispositivo en su sentido más propio, que orienta, intercepta, inscribe y direcciona comportamientos; al mismo tiempo “aparece” como un elemento necesario. Este último se trata del componente imaginario; y, por otra parte, será el elemento al que significan, el que ellos mismos le otorgan el sentido de *formación* necesaria para ser médico.

Así, el castigo contendrá elementos instituidos e instituyentes. El primero haciendo referencia a las formas que aparecen como naturales y eternas (Lourau, 1991). En el imaginario de la institución hospitalaria, el castigo aparece como un elemento que siempre ha existido, con el cual no se puede luchar o cambiar: “Siempre ha sido así y siempre lo será”. Así, se recalca la aparente o imaginaria necesidad de sostener el sistema de castigos. El elemento simbólico otorgará los sentidos sobre su necesidad y éxito.

En el juego de lo imaginario y simbólico, se instituye –se solidifica o petrifica– y reivindica el sentido de “corrección del camino”, que contiene el significado de castigo derivado de la raíz *sofrón* y *sofronsi*: “hacer prudente”. Por sí mismo, el castigo es una práctica vacía, depende de la actualización constante de aquellos que lo ejercen para sostener

<sup>10</sup> Aquí se refiere al modelo médico hegemónico (MMH) descrito y trabajado por Eduardo Meléndez (1988), el cual explica la dinámica de hegemonización de las prácticas médicas alópatas sobre todas las otras posibles.

el significado imaginario y simbólico que opera en la institución.

No obstante, el elemento instituyente es aquel que se refiere al movimiento, cambio y cuestionamiento de lo instituido (Lourau, 1991). Constantemente se ponen en tensión aquellos elementos que intentan provocar el cambio de la institución, a través de los procesos instituyentes, alumbrando y dirigiendo la mirada a la posibilidad de un cambio, a la modificación de lo instituido; es decir, la posibilidad de eliminar los castigos del hospital. De imaginar otra forma de disciplinamiento, y en las mentes más disruptivas, eliminar todos los dispositivos de control, poder, jerarquía y de disciplinamiento existentes en el hospital y de la sociedad.

### 3. El castigo como práctica invisibilizadora

Como se ha observado, el análisis institucional y el socioanálisis parten de la posibilidad de hacer emerger los elementos negados e invisibilizados de las instituciones. Así, el castigo cobra un sentido de *analizador*, el cual se refiere a un elemento extraño que tiene la posibilidad de revelar desde afuera o desde adentro de la institución, su realidad conflictiva. El analizador vuelve visible los desajustes y tensiones entre lo instituido y lo instituyente (Hess, 1979). Aquello que se muestra a través del castigo no solo apunta a las prácticas de disciplinamiento al interior del hospital, además, revela el funcionamiento y dinámica de la misma práctica. En otras palabras, es a partir del castigo que se vuelven observables las pautas bajo las cuales se rige la formación del médico en los hospitales.

El castigo, al operar en sus niveles imaginario y simbólico, constantemente se reactualiza en el

momento que alguien decide castigar a otro. De esta forma se constata el carácter eterno –instituido– de la práctica. En el momento que algunos médicos residentes de cuarto año optaron por eliminar el castigo y otros disminuirlos, el resto de los residentes comenzaron a cuestionar la competencia clínica de sus compañeros. Así, el propio hospital, a través del carácter instituido, intenta subsumir a aquellos que se resisten a los procesos institucionales.

Lo que se debe destacar es que aun cuando los propios residentes y adscritos justifiquen el castigo, tenemos que ver más allá de las justificaciones. Hay que pensarlo en términos del carácter instituido (imaginario y simbólico) que habla a través de ellos. No es posible justificar estas prácticas bajo la leyenda de “es lo que funciona, siempre ha funcionado y siempre funcionará”. Por el contrario, es menester comenzar a cuestionar y problematizar lo que está en el corazón del sistema de castigos: la institución clínica. Dichos elementos sostienen a la institución, aquellos mencionados en *La Historia de la Clínica* de Michel Foucault; es decir, es importante comenzar a cuestionar las jerarquías, los dispositivos pedagógicos y de disciplinamiento que opera en los hospitales, ya que no solo tiene implicaciones en la relación y vínculo que se establecen entre el médico y el paciente (que han sido tan fuertemente criticados), sino que merma y quebranta física y psíquicamente a los médicos en formación.

