

Las narrativas de la normatividad quirúrgica. ¿Realidad o ficción?

Narratives of surgical normativity. Reality or fiction?

Alberto Campos*

*Correspondencia: Dr. Alberto Campos

E-mail: alberto_campos@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5811-1908>

Palabras clave:
Narrativas médicas, normatividad quirúrgica, filosofía de la medicina, lista de verificación de la seguridad de la cirugía, iatrogenia.

Keywords:
Medical narratives, surgical normativity, philosophy of medicine, surgical safety checklist, iatrogenesis.

RESUMEN

La aplicación de la normatividad en medicina es problemática debido a ambigüedades del lenguaje legal que los cirujanos no comprenden. La interpretación de las normas que rigen los sistemas y servicios de salud genera conflictos entre médicos y abogados, sobre todo cuando se produce iatrogenia. En este ensayo se plantean las normas como ficciones útiles, y la normatividad como narrativa. Se analizan sus diferentes problemas técnicos, psicológicos, operativos, de control, algunos aspectos fácticos y las conductas adaptativas anómalas que adoptan los cirujanos para poder moverse en el ámbito de una normatividad que no siempre entienden. Se analizan varias Normas Oficiales Mexicanas y la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, de la Organización Mundial de la Salud. Se discute el conflicto del cirujano entre apearse a las normas o a su buen arbitrio, entre lo legal y lo moral, y las preguntas críticas que debe hacerse para ejercer en un ambiente legal complejo en el que ya no tiene la libertad de antes.

ABSTRACT

The application of normativity in medicine is problematic due to ambiguities of legal language that surgeons do not understand. The interpretation of rules governing health systems and services generates conflicts between physicians and lawyers, particularly when iatrogenesis occurs. In this essay norms are posed as useful fictions, and normativity as a narrative. Its different technical, psychological, operational and control problems, some factual aspects, and the anomalous adaptive behaviors that surgeons adopt in order to move within the scope of a normativity they do not always understand, are analyzed. Several Official Mexican Standards and the Surgical Safety Checklist of the World Health Organization are also analyzed. Finally, the surgeons' conflict between strictly adhering to rules or to their good free will, between the legal and the ethical, and the critical questions they must ask to practice in a complex legal environment in which they no longer have the freedom of an earlier time, are discussed.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que uno de los grandes problemas de México es la aplicación de la ley. Aunque es un principio del derecho que la ignorancia de ésta no exime de su cumplimiento, las leyes con frecuencia no se cumplen y los derechos no se ejercen porque no se conocen. De acuerdo con Diego Valadés, «es altamente recomendable la lectura de la Constitución [...] El problema ahora consiste en que la Constitución cambia con excesiva frecuencia, y esto impide “fijar un

texto” [además] no es fácil que lean una multiplicidad de leyes y códigos, esos sí destinados a ser manejados por expertos.»¹

Las causas de la iatrogenia son múltiples; van de lo ignorante a lo negligente, a lo cognitivo. Son complejas, además de personas involucran sistemas y servicios de salud segmentados y desarticulados, sean públicos e insuficientes, o privados, lucrativos e inaccesibles. El desconocimiento de las normas puede producir iatrogenia. En este ensayo trataré algunos problemas y consecuencias de

Recibido: 05/03/2020
Aceptado: 10/03/2020



Citar como: Campos A. Las narrativas de la normatividad quirúrgica. ¿Realidad o ficción? *Cir Gen.* 2020; 42(1): 69-83. doi: 10.35366/92715

las normas que rigen la práctica de la cirugía en México, consideradas como ficciones útiles e imperfectas, desde el punto de vista de sus interconexiones lógicas, las ambigüedades de su lenguaje, la extrañeza esotérica de la jerga legal para un cirujano que, habituado a otro tipo de textos, y a veces por limitaciones de su propio lenguaje, no puede descifrar. Abordaré también conductas adaptativas anómalas ante un panorama normativo confuso y algunas consecuencias legales y morales.

DE MOSCAS Y BOTELLAS, EL ENFOQUE LINGÜÍSTICO DE LAS NORMAS

Las normas, leyes, guías, códigos deontológicos y otros escritos afines no son de origen divino, no son *a priori*, ni inmutables ni eternos. Son productos humanos y, como tales, no pueden permanecer estáticos. Cambian, aunque alguno pretenda que sí hay leyes inmutables. Pero de ese tipo de normas no voy a ocuparme aquí, sino de aquellas en torno de la ciencia, la tecnología y la medicina, que evolucionan con las prácticas. Un problema contemporáneo serio es que el cirujano no conoce o no entiende bien a bien leyes y normas que dirigen y hacen vigente su quehacer, por lo que actúa por intuición, que puede ser causa de enredos legales. Esa intuición no siempre es razonable, aunque así lo parezca. De acuerdo con el fragmento de un poema de Rubén Bonifaz Nuño.²

Qué fácil sería para esta mosca,
con cinco centímetros de vuelo
razonable, hallar la salida.

Pude percibirla hace tiempo,
cuando me distrajo el zumbido
de su vuelo torpe.

Desde aquel momento la miro,
y no hace otra cosa que achatarse
los ojos, con todo su peso,
contra el vidrio duro que no comprende ...

Hay jueces que han aprendido a creer que la norma, una vez acuñada, como sobre la piedra, permanecerá sin cambio. Pero una cosa es el grabado y otra cosa es el derecho,

que en ninguna sociedad es estático. Ciertamente que hay normas, usos y costumbres acendrados, pero leyes y normas que aplican a las ciencias y las técnicas, como la medicina y profesiones afines, debieran actualizarse a la par de los avances en éstas. Abogados y jueces también deben renovarse en aquello que litigan y regulan. Además, por la propia dificultad de lo que rigen, y sin que esto sea justificable, leyes y normas mexicanas contienen ambigüedades técnicas en su redacción, que influyen la interpretación jurídica, lo que también supone dificultades morales. Ante ese escenario complejo, con frecuencia jueces y abogados memorizan la doctrina jurídica y la aplican al pie de la letra. Eso es un problema porque, aunque el derecho es la base para atribuir responsabilidades y culpabilidades, en el entorno contemporáneo, dinámico y muy especializado, no siempre es posible funcionar con un razonamiento rígido.

La aplicación estricta del derecho puede agravar problemas. Por ejemplo, cuando un grupo de sujetos redacta una ley de inmediato se producen “cambios mágicos”, cambios invisibles en el mundo que, de acuerdo con una visión irónica pero no por ello menos seria de Enrique Cáceres, hacen «que un sujeto se convierta de repente en culpable de un delito (peor que convertirlo en rana) [que] puede ser usado para “hacer magia negra” cuando cae en manos de brujos barrigones y con verrugas (morales, desde luego) y propiciar que aparezcan o desaparezcan multas [o] expedientes [...] Al margen de la magia negra, si no lo usamos prudentemente [el derecho] puede producir efectos contraproducentes».³

Una estrategia que puede ayudarnos es cambiar nuestros esquemas mentales, el enfoque metafísico, incluida la interpretación de las intenciones, por un enfoque lingüístico del derecho. Las razones para hacerlo son varias, nada metafísicas, por cierto; entre ellas, la cultura financiera de los seguros médicos, regida por el mercado y la (más o menos) estricta regulación de las responsabilidades, que deriva en las estimaciones de los daños y las pautas de los pagos, determinantes externos pero inevitables del quehacer médico. De tal suerte, mediante el análisis del lenguaje es posible disolver algunos malentendidos.

Otro ejemplo díptero, ahora del vienés Ludwig Wittgenstein, quien establece en sus *Investigaciones filosóficas* que la meta de la filosofía es “mostrar a la mosca la salida de la botella”.⁴ Las moscas de Wittgenstein y Bonifaz Nuño, engañadas por la transparencia del vidrio, intentan escapar de su prisión pero rebotan hacia el interior y repiten el proceso. Wittgenstein, sin embargo, no pretendía dar una respuesta al problema de estar atrapado en la botella del lenguaje, ni indicar cómo resolverlo, sino hacer preguntas críticas sobre esos problemas para plantearlos de forma más conveniente.

