

pdf; (1991), Constitución Política de Colombia. <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/derecho/constitucion-politica-de-colombia-1991>; (2008), Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/; (2006), Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>; CARRILLO PRIETO, Ignacio (1985), "Legalidad y legitimidad: Teoría del poder y teoría de la norma", *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal*, vol. 16-17, pp. 135-140; D'ORS, Alvaro (1979), *Ensayos de teoría política*, Eunsa, Pamplona; PADILLA MUÑOZ, Andrea (2011), "Inclusión educativa de personas con discapacidad", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 40, n° 4, pp. 670-699.

Carolina Camacho Cepeda
Máster en Gobierno y Cultura de las Organizaciones

Sobre la *auctoritas*, la legitimidad y la *potestas* del actuar médico en un mundo hiperinformado

El arte de ejercer la medicina siempre fue visto como un don divino en las culturas clásicas. Unido a la religión, este don proveía al médico o curandero de un halo de misticismo que lo distinguía de oficios semejantes, pues lo propio de él era actuar como un puente que unía a la deidad con lo terrenal; el médico, se pensaba, era un intercesor entre la humanidad enferma y una divinidad benévola, en el mejor de los casos, o tirana en el peor de ellos.

La enfermedad se consideraba como un castigo divino, resultado de la desobediencia del individuo, de la nación o tribu a la que pertenecía, con lo que su curación –se pensaba– provendría de dos fuentes: del arrepentimiento de las acciones cometidas en el pasado por el enfermo, por su



familia o la sociedad en la que vivía, y del arte de curar, que estaba reservado a las clases sacerdotales, que ejercían también como médicos del pueblo. Tal designio les confería autorización para aplicar técnicas aprendidas de otros médicos o sacerdotes, que les aportaban la destreza necesaria para realizar las primeras e incipientes cirugías que libraban a los "de a pie" de sus calamidades corporales.

La relación médico-paciente estaba construida, entonces, por la *autoridad médica*, respaldada por la enseñanza de las técnicas curativas aprendidas en la escuela de medicina, evaluadas bajo el rigor científico de cada época y generalmente ligadas a un sacerdocio religioso. La *legitimidad* que la sociedad otorgaba a los galenos mediante la promulgación de leyes que enmarcaban su actuar les confería, incluso, el derecho a expulsar al enfermo si este ponía en peligro a la sociedad con la que se relacionaba, y una *potestad* austera que el enfermo ejercía durante la toma de decisiones, como se explicará más adelante.

Las características del médico en esta interrelación fueron resumidas por Hipócrates hace más de 2000 años, cuando afirmó que el galeno debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.

Aunque la medicina fue avanzando a lo largo de la historia, la relación entre el médico y el paciente conservó cierta similitud con lo ya descrito por lo menos hasta la segunda mitad del siglo XX. Hasta 1950, los médicos, aunque cada vez con menos privilegios, siguieron gozando del respeto y la obediencia casi ciega por parte de los pacientes, quienes, a su vez, seguían confiriéndoles toda potestad sobre su cuerpo y, por ende, sobre su vida.

Pero en la era de internet y del mundo digital la relación médico-paciente paternalista evolucionó hacia una franca-



mente proactiva: el paciente asumió el derecho que le correspondía a ejercer la potestad sobre su cuerpo mediante el ejercicio pleno de la decisión. Esa nueva condición era, en gran medida, producto de una hiperinformación mediática, que le proveía de una actitud crítica y examinadora hacia los actos clínicos, sus riesgos y sus consecuencias.

Del abuso de la *auctoritas* médica

A lo largo de la historia se ha pensado siempre que el enfermo está incapacitado desde el punto de vista biológico, porque la enfermedad le pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de infantilización. Pero además, desde los escritos hipocráticos, los médicos han defendido una y otra vez la tesis de que el desvalimiento del enfermo no afecta sólo al cuerpo sino también al alma, a la voluntad y al sentido moral.

Así, el médico ejerció hasta hace poco una influencia apabullante sobre las decisiones que competían al paciente, pues la autoridad que le conferían sus estudios lo hacían proclive a imponer –consciente o inconscientemente– los procedimientos a los que se sometería el paciente.

A su vez, el paciente, cegado en gran medida por el temor, el dolor y la ignorancia en temas sanitarios, entraba en un círculo vicioso, pues la figura del "consentimiento bajo información" le ponía en una situación de desventaja que se sostenía sobre dos pilares: por un lado, la necesidad del paciente de ser curado (o, en el último de los casos, de paliar el dolor); y, por otro, la información de la que disponía el enfermo (velada y en muchos casos ininteligible para él, pues sólo los profesionales de la salud entendían el argot técnico propio del ramo).