Se debe mirar al sistema de castigos como una práctica punitiva que viola derechos humanos básicos, y que tiene efectos nocivos en el bienestar físico, emocional y social de los futuros médicos. Se ha demostrado en investigaciones realizadas por el departamento de Investigación Educativa de la división de medicina de la UNAM, el 81% de los residentes tuvo un detrimento en al menos una serie de pruebas sobre los efectos de la falta

sueño y descanso. Lo más alarmante es que en los resultados de las habilidades psicomotoras y en la maniobra de reanimación cardiopulmonar básica, se encontró una diferencia significativa en los momentos pre y post guardia. Obviamente, con un resultado más desfavorable en el momento de la post guardia que en la pre-guardia (Hamui *et al.*, 2013).

## Conclusión

La privación del sueño disminuye las habilidades cognitivas y psicomotoras. Si bien en la investigación se advierte que los resultados no son generalizables, sí pueden constituir un precedente para fundamentar posibles cambios referentes a las guardias en las residencias médicas. En países como Estados Unidos y las naciones europeas, en cambio, se han propuesto cambios a la estructura asistencial y académica de los médicos especialistas en formación, que proponen transformaciones a las normas relativas al número de horas a la semana que trabajan los residentes. El argumento principal que sustenta esas transformaciones se basa en el supuesto de que las horas de trabajo excesivas (más de 16 horas ininterrumpidas) provocan alteraciones cognitivas y psicomotrices en los residentes (Hamui *et al.*, 2013).

Es posible confirmar que muchos de los trastornos de ansiedad, depresivos, estrés y burnout, están relacionados a las condiciones en las que trabaja el personal médico; y que estos trastornos son el resultado de la dinámica institucional que está vinculada al sistema capitalista que desgasta y subsume a los trabajadores en su lógica de explotación. Aún con la reciente modificación del sistema de guardias a ABCD (Castillo, 2017), esto no implica que descansen más, ya que siempre

pueden ser castigados y dejados en guardia por varios días consecutivos, aplazando el día de descanso (D).

Así, hasta que no empecemos a problematizar las condiciones materiales y de posibilidad en las que se encuentran los sujetos muestra, se seguirán invisibilizando y negando prácticas como el castigo, el cual, en opinión del autor de este artículo, tendría que ser visibilizado y darlo a conocer a la sociedad, y con ello iniciar los pasos para erradicarlo del sistema hospitalario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardoino, J. (1981). La intervención: ¿imaginario del campo o cambio de lo imaginario? En Guattari, F. *et al. La intervención institucional*. México: Folios.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 73(26), 249-264.
- Blánquez Fraile, A. (1995). *Diccionario latín-español, A-J*. Barcelona, España: Ramón Sopena, S. A.
- Bernard, M. (1977). Las condiciones del grupo acción. En Lapassade, G. (1979). *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Nueva Imagen.
- Castillo Yañez, L. (2017). *Ajustan guardias a médicos de pregrado y residentes del IMSS*. Recuperado de: <https://www.saludiarario.com/ajustan-guardias-para-medicos-de-pregrado-y-residentes-del-imss/> [Consultado el 30 de enero del 2017].

- Diccionario Internet Chile (2015). Recuperado de: <http://etimologias.dechile.net/?castigo> [Consultado el 26 de noviembre del 2017].
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Arqueología del saber*. Argentina: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_. (2013). *Historia de la sexualidad 3*. México: Siglo XXI.
- García Canal, M. I. (2014). La noción de dispositivo en la reflexión histórico-filosófica de Michel Foucault. En Andiñ Gamboa, E. *Dispositivos en tránsito. Disposiciones y potencialidades en comunidades en creación* (pp. 19-34). México: CENART-CONACULTA.
- Hamui-Sutton, L. *et al.* (2013). Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes. *Cir Cir*, 81, 317-327.
- Hess, R. (1979). El analizador en la institución. En Lapassade, G. *El analizador y el analista*. Barcelona, España: Gedisa.
- Hess, R. y Savoye, A. (1993). *Que sais-je? L'analyse institutionnelle*. París: Presses Universitaires de France.
- Lourau, R. (1991). *El análisis institucional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Manero Brito, R. (1991). Introducción al análisis institucional. *Tramas*, 1.
- Pabón S. de U., J. M. (1999). *Diccionario Griego-Español*. Barcelona, España: VOX.