Una norma bien redactada no debiera ser complicada, su complejidad resultaría de la materia regulada, como las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que regulan técnicas y prácticas. Aunque leyes y normas debieran conformar sistemas jurídicos en tanto conjuntos de reglas interconectadas lógicamente, con frecuencia son conglomerados dispersos o inconexos. Ahora bien, si los operadores jurídicos, quienes no redactan las normas, tienen que lidiar con el problema de la indeterminación, la ambigüedad y las conexiones entre ellas, preguntémonos qué sucede con el simple cirujano, quien, si las ha leído, no las entiende y por tanto no las aplica.

Es sabido que en México el buen hablar y el bien escribir están invadidos por metástasis del inglés y que, en términos generales, los médicos no leen otra cosa que artículos en ese idioma y refritos de periodistas con muy mala sintaxis. El periodismo contemporáneo adolece de lo que algunos llaman *infodemia*, la infección por sobreabundancia de información insustancial y rumores sin verificar, contagio de alguna agencia de donde abrevan y replican notas con encabezados ictericos alterando la secuencia sintáctica, “el modo en que se combinan las palabras y los grupos que estas forman para expresar significados.” (Cf. ‘sintaxis’ en el Diccionario de la lengua española, 23ª ed., versión electrónica 23.3, actualización del 2019). Después, sólo se dice “lamentamos el error”, cuando la inoculación ya sucedió. El médico tampoco es inmune a la infodemia. El problema es grave, pone en riesgo la comprensión de un marco jurídico ambiguo y poco conocido, como también a ese médico, que actúa con la

mejor buena fe y la peor limitación del propio lenguaje.

PROBLEMAS TÉCNICOS

Un sistema normativo es un conjunto de enunciados (códigos, leyes, decretos) que pueden ser de distintos tipos, descriptivos (que dicen cómo es algo), declarativos (que afirman o niegan algo, o que comunican una idea) o prescriptivos (que expresan una orden o un mandato). Es un conjunto de proposiciones lingüísticas con un propósito, entre las que existe alguna cohesión, y de cuya interacción de significados se constituye el significado total del texto. Para el derecho en tanto sistema, los enunciados no son ni verdaderos ni falsos, implican acciones lingüísticas, como ordenar o sugerir. De tal manera, una acción puede interpretarse como permitida o prohibida, debida o indebida, facultativa u obligada.

El problema de la interpretación de la ley es herencia de la Escuela de la Exégesis, consolidada en Francia a principios del s. XIX con la publicación del Código Civil de Napoleón en 1804, y la idea de que los jueces debían atenerse a la letra de la ley, a la norma por la norma misma, por encima de otros planteamientos. De acuerdo con esta escuela, el derecho es producto *de la voluntad del legislador*, de modo que no había interés en el texto legal en sí, ni en sus elementos lingüísticos, sino en la *intención* del legislador, lo que éste plasmó en el llamado “espíritu de la ley”, lo que “*quiso decir*”, cuál era su finalidad y qué necesidades buscaba satisfacer. La escuela exegética y su estilo de pensamiento se introdujeron en México a mediados del s. XIX con los primeros intentos de codificación del derecho mexicano, entre los que sobresalen los esfuerzos de Antonio López de Santa Anna, Maximiliano de Habsburgo y Benito Juárez, quien aportó mayor legitimidad a la restauración de la república con la promulgación del Código Federal de 1870.⁵ La característica de ese estilo es que ha mantenido estático su formalismo del lenguaje, de modo que los ordenamientos tienen, si no un vocabulario del todo arcaico, sí una sintaxis vieja, poco apta para la comprensión actual de quienes están acostumbrados a textos hipercortos y sin conectores gramaticales.

Otra forma de entender la norma, menos subjetiva que el *espíritu* de la ley o lo que alguien *quiso* decir, es analizar sus diferentes construcciones posibles mediante el análisis de las formas concretas de los argumentos. De acuerdo con el jurista alemán y filósofo del derecho Robert Alexy, éstos pueden ser *semánticos*, cuando se usan para justificar, criticar o mostrar que una interpretación es admisible. Se tiene un argumento *genético* cuando se interpreta la intención, la correspondencia de la regla, su “objeto directo”, con la voluntad del legislador. Se habla de un argumento *histórico* cuando se aducen “hechos que se refieren a la historia del problema jurídico discutido en cuanto a razones en favor o en contra de una interpretación”, si ya se practicó una solución del problema discutido, si tuvo consecuencias, etc., es el caso de las llamadas jurisprudencias, o cuando se analizan normas que evolucionan y sustituyen a otras normas. En los argumentos *comparativos* se toman como referencia cambios en estados de cosas en una sociedad; como, por ejemplo, las leyes sobre el aborto legal; estos argumentos requieren de “numerosas premisas empíricas”. Los argumentos *sistemáticos* hacen referencia a la relación lógica de una norma con otras normas y principios, como por ejemplo la interoperatividad de las NOM y sus interacciones. En fin, los argumentos *teleológicos*, que abordan los fines y medios, así como conceptos de voluntad, intención y necesidad práctica.⁶ Hemos visto que una acción puede interpretarse como permitida o prohibida, debida o indebida, facultativa u obligada. En este último caso, el verbo calificador de la acción es clave para su entendimiento. Las confusiones en el uso e interpretación de estos verbos son muy frecuentes. ‘Deberá hacer’ implica obligatoriedad. ‘Podrá hacer’ implica elección entre alternativas. Si no se examinan con cuidado, la manera de calificar las acciones normativas puede causar problemas de interpretación que tendrán consecuencias legales y morales.

Propongo, como un primer ejemplo, dos Normas Oficiales Mexicanas (NOM), la NOM-001-SSA3-2012 y su actualización, la NOM-001-SSA3-2018 *Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica*. En la primera se establece

que “para el desarrollo óptimo de la residencia médica, el profesor titular *debe* contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otros [sic] de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes” (*cursivas mías*) pero no estipula cuáles son las obligaciones de tales profesores. La actualización dice que “el profesor titular (ya no *debe*) *podrá* contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, *invitados* [...] otras personas *que puedan apoyarle* [sic] para tal fin” (*cursivas mías*), pero queda indeterminado el significado de ‘puedan apoyarle’, pues no se especifican el tipo de apoyo ni las condiciones (ni “los invitados” ni las “otras personas”). La norma evoluciona de la obligatoriedad a la facultad de elección entre colaborar o no de los hipotéticos profesores adjuntos del programa nacional de residencias médicas. Pareciera entonces que el cumplimiento del *Programa nacional de educación en salud para la organización y funcionamiento de residencias médicas* fuese optativo.⁷

Como un segundo ejemplo, veamos los problemas de la interacción entre la subdeterminación en medicina y la indeterminación y ambigüedad en el lenguaje de las normas, analizando la NOM-041-SSA2-2002 y su actualización, NOM-041-SSA2-2011 *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. En ellas, la recomendación pasa de “*anualmente o cada dos años*, a las mujeres de 40 a 49 años, *con dos o más factores de riesgo* y en forma *anual* a toda mujer de 50 años o más” a “en mujeres *aparentemente sanas* de 40 a 69 años de edad, *cada dos años*”, y ambas NOM contienen, como muletilla, la expresión “por indicación médica”.⁸

Bajo esa discrecionalidad, preguntemos para qué sirve la norma escrita. Cualquier cirujano puede justificar su actuar con otra muletilla muy cómoda, la de “apegarse a normas”, con lo que se exime de pensar y pretende descargar la responsabilidad individual de alguna iatrogenia. Expresiones como “por indicación médica” y “apegarse a normas”, pueden llevar del *libre albedrío*, al arbitrio del médico, y hasta regiones insospechadas, como descubrí en la discusión del trabajo intitulado *De la medicina basada en evidencia a las guías prácticas, a la clínica*. Una

confrontación epistemológica,⁹ que presenté en el simposio *Medicina, verdad y validez* en la UNAM en 2016, cuando un médico entre los asistentes opinó que, ante la duda, más valía pecar de exceso y hacer una mamografía cada 6 meses... y ante mi réplica sobre la evolución de las imágenes radiográficas o la comprensión de los factores que influyen la velocidad de crecimiento de los tumores, uno más lo secundó con el mismo argumento, de efectuar una mamografía cada 6 meses pues, ante la duda, se justifica más la acción que la abstención. Esto me hizo proponer a mis interlocutores la posibilidad de un estudio sobre los efectos de la radioterapia semestral profiláctica en el tratamiento de las alteraciones mamográficas que, ante su silencio, me pareció innecesario emprender.