Esto hacía que el paciente legitimara la autoridad médica a un nivel superlativo, considerándola "palabra divina", puesto que en apariencia se basaba en la rigurosidad científica. Así, toda desconfianza generada en esa relación se sublimaba por un aparente paternalismo benévolo del médico, sustentado en la autoridad de un conocimiento colegiado y en su experiencia como facultativo.

Se evidenció también el abuso de la *auctoritas* médica para con el paciente en virtud del apoyo científico que respaldaba la información. El médico usaba un lenguaje extraño para explicar la enfermedad sufrida e incluso podía manipular la información que poseía, lo que con frecuencia culminaba en la realización de actos que evidenciaban el abuso de la confianza depositada en el galeno, poniendo en riesgo no sólo la integridad física del paciente, sino también la moral.

Una potestad socavada

Como resultado de esa confianza sustentada en el mérito científico, el paciente mantuvo una posición relegada a un segundo plano en el proceso de toma de decisiones sobre su salud. El médico decidía en lugar del paciente y por el bien del paciente. En este sentido, Silva Rodríguez señala que la concepción clásica de un "buen enfermo" es la de un enfermo sumiso, confiado y respetuoso; igual que un niño bueno, no es reivindicativo, mantiene una actitud dócil, obedece puntualmente las indicaciones del padre/médico y no hace demasiadas preguntas.

Esto socavaba la potestad del paciente, pues la enfermedad, el dolor y la desesperación despojaban de efectividad al proceso de toma de decisiones, agregando el hecho de que la información que poseía sobre su enfermedad carecía de los



atributos universalmente éticos, a saber: que fuera informada, precisa, oportuna y efectiva.

El enfermo mantenía una potestad marginal, minada por la desinformación o por la manipulación, y sazónada con el dolor y la angustia propios de su enfermedad. El contexto era, por tanto, poco reflexivo e inoportuno para tomar decisiones y lo hacía proclive a delegar la toma de decisiones en un tercero. Esto originaba situaciones y sistemas que favorecían las relaciones de dominio, debido, en gran parte, a la despersonalización, la falta de comunicación, la manipulación, el trato deshumanizado, la burocratización y la tecnificación de la praxis médica.

Si el resultado de delegar el proceso de toma de decisiones en el facultativo proseguía sin ninguna complicación y se superaba la enfermedad, el paciente legitimaba en su mente la autoridad de su médico, reforzando la potestad delegada en él. De tal forma, si posteriormente se necesitase alguna decisión para la continuidad de su tratamiento, volvería a delegarla en él. En caso de que los procedimientos que entrañaban el curso de su terapia desencadenaran alguna complicación, o incluso la muerte por negligencia o mala praxis, el médico protegía su autoridad argumentando que la gravedad de la enfermedad del paciente necesariamente había conducido a aquel desenlace trágico.

Muy pocas veces se generaba duda en el propio paciente o en sus familiares sobre si la autoridad médica y el ejercicio de la potestad habían sufrido abuso y negligencia, cerrándose entonces un círculo vicioso que seguía legitimando una relación médico-paciente desigual y socavada.

Existen evidencias históricas que muestran la supresión de la *potestas* del paciente en aras de un avance científico.



Podemos citar como ejemplo el "Estudio de Tuskegee", en el que se observó la progresión natural de la sífilis si no era tratada en 400 aparceros afroamericanos, en su mayoría anal-fabetos.

Lo interesante y horrorífico del experimento en cuestión fue, según cuenta Heller, que en vez de tratar a los sujetos del estudio con penicilina y concluirlo, o establecer un grupo de control para estudiar el fármaco, los científicos del experimento Tuskegee ocultaron la información sobre la penicilina para continuar estudiando cómo la enfermedad se diseminaba y acababa provocando la muerte. También se advirtió engañosamente a los sujetos para que evitaran el tratamiento con penicilina, que ya estaba siendo utilizada con otros enfermos del lugar. El estudio continuó hasta 1972, cuando una filtración a la prensa causó su fin. Para entonces, de los 399 participantes, 28 habían muerto de sífilis y otros 100 de complicaciones médicas relacionadas. Además, afirma Reverby, resultaron infectadas 40 mujeres, esposas de los sujetos, y 19 niños contrajeron la enfermedad al nacer.

Construcción de la legitimidad y la legalidad en el actuar médico

Según Álvaro d'Ors, la legitimidad se funda en la paternidad y eso explica su sentido tradicional como algo que nos viene impuesto. En el actuar médico se pone de relieve el modelo de la legitimidad en el sentido mismo de la paternidad que el médico ejercía sobre el proceso de toma de decisiones de los pacientes. El actuar clínico era considerado como una tradición fundada en el saber y en el respeto hacia ese saber, de la función del profesional médico y del resultado de confiar en esa legitimidad, impuesta por la cultura