Las condiciones de activación, los elementos que determinan que las normas se apliquen a la realidad social, implican, por su propia naturaleza, problemas. Uno de ellos es el emisor (el Estado, el Constituyente, los comités de trabajo de las instituciones, etc.) y su cualidad impersonal, quién las redacta, por lo que no pueden establecerse responsabilidades. Otro problema es la promulgación, la expresión externa de la ley o de la norma mediante el lenguaje y cuáles la calidad y claridad de éste. A partir de estos dos elementos podemos analizar en qué medida leyes, NOM o guías de práctica clínica (GPC) constituyen cada una un sistema coherente y en qué medida tienen relaciones lógicas más o menos estables. A la incertidumbre de la ciencia y las prácticas se agregan la vaguedad y ambigüedad de algunos términos legales. De aquí surgen varias contradicciones. Una primera contradicción es la operatividad entre las normas y el principio lógico llamado de no contradicción, por ejemplo, entre la *Ley federal de transparencia y acceso a la información pública*, Diario Oficial de la Federación (DOF) del 9 de mayo de 2016, reforma del 27 de enero de 2017, y la *Ley de protección de datos personales en posesión de los particulares*, DOF del 5 de julio de 2010, redactadas por emisores diferentes.

La segunda contradicción es que el cirujano tiene que ejercer su buen juicio, su buen *arbitrio* para interpretarlas, dentro de la camisa de fuerza de las normas mismas, cuyo fin es evitar

la *arbitrariedad* de quien tiene que acatarla, no así de quien tiene que aplicarla, el operador jurídico. La ley escrita se constriñe a la visión de mundo de quien la elabora, sin que éste vea ni el contexto social ni los efectos de la norma que escribe. Por tanto, es posible que una buena intención termine en un mal producto legal. Otra persona, en circunstancia diferente, deberá intuir lo que el legislador “quiso decir”, de modo que habría tantas interpretaciones como exégetas posibles. Ahora bien, si el cirujano tiene un lenguaje limitado, si las leyes son redactadas con esa retórica común en los documentos oficiales en México, con una sintaxis de pretensión docta y elegante del s. XIX, entonces tenemos una mala función normativa. Ambos tienen que interpretar y llenar los huecos del sistema, pero uno tiene la facultad legal y el otro no.

En fin, una tercera contradicción, filosófica, es la del *realismo normativo* y sus efectos en el mundo. Por ejemplo, de acuerdo con Jacobo Choy, cuando hay desabasto es práctica común manipular el expediente electrónico y con esto pretende solucionarse el problema.¹⁰ El cambio en el expediente produce un cambio en la *realidad jurídica*, pero no en los hechos, en la realidad a secas. Veamos ahora ese realismo normativo que viola el principio de no contradicción. La pregunta es si las normas cambian la realidad del mundo admite una respuesta y su contraria; no, porque el problema de hecho persiste; sí, porque se producen *conductas adaptativas anómalas* que adecuan la realidad *fáctica* a la realidad *jurídica*, cuyo fin es evitar la responsabilidad, las consecuencias legales o administrativas.

UN EXPERIMENTO MENTAL. LA NORMATIVIDAD COMO NARRATIVA

Consideremos un sistema normativo como una narración en la que el conjunto de sus enunciados conforma un relato de acontecimientos utópicos y, por lo mismo, ficticios, a lo largo de un espacio y tiempo hipotéticos y desconocidos, llevados a cabo por actores imaginarios cuando se redactan las normas, pero reales cuando se aplican. En ese sentido, la norma es una prolepsis, se anticipa a hechos futuros. Digamos también que el narrador (el legisla-

dor) es omnisciente, que construye su sistema normativo para todo mundo posible, y que el protagonista (el cirujano) es deficiente, puesto que no sabe qué obstáculos sorteará en el camino, en el que hay personajes secundarios que modifican sus acciones. Podríamos decir por tanto que, como en todo relato, entre las normas y el mundo también hay *protagónicos* y *antagónicos*.

De este modo, entran en juego la supuesta objetividad del narrador legislador contra la subjetividad de su personaje cirujano; uno crea la norma, el otro la recrea dentro de los límites de su conocimiento incompleto. El raciocinio del legislador se enfrenta a la interpretación y el arbitrio del médico, y a los de otro personaje, el juzgador. Los legisladores y autores de las normas escriben un guion para el cirujano protagonista de ese relato imaginario; no obstante, los actores en el escenario real del mundo, con todas las vicisitudes de lo variable y aleatorio, serán sus antagónicos. Es más, a veces el cirujano en cuestión será antagónico de sí mismo. Sucede en las mejores tragedias.

Nos encontramos entonces ante una tensión entre el *orden pretendido* de las normas, por ambiguas y vagas que sean, y el *desorden real* del mundo. Pero, a fin de cuentas, y por extraño que parezca, entre *dos tipos diferentes de desorden*, el del relato normativo, cerrado, incompleto e incoherente como sistema construido, pero certero e indiscutible para el legislador, y el desorden de los hechos en el mundo, ni certeros ni indiscutibles, sino aleatorios y contingentes. Dos tipos de desorden separados por un hiato que el cirujano tiene que resolver en cada decisión pues, que se quiera o no, esa botella de vidrio mal soplado por diferentes artesanos normativos con desiguales capacidades intelectuales, nada cristalina, llena de burbujas, recovecos e imperfecciones, es la realidad de este país.

Esa involuntaria ficción normativa pareciera por momentos un *cadavre exquis*, un cadáver exquisito, el juego surrealista de palabras en el que cada participante contribuía con el fragmento de una frase, ignorando aquello que los jugadores previos habían escrito, pues la hoja de papel se encontraba doblada en ese punto donde uno dejaba el texto suspendido a la ocurrencia del otro. Al desplegar el papel

emanaba infinidad de imágenes poéticas, intuitivas, espontáneas e inconscientes. Sólo que el surrealismo fue un movimiento de las artes visuales y literarias de principios del s. XX, cuyos procedimientos creativos y expresivos se valían de todas esas variedades de manifestación psíquica, el automatismo, los sueños y el inconsciente, como “funcionamiento *real* del pensamiento”¹¹ (*cursivas* mías) en ausencia de todo control intelectual, una respuesta al racionalismo de esa época, representado en buena parte por el Círculo de Viena y el positivismo lógico.

A pesar de su estructura formal, NOM, GPC y reglamentos son políticas para moldear prácticas. No responden del todo a una evidencia lógica, desnuda e impersonal, sino al interés público, e involucran discernimientos que pueden ser erróneos, que aun bien intencionados, y para simplificar las decisiones al receptor del mensaje, no siempre se adecuan al cuidado de la salud o a la enseñanza. Leyes y normas mexicanas no debieran parecer escritura automática, emotiva, grupal, flujo de conciencia; todo lo contrario, el intento bien consciente de articular un sistema coherente que regule las prácticas médicas. De este modo, existe una disonancia entre escritores anónimos de normas, guías, reglamentos y leyes, y actores médicos en escenarios reales. Por otra parte, si alguno no sabe que la NOM existe, si a sabiendas no la lee, y si la lee, no la entiende, entonces se sale del guion. Aunque, al decir de una colega cirujana, vale más eso que nada.

El cirujano, además de su intuición clínica está acotado por criterios legales, y eso es bueno, pues limita las posibilidades de aquellos cuyo albedrío, más que libre, “se va por la libre”. También es evidente que, cuanto más hemos estado haciendo algo que no entendemos, más lo haremos y menos entenderemos por qué, y esto vale tanto para los escritores del libreto como para sus actores. Pero de ahí no puede concluirse que una mala norma sea *mejor* que la ausencia de norma. Una mala norma es, por sus mismos defectos, permisiva, es suturar la mitad del problema y dejar que el resto cierre por segunda intención, sin saber ni de quién ni cuándo vendrá esa intención. En las NOM mencionadas, la segunda intención se dio años después.

Cuando André Breton visitó México, lo llamó “el lugar surrealista por excelencia”, frase cautivadora que se convirtió en epónimo gustado por los mexicanos, trillado y *kitsch*. De acuerdo con Humberto Schwarzbeck, el término ‘surrealismo’ se ha convertido en “un sinónimo de la forma *pintoresca* de lo absurdo, [y] los mexicanos [...] llaman surrealistas a *los tropiezos de su camino a la modernidad*. [...] [e]n la geografía de la vanguardia, México ha ocupado entonces un lugar emblemático *por virtud de su atraso*.”¹² (*Cursivas* mías). Eso, lo surrealista, pintoresco y *kitsch*, vale para algunos textos legales en México, que son entonces *cadavres “non” exquis*, no exquisitos, sino en franca descomposición sintáctica, de la que es difícil extraer algún sentido para ejercer la medicina dentro del marco legal.

Respecto de esas formas de mexicanidad que Schwarzbeck llama *pintorescas*, me sucede con frecuencia —y en buena parte es por ello que escribo este ensayo— un efecto llamado distanciamiento escénico, la técnica dramaturgía creada por Bertolt Brecht. Es un fenómeno de extrañamiento en el que la atención, al separarse de la simpatía o antipatía que se tenga por los personajes y de sus acciones, produce que el espectador abra el encuadre a una visión general y contraste una situación escénica concreta con otras semejantes de la vida real que se repiten y siguen un patrón similar al descrito por el dramaturgo. Diré, por ejemplo, que en México otro “efecto Brecht” se me presenta cada seis años. Al presagio del análisis dilecto de los “primeros cien días de gobierno” —rito de politólogos (del lat. *ritus*, costumbre, hábito, usanza, observancia^{13,14})— sigue su cumplimiento invariable. El gatopardo será igual; agüero ninguno, una inducción simple. En cambio, el ingenuo vivirá los restantes 2,100 días como esos 100.

Vuelvo de la digresión para dar un ejemplo concreto de alejamiento teatral en la práctica quirúrgica, la representación de la *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁵ (en adelante *Lista de verificación* o, *La Lista*) otra normatividad obligatoria. Cuando se lleva a cabo sin pensar deja de tener sentido. Durante la representación de *La Lista* los actores del escenario quirúrgico no siempre son

cautelosos con lo que están representando, lo hacen porque hay que hacerlo; cuando es así, se convierte en un ritual vacío (del lat. *ritualis*, ceremonia, ejercicio, modo).¹³ Esa sensación de extrañeza me provoca reminiscencias de iatrogenias, una anamnesis en el sentido médico de información recopilada. Veo la *praxis*, lo que el héroe hace y lo demás que sucede en el proscenio, cuadro tras cuadro, pero sin la catarsis purificadora y terapéutica de la tragedia aristotélica.¹⁶ Me produce una frustrante toma de conciencia ante la anécdota quirúrgica que se repite como rutina tozuda.

El cumplimiento de la *Lista de verificación* es obligatorio por decreto,¹⁷ el *Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente* [Acuerdo CSG 60/06.03.17]. Sin embargo, ejecutada como una cantaleta con llenado de casillas, semeja el ritual de los niños gritones de la Lotería, no pasa de ser un trámite apresurado antes de iniciar el acto quirúrgico, que todavía hoy alguno malentende a partir del bisturí y culminando con el último punto o la última grapa. Un decreto, en un sistema de salud (o en un Estado) fallido y, sobre todo, sin controles de observancia, admite una intención y su contraria y produce, como dije antes, conductas adaptativas anómalas.

Un actuar irreflexivo “apegado a normas”, coherentes o no, nos distancia de una tradición fundamental en la medicina, *el currículum oculto*, aquellos conocimientos, actitudes y valores que no están explicitados en un *syllabus* del que frecuentemente los hospitales de enseñanza carecen, que se transmiten de boca a oreja y, para volver a *La Poética* de Aristóteles, por mimesis.¹⁶ Las conductas, que no las teorías, son comportamientos; se enseñan del cirujano hecho al cirujano en ciernes. Así, la *Lista de verificación*, a pesar del decreto, puede convertirse en un acto más del teatro del absurdo, representado pero carente de sentido, a menos que mediante ese distanciamiento escénico lo veamos en un segundo nivel, crítico. Residentes, alumnos y ayudantes aprenden, mediante el currículum oculto, las buenas y malas prácticas como una ideología de vida. La cara opuesta de la moneda es ese cirujano bien formado, cauteloso y escaso, consciente de que su albedrío, mejor que el del escritor fuenteovejuno de la norma,

está supeditado al ambiente legal de esa botella inescapable para moscas.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Aunque el término ‘arbitrariedad’ tiene una connotación peyorativa, y aunque el derecho y la aplicación de la ley tienen como meta una defensa eficaz contra la arbitrariedad, entendida en el sentido de autoritario, también es cierto que los sistemas de normas pueden ser tan rígidos o tan incomprensibles que paralicen el *buen arbitrio* del cirujano, entendido en su mejor sentido como la capacidad de decisión ante problemas específicos. Por otra parte, es imposible que un cuerpo normativo tenga la extensión, completitud y especificidad requeridas para regular todas las conductas profesionales en todos los casos posibles.

Si a esto se agregan la ambigüedad de los términos usados, una retórica formalista del s. XIX, el que diferentes artículos de alguna norma remitan a otros tres o cuatro dentro de la misma, o de otra norma, o al artículo X, fracción Y bis de la Ley General Z, y de vuelta a la norma, esa lectura discontinua y complicada, que obliga a saltar de un lado a otro de diferentes textos, produce confusión. La inmensidad y confusión normativas pueden producir al cirujano un fenómeno cognitivo llamado saciedad semántica, por exceso de estimulación entre el estilo normativo, muy diferente del estilo de la literatura al que está acostumbrado, y lo que percibe en el mundo real, que requiere de su atención y acción. Si además el conocimiento del propio lenguaje es insuficiente, entonces compensa la saturación y la falta de entendimiento generalizando las normas en una síntesis burda que le facilite funcionar. Para ese cirujano, no leer la norma e improvisar fuera del guion es un mecanismo adaptativo; se vuelve habitual trabajar fuera de la normatividad.

De lo anterior se aprecia una tensión entre lo ideal y lo real, la falta de intersubjetividad y de comunicación entre quienes hicieron las leyes y las entregaron como instrumentos acabados, y quienes tienen que utilizarlas aplicándolas como herramientas propias de su trabajo, los cirujanos.

La realidad contemporánea no es como antaño, cuando el ejercicio de la profesión era

mucho más libre. Por machacar lo obvio, nada es como antaño, ni un segundo es como otro, todo es un constante devenir heraclitiano. La juridificación de la práctica médica, consecuencia de interacciones complejas entre médicos, proveedores de servicios, instituciones públicas y privadas, pagadores y pacientes, hace que el ejercicio profesional libre, a la antigua, sea imposible. Es preciso aprender a trabajar en el entorno de una normatividad antes inexistente.

Ahora una anécdota, habitual en discusiones de este tipo. En el simposio del cual se desprende este ensayo,¹⁸ alguno preguntó si el cirujano “está obligado a conocer todas las normas” [sic]. Tal pregunta, ingenua o ladina, me recuerda a otro, que afirmó haber leído la Biblia, pero no toda. Aunque Diego Valadés recomienda la lectura de la Constitución, también reconoce que “*cambia con excesiva frecuencia*, [y que] no es fácil leer una gran cantidad de leyes y códigos y *normas técnicas* destinados a ser manejados por *expertos*.”¹ (*Cursivas* mías). A la Constitución y la Biblia agreguemos la inmensidad de la literatura médica. Para no perderse en un mundo literario tan grande, el cirujano debe investigar qué normas y guías rigen su actividad. De nada le servirá leer la Constitución y el Cantar de los Cantares si desconoce la frecuencia con la que debiera solicitar mamografías, ignorancia que a una paciente puede resultar apocalíptica.

Cito aún otra norma, a manera de respuesta al bibliófono, la *NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología*, que todo cirujano debe conocer.^{19,20} En un análisis minucioso de esa NOM, el anestesiólogo Luis Héctor Soto Toussaint concluye que la norma no es vigente, que su obsolescencia es conocida, que es pertinente aun cuando no se haya actualizado pero, sobre todo, que “*existe un riesgo elevado al utilizar esa norma vigente*”, también plena de ambigüedades, definiciones incompletas, omisa en cuanto a las capacidades y obligaciones de los anestesiólogos y, coincidiendo con las NOM arriba citadas, “*que no son del todo claras y detalladas, quedando al arbitrio de cada lector la correcta interpretación*.”²¹ (*Cursivas* mías). Peor aún, “*en el caso de que en la práctica se presente un evento adverso, el juzgador en un caso litigioso, no dispondrá de los elementos*

de juicio más allá de lo que se le presente y hay una seria y total contradicción de las normas, [por tanto] queda pues a deber el estado mexicano el deber [sic] de cuidado que le imponen las leyes de la materia”.²¹ Respecto de la crítica de Soto Toussaint, hay que precisar dos cosas: primera, que hay una nueva norma, la *NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología* publicada en el DOF el 31 de enero de 2018, que deja sin efecto la *NOM-006-SSA3-2011*; segunda, que en esta nueva NOM, muchos de los problemas y carencias criticados en la NOM de 2011 permanecen sin cambio. No abundo más, la nueva NOM habla por sí sola.²²

A pesar de todo, el cirujano no puede, para aminorar el agobio de su profesión, delegar la NOM, ni su carácter abstruso, ni su comprensión, al anesthesiólogo, bajo el pretexto de “zapatero a tus zapatos”, “respetar las funciones”, “no pisar los callos” y alguna otra expresión de éstas que nos tipifican, remoliendo la cita de Schwarzbeck, como pintorescos de lo absurdo. La bibliofobia es un rasgo de carácter, conocer las normas es un deber profesional. Es preciso entonces paliar tales carencias, sin esperar que la NOM tenga alguna vez la coherencia de un teorema, sin esperar que algún gobierno utópico y futuro la actualice. Pueden pasar varios años antes de que se intente —en las tres citadas pasaron seis, nueve y seis años— y sin que la NOM se perfeccione.

ASPECTOS OPERATIVOS, LA CONFIANZA Y LOS CONTROLES

Los aspectos psicológicos tienen que ver mucho con los operativos, el cómo funcionarían los sistemas y, desde luego, con los aspectos fácticos, cómo funcionarían en situaciones reales. Muchos sistemas institucionales contruidos para facilitar la rendición de cuentas tienen el efecto contrario, no funcionan como debieran. En vez de uniformar las prácticas para hacerlas más confiables y disminuir las fallas, garantizar la confiabilidad y la evidencia que respalde esa confiabilidad de personas e instituciones, dificultan el trabajo. Por ejemplo, los médicos a menudo invierten tanto o más tiempo en llenar el papeleo normativo que en los procedimientos.²³ A manera de

conducta adaptativa, la *Lista de verificación* puede ejecutarse con celeridad indebida para entrar al procedimiento en sí, sobre todo cuando el tiempo cuesta.

Los controles tienen sus bemoles; algunas medidas que se toman para aumentar la honradez y confiabilidad de los profesionales, como las auditorías, pueden no aumentar la confianza sino la desconfianza. La confianza supone economía en el monitoreo y auditorías, permitiendo a quien es digno de ella trabajar con mínima supervisión. Por el contrario, la disminución de la confianza resulta en un aumento de supervisión, auditorías, coerciones y sanciones. Quien no es digno de confianza hace necesarias todas estas medidas. Un buen desempeño durante las auditorías no significa confianza, significa que el individuo es consciente de ser observado, de la coerción y de las sanciones. Por otra parte, la responsabilidad tiene diferente forma cuando es colectiva, como en una corporación, y cuando es individual, al tratarse de un cirujano en particular; sin embargo, cuando se trata de una organización, como un hospital, tanto los procedimientos como los individuos pueden estar en falta.²³

En el tema de los controles, se hacen analogías entre la *Lista de verificación* de la OMS y la lista de verificación (*checklist*) para las tripulaciones de vuelo, “una herramienta de ayuda [...] diseñada para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención en el ser humano [que] [ayuda a asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea [...] permitiendo la vigilancia mutua entre los miembros de la tripulación de vuelo, manteniendo así informados a todos ellos”.²⁴ (*Cursivas mías*). A pesar del objetivo de permitir la vigilancia mutua para reducir los errores, las *checklists* tampoco son una panacea. En esta entrada, Carlos Delgado también señala problemas de ambigüedad, pues «[l]as respuestas a la lista de verificación deberían reflejar la situación real o el valor del elemento (conmutadores, palancas, luces, cantidades, etc.). Para las listas de verificación deberían evitarse respuestas imprecisas, tales como “establecido”, “verificado” o “finalizado”». ²⁴ (*Cursivas mías*). En eso, las *checklists* se parecen a las NOM.

Siguiendo con los *controles*, imaginemos ahora que filmamos cada acto quirúrgico, incluido el personal. ¿Servirían de algo sistemas como la *Fly cam* (cámara de vuelo) o un *Pilot´s eye* (“ojo del piloto”) ? En ellos, un número variable de cámaras filma, en tiempo real, desde varios ángulos, al comandante y al primer oficial, incluyendo la cara. En los quirófanos, ¿sería rentable la relación costo-beneficio de filmar los comportamientos de los miembros del equipo? Cuando se trate de un procedimiento no endoscópico, o que necesite de una conversión a cirugía abierta, ¿sería factible, además, filmar el campo operatorio? Dadas las dificultades técnicas —y quien haya hecho fotografía o cinematografía quirúrgica lo sabe bien— ¿podrían tenerse disponibles operadores que filmen los procedimientos, en vez de *Fly cams* fijas? ¿Quién pagaría todo eso en los hospitales privados? El enfermo (o su seguro, tal vez...) ¿Y, en un sistema nacional de salud en quiebra? ¿Valdría la pena, entonces un ascenso en el nivel de control? ¿Y, quién supervisaría los videos? ¿Cada hospital, u otro órgano regulatorio a escala nacional? Aumentar el nivel de los controles no garantiza la confianza en los instrumentos, ni en quienes los ejecutan.

ASPECTOS FÁCTICOS

Veamos ahora cuestiones de hecho, con fundamento en las experiencias reales y contingentes en el mundo. Primera. ¿Por qué todos esos esfuerzos cambian poco un estado de cosas? ¿Por qué los instrumentos de prevención pueden ser poco eficientes?

Por ejemplo, porque según la OMS, la *Lista de verificación* “no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local”, de acuerdo con un manual de implementación en apoyo de *La Lista*, que detalla cómo debería realizarse cada paso y especifica que un determinado departamento debería modificarla agregando detalles, “de forma tal que pueda ser establecida dentro de su flujo de trabajo operativo regular”.¹⁴ Ahora bien, a pesar de las recomendaciones de la OMS la realidad no se cambia por decreto. Por ejemplo, en el *Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad [...] del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*¹⁷ se mencionan directivas que *de facto* no se cumplen. Una comparación exhaustiva de dichos documentos está fuera del objetivo de este ensayo; dejo como ejemplos *Lista de verificación* de la OMS y *La Lista* modificada de la Secretaría de Salud.

Figura 1:
Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS. Disponible en <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
 - Si
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
 - Si
 - No procede
- ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
 - Si
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
 - Si
- ¿Tiene el paciente...
 - ... Alergias conocidas?
 - No
 - Si
 - ... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?
 - No
 - Si, y hay materiales y equipos / ayuda disponible
 - ... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?
 - No
 - Si, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
- Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
 - Si
 - No procede
- Previsión de eventos críticos**
- Cirujano:**
 - ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
 - ¿Cuánto durará la operación?
 - ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?
- Anestesista:**
 - ¿Presenta el paciente algún problema específico?
- Equipo de enfermería:**
 - ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
 - ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
- ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
 - Si
 - No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

- El enfermero confirma verbalmente:**
 - El nombre del procedimiento
 - El recuento de instrumentos, gasas y agujas
 - El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
 - Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
- Cirujano, anestesista y enfermero:**
 - ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local. Revisado 1 / 2009 © OMS, 2009

Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía

FASE 1: ENTRADA Antes de la inducción de la anestesia	FASE 2: PAUSA QUIRURGICA Antes de la incisión cutánea	FASE 3: SALIDA Antes de que el paciente salga de quirófano
<p>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería en presencia del paciente han confirmado:</p> <input type="checkbox"/> Su identidad <input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico. <input type="checkbox"/> El procedimiento quirúrgico. <input type="checkbox"/> Su consentimiento. <p>¿El Anestesiólogo ha confirmado con el Cirujano que está marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <p>El Cirujano ha confirmado la realización de asepsia en el sitio quirúrgico:</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>El Anestesiólogo ha completado el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, equipo (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente.</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>El Anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:</p> <p>¿Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>¿Vía aérea difícil y/o riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se cuenta con material, equipo y ayuda disponible. <p>¿Riesgo de hemorragia en adultos >500 mL. (niños >7mL.kg)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías centrales <p>¿Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha realizado el cruce de sangre previamente.	<p>La Instrumentista ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones.</p> <input type="checkbox"/> Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/> Ayudante de Cirujano <input type="checkbox"/> Circulante <input type="checkbox"/> Otros <p>El Cirujano, ha confirmado de manera verbal con el Anestesiólogo y el personal de Enfermería (Instrumentista y Circulante):</p> <input type="checkbox"/> Paciente Correcto. <input type="checkbox"/> Procedimiento Correcto <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico Correcto <input type="checkbox"/> En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda <input type="checkbox"/> En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar <input type="checkbox"/> Posición correcta del paciente <p>¿El Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Procede <p>¿El Cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere?</p> <input type="checkbox"/> No procede. <input type="checkbox"/> Sí <p style="text-align: center;">PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>El Cirujano ha informado:</p> <input type="checkbox"/> Los pasos críticos o no sistematizados <input type="checkbox"/> La duración de la operación. <input type="checkbox"/> La pérdida de sangre previsible. <p>El Anestesiólogo ha informado:</p> <input type="checkbox"/> La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía <p>El personal de Enfermería ha informado:</p> <input type="checkbox"/> La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental. <input type="checkbox"/> La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el corteo del mismo.	<p>El Cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería, ha aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado. <input type="checkbox"/> El recuento COMPLETO del instrumental, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general). <input type="checkbox"/> Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos. <p>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería han comentado al Circulante:</p> <input type="checkbox"/> Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria <input type="checkbox"/> El plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Los riesgos del paciente <p>¿Ocurrieron eventos adversos?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>¿Se registró el evento adverso?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde? _____ <p style="text-align: center;">LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPÓ EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">CIRUJANO(S):</p> <p>Nombre(s): _____ Firma: _____</p> <p style="text-align: center;">ANESTESIÓLOGO(S):</p> <p>Nombre(s): _____ Firma: _____</p> <p style="text-align: center;">PERSONAL DE ENFERMERÍA:</p> <p>Nombre(s): _____ Firma: _____</p> </div>

Figura 2: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente_02.pdf

Como referencia, hay otra modificación de La Lista en el documento *Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico*, del Instituto Mexicano del Seguro social, que no incluyo por razones de espacio. Está disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/676GER.pdf>

Los decretos no se cumplen por sí solos. Ya en la sección previa he propuesto, a base de preguntas, problemas hipotéticos que implicaría un ascenso en los niveles de control. Pero también es posible que, a pesar del mejor instrumento de control, la atención de los participantes se encuentre otra parte, que durante la *Lista de verificación* algún miembro del equipo pueda estar revisando mensajes “urgentes” en su teléfono o escogiendo la música que sintonizará durante la intervención. Esos no son problemas de las normas, son problemas de actitud. En ese momento no debiera haber nada que supere a *La Lista*, como no sea algún cambio en los signos vitales del enfermo o la alarma de un monitor.

Segunda cuestión de hecho. La *checklist* funciona porque cada miembro de la tripu-

lación, incluyendo la de tierra, ha hecho un trabajo previo, que el comandante y oficial de vuelo cotejan juntos. Además, un avión no despega si no ha sido *abastecido* para una distancia y una carga determinada, no suficiente sino de sobra, en caso de algún incidente. La recomendación de la OMS *presupone* que en todos los hospitales habrá insumos suficientes para un quirófano ideal, como si fuese un avión. ¿Dónde nos deja esta idea? ¿Puede culparse al instrumento? No tanto. Vimos que un instrumento es un objeto más o menos útil según la calidad de quienes lo elaboran, el razonamiento de quienes lo usan y las circunstancias específicas de su uso. Los procedimientos son diseñados y controlados por humanos, por tanto, fallibles; cuando fallan deben ser revisados.

Pero otra cuestión de hecho no menos importante es el *abasto suficiente de los insumos necesarios para cada evento*, lo que en los hospitales públicos puede no ser el caso. El trabajo de adaptar, de acuerdo con la OMS, corresponde a cada hospital de cada sistema de salud de cada país. Aunque las recomendaciones de la OMS presuponen que en todos los hospitales habrá insumos suficientes, la realidad es otra. El desabasto de insumos es “lo normal”, no “lo patológico” —parafaseando *al revés* el título del libro de Georges Canguilhem *Le normal et le pathologique*, Lo normal y lo patológico. Dicho de otro modo, en México lo patológico se ha vuelto normal.

LOS NIÑOS GRITONES DE LA LOTERÍA

La plantilla, el cianotipo de la *Lista de verificación*, no tiene modificaciones para casos de desabasto o carencias de modo que, citando de nuevo a J. Choy, se llenan las casillas con datos falsos.¹⁰ El ritual de *La Lista* semeja entonces lo que hacen los *niños gritones* de la Lotería Nacional, voceros de la fortuna, imagen de la legalidad. Sólo que en el quirófano el ritual de los gritos adecua la realidad *fáctica* a la realidad *jurídica*, la realidad de los hechos a una realidad de papel, y no al revés, el papel no refleja los hechos. Aunque *La Lista* tenga las imperfecciones mostradas en las *figuras*, al marcar casillas al ritmo exclamatorio sí se sigue el guion; el equipo “se apega a normas”, por burda que *La Lista* sea. Lo demás que suceda podrá asumirse como incidental. Si por azar no sucede una iatrogenia, dicho a la mexicana, “ya la hicimos”.

LA HISTORIA SIN FIN. ¿POR QUÉ YO VEO LA MISMA PELÍCULA Y OTROS NO LA VEN?

Otro aspecto fáctico es que la *Lista de verificación* es obligatoria pero no coercitiva, a menos que de su incumplimiento resulte una iatrogenia (multifactorial), que pueda demostrarse y que derive en una demanda. Y aun así existen, además de las infinitas posibilidades de interpretación, el discurso y la elocuencia *como justicia basada en evidencia*, de modo que llegar a una sanción puede no suceder. Lo que pare-

cen aspectos “ocultos” de la negligencia médica y falta de eficacia de las medidas preventivas, son bastante patentes; al médico institucional le importa poco cumplir con requisitos que cataloga como mera burocracia porque, *de facto*, poco se le aplican sanciones penales y menos todavía la reparación de daños, porque cuando la sanción es inevitable, con frecuencia es administrativa, acaso una inhabilitación, que el funcionario público típico teme poco. Por eso, por la falta de controles adecuados, algunas complicidades, y dar por hecho que la realidad es así, es que la historia se repite sin fin.

Es otra cuestión de hecho que el paciente asistencial no tiene los recursos económicos ni los conocimientos para elevar su queja a las autoridades competentes, menos aún para llevar un proceso judicial que, aun cuando sea “gratis” podrá asignar dicha queja a un defensor “de oficio” con poco oficio en cuestiones de iatrogenia, cuyo discurso formalista y arcaico el enfermo no comprenderá, un proceso de atrición que puede durar años para recuperar algo de lo que el Estado mismo no provee, una atención médica de calidad. Un panorama muy distinto es el del mismo cirujano en su práctica privada; ahí sí se afectará su bolsillo, en costos legales, deducibles y primas de su seguro contra daños; ahí la atrición será para él, la mala fama también. La esquizofrenia entre lo público y lo privado.

CONDUCTAS ADAPTATIVAS ANÓMALAS

Normas abstrusas y de difícil comprensión producen *conductas adaptativas anómalas* que pueden darse por diferentes motivos. En el primer caso, el cirujano elude el análisis tedioso de esas normas, pierde la panorámica y adopta una visión en túnel. Puede centrarse en el campo quirúrgico, dejar el resto al anesthesiólogo y los monitores “respetando las funciones”, y el llenado de *La Lista* a quien la llenó. Confía en su experiencia, que considera infalible porque así lo ha hecho siempre, porque de la norma entiende poco. La rutina (y la indolencia es una) le permite mantenerse en su zona de confort. Sólo que el razonamiento estático, como el agua estancada, se pudre. A ese cirujano el constante devenir heraclitiano le es desconoci-

do, como también el declinar de sus aptitudes, que confía inamovibles, que ceden su terreno ante la usura del tiempo, cuando ya sólo es capaz de entender la rutina, lo que siempre ha hecho, con o sin normas. Entonces es más prono a producir iatrogenias, y ante un proceso argumentará, como mecanismo de defensa, que siempre lo ha hecho así, que (en el papel) “se apegó a normas”. Producirá justificaciones y excusas, diferentes relatos, otras narrativas.

El segundo caso de *conductas adaptativas anómalas* es por el motivo contrario, pero también con efectos secundarios. Es el del cirujano comprometido quien, para evitar sanciones administrativas por actuar con ética, aunque al margen de una normatividad aberrante, prefiere apegarse a ésta, pero por razones diferentes. Dos cirujanos asistentes al simposio proveyeron anécdotas interesantes; que es más fácil que un cirujano pida un pase de salida para ir a una cirugía privada, antes que abandonar su consulta privada para regresar al hospital público a revisar un enfermo grave; otro de ellos, quien alguna vez, por concluir una operación iniciada salió después del fin de su turno, se hizo acreedor a una sanción administrativa por incumplimiento del reglamento de recursos humanos de “chechar tarjeta” a su debido tiempo. Una más, en fin, argumentó que no se permite entrar al hospital fuera del horario asignado, porque es una transgresión al reglamento.²⁵

La conducta adaptativa consiste en actuar con apego estricto al reglamento del hospital. Ahí, el entorno también es prono a la iatrogenia si no hay comunicación y relevo adecuados o, si a pesar de informar, el cirujano del turno siguiente decide, de *motu proprio*, tomar un curso de acción diferente. Cada turno hospitalario deja el avión de acuerdo estricto con el reloj, porque está obligado por la norma y para evitar sanciones usadas por personal administrativo, que prefiere ver las normas antes que los hechos. A fin de cuentas, “apegarse a normas” produce el empoderamiento de empleados públicos a quienes importa menos el paciente y más el sindicato.

EPÍLOGO, REALIDAD O FICCIÓN

En el experimento mental propuesto, como en todo relato, hay un conflicto. La ficción del

relato se impone a la realidad como una camisa de fuerza. El conflicto se expresa en la máxima latina “*a verbis legis non est recedendum*,” de la palabra de la ley no hay desviación; una corte no tiene la facultad de ignorar la letra expresa de un estatuto en favor de una supuesta intención.²⁶ En México usamos el eufemismo “con estricto apego a la ley”, de acuerdo con el criterio napoleónico adoptado en México en el proceso de codificación del derecho, y ahora muy utilizado como profiláctico de amplio espectro.

El escenario narrativo es entonces el siguiente: si las normas, ideales, pretenden regular prácticas en el mundo real, y las prácticas requieren interacciones humanas, entonces la interpretación frente a los hechos es parte inevitable del cumplimiento de las normas; esa interpretación implica el *recessus*, la desviación que la ley no permite. Ahí residen entonces la pregunta y la contradicción acerca de si las *narrativas de la normatividad* son *realidad o ficción*. Sin negar que existan leyes y normas bien redactadas y coherentes entre sí, aplicables de manera sencilla y exitosa a situaciones reales, hay que aceptar que otras normas —elaboradas por agentes diversos con formaciones profesionales y conocimientos heterogéneos sobre aquello que pretenden legislar, con un conocimiento deficiente de su propia lengua y una sintaxis incorrecta y ampulosa— constituyen *narrativas ficticias* con las que se busca regular *problemas reales*.

Habiendo analizado los aspectos lingüísticos, técnicos, psicológicos, operativos y fácticos, consideremos ahora los aspectos éticos. ¿Apegarse con rigidez a las normas o desviarse de ellas? ¿El apego irrestricto a la normatividad es un dilema legal o moral? De acuerdo con la ley no hay dilema, la ley escrita se cumple. Desde el punto de vista moral, la perspectiva es diferente.

Ante la iatrogenia, alguno argumentará que se apegó “estrictamente a la normatividad”. Ese argumento es cómodo para librar los cuestionamientos hospitalarios, los comités de morbimortalidad o de ética. Es más fácil para alguno decir “con estricto apego a la ley” sin dar ninguna otra justificación del proceder, que decir “con estricto apego a mi criterio quirúrgico”, teniendo que reconstruir los caminos y

opciones que lo llevaron a la cadena de decisiones de la cual es responsable. Ese cirujano fijado en “la palabra escrita”, con más autores de los que tiene el Génesis, tarde o temprano terminará por cometer un acto inmoral.

Por ejemplo, si no entrase a operar una urgencia porque su turno está por terminar y él debe “chechar tarjeta”, y si quien debiera llegar al siguiente turno no lo hace. La normatividad no cubre los aspectos morales de la responsabilidad del cirujano, no es su función. La palabra escrita exige actuar *verbatim*, palabra por palabra; no pide pensar sino cumplir. En ese sentido, los argumentos dados por ese cirujano podrán ser legalmente correctos, pero moralmente cuestionables. Serán un mecanismo de defensa. ¿Una justificación? Legal sí, moral no. El estricto apego puede ser producto de la experiencia, pues alguna vez experimentó en carne propia las sanciones administrativas mencionadas por trabajar fuera de turno, o por efectuar procedimientos sin el material adecuado, por el desabasto mismo, aunque con la mejor voluntad. El cirujano puede entonces encontrarse ante un conflicto, que tiene que resolver con su mejor *arbitrio*, lo que la ley tiene por objeto evitar.

Un último periplo antes de concluir. Como analogía con los términos ‘iatrógeno’ e ‘iatrogenia’, para referir a la cualidad de dañino y al daño producido por un abogado podrían acuñarse los términos ‘paracletógeno’ y ‘paracletogenia’ (del gr. *parákletos*, el que es llamado, el que intercede). También pudiéramos acuñar el término ‘paracletofobia’ para referir al tradicional horror al abogado y su interpretación sobre lo que otros (los escritores anónimos de las normas) quisieron decir, y que se aplica a decisiones tomadas por el médico en circunstancias que pueden, o no, apegarse a la norma, bien o mal escrita. Fuera de lo que en un juicio sea evidencia de iatrogenia por alguna de las causales tradicionales y bien conocidas, la paracletofobia no es gratuita.

Concluyo, aunque un jurista podrá debatirlo, que las normas son *ficciones útiles*. En México su utilidad es limitada, siendo relatos con frecuencia mal estructurados, ambiguos y abstrusos con los que se pretende *ordenar la realidad*. Sólo cuando el juicio, desprendido de una lectura hastiante y minuciosa, haga intuir

al cirujano la imprecisión de su ambiente legal y lo obligue a hacerse preguntas críticas a propósito de esos enunciados, para plantearse los de forma conveniente, podrá llenar los huecos de esas ficciones, cumplir con la normatividad y con su albedrío quirúrgico, que no es del todo libre, sino limitado entre lo que la norma dice y lo que el paciente requiere.

REFERENCIAS

1. Valadez D. Amable lector. En: ¿Qué es el derecho? Iniciación a una concepción lingüística. Ciudad de México: Cámara de Diputados, LVII Legislatura, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. p. xiii-xix.
2. Bonifaz-Nuño R. Qué fácil sería para esta mosca. En: Los demonios y los días. (1956) Selección y nota introductoria de Carlos Montemayor. Ciudad de México: Dirección de literatura, Coordinación de difusión cultural, Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. p. 11.
3. Cáceres-Nieto E. Derecho y realidad social. En: ¿Qué es el derecho? Iniciación a una concepción lingüística. Ciudad de México: Cámara de Diputados, LVII Legislatura, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. p. 19-20.
4. Wittgenstein L. Philosophical Investigations. 4a. ed. (tr. del alemán de Anscombe GEM, Hacker PMS y Schulte J) Oxford: Blackwell, (1953) 2009. § 309. p. 110-111.
5. Ledesma-Urbe JJ. Justo Sierra O’ Reilly, padre de la codificación mexicana. En: Quintana-Roldán CF (coord.) La independencia de México a 200 años de su inicio. Pensamiento Social y Jurídico. Universidad Nacional Autónoma de México. p. 155-194. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Internet: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4074/7.pdf> [consulta del 28 de enero de 2020]
6. Alexy R. Theorie der juristischen Argumentation. Die Theorie des rationalen Diskurses als Theorie der Juristischen Begründung. Fráncfort del Meno: Suhrkamp, 1978. Se cita de la V.E.: Sobre las formas correctas de argumentos. En: Teoría de la argumentación jurídica. La teoría del discurso racional como teoría de la fundamentación jurídica. Tr. Manuel Atienza e Isabel Espejo, 1ª ed. ampliada. Lima, Perú: Palestras editores; 2007. p. 324-336.
7. Campos A. Enseñanza de la cirugía y responsabilidad hacia las generaciones futuras. *Cirujano General*. 2019; 41 (1): 63-68.
8. Campos A. El cirujano y la subdeterminación en el cáncer de mama. La mamografía, del dilema epistémico al dilema bioético. *Cirujano General*. 2016; 38 (4): 217-222.
9. Campos A. De la medicina basada en evidencia a las guías prácticas, a la clínica. Una confrontación epistemológica. En: Seminario Medicina, Verdad y Validez. [Internet]. Ciudad de México. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; 2016; diciembre 6. Disponible en: <https://>

- www.youtube.com/watch?v=Is0DXRHgG0 [Consulta del 27 de enero de 2020].
10. Choy J. Expediente clínico I y II. En: Escamilla-Ortiz AC, Coordinadora. El uso seguro de tecnologías de la información en redes sociales en cirugía. XLIII. Congreso Internacional de Cirugía General. Asociación Mexicana de Cirugía General, León, Gto. 2019: oct. 14.
 11. Saporta M. André Breton ou le surréalisme, même. Lausana, Suiza: Editions l'Age d'Homme; 1988, p. 20.
 12. Schwarzbeck H. Bretón en México: una apostilla. Letras Libres. Edición México. 2002; 4 (44): 90-91.
 13. Lewis CT, Short C. A latin dictionary. Oxford: Clarendon Press, 1879 (impr. 1958). p. 1596.
 14. Corominas J, Pascual JA. Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. Tomo V. Madrid: Gredos, 1983. p. 36.
 15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación. 1a ed. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;jsessionid=23E7356DD2A7A802A2F65B0F16D11124?sequence=1 [Consulta del 1 de octubre de 2019].
 16. Aristóteles. Poetics. Fragm. 1449 b, 20 - 28. [Internet]. En: Aristotle in 23 Volumes, Vol. 23, Tr. W.H. Fyfe. Londres: William Heinemann Ltd.; 1932. Disponible en: <https://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.01.0056%3Asection%3D1449b> [Consulta del 17 de febrero de 2020].
 17. Narro-Robles JR, Ancer-Rodríguez J. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Acuerdo CSG 60/06.03.17] Diario Oficial de la Federación (DOF), [Internet] Ciudad de México, 2017, mzo. 3. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5496728 [Consulta del 19 de febrero de 2020].
 18. Campos A. (Coordinador) Las Narrativas de la normatividad. ¿Realidad o ficción? En: Simposio Iatrogenia 2019: Las Narrativas de la normatividad. ¿Realidad o ficción? XLIII. Congreso Internacional de Cirugía General. Asociación Mexicana de Cirugía General, León, Gto. 2019: oct. 17.
 19. Fajardo-Dolci GE et al. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. Diario Oficial de la Federación (DOF), [Internet] Ciudad de México, 2012, mzo. 23. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5240668&fecha=23/03/2012 [Consulta del 19 de febrero de 2020].
 20. Fajardo-Dolci GE et al. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 2012; 35 (2): 140-152.
 21. Soto-Toussaint LH. ¿Es vigente la NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la Anestesiología en el contexto actual? Revista Mexicana de Anestesiología. 2016; (39) Supl. 1: S61-S66.
 22. Meljem-Moctezuma J. et al. NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología. Diario Oficial de la Federación (DOF), [Internet] Ciudad de México, 2018, ene. 31. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5511877&fecha=31/01/2018&print=true [Consulta del 19 de febrero de 2020].
 23. Baier A. What is trust? En: Archard D, Deveaux M, Manson N, Weinstock D (eds.) Reading Onora O'Neill: Nueva York: Routledge; 2913. p. 175-185.
 24. Delgado C. Listas de verificación (CHECKLIST) en la Aviación. En: El vuelo por instrumentos. (Blog) Disponible en: <http://elvueloporinstrumentos.blogspot.com/2017/01/listas-de-verificacion-checklist.html> [Consulta del 19 de febrero de 2020].
 25. Chapa-Azuola O, Gutiérrez-Samperio C, López-Gavito E. Comentarios durante el simposio Iatrogenia 2019: Las Narrativas de la normatividad. ¿Realidad o ficción? XLIII. Congreso Internacional de Cirugía General. Asociación Mexicana de Cirugía General, León, Gto. 2019: oct. 17.
 26. Black HC. A law dictionary. 2a. ed. Union, Nueva Jersey: The Lawbook Exchange, LTD; 1995. p. 3. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=PNQgVoT2_aQC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=5+Coke,+119;+Wing,+Max.+25.&source=bl&ots=A6sjVTYvkZ&sig=ACfU3U0ip0iqBB2glb8UF1mz4er5grbECw&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKewij1dbEjIH0AhVDXK0KHQeOALoQ6AEwAAnoECAgQAQ#v=onepage&q=5%20Coke%2C%20119%3B%20Wing.%20Max.%2025.&f=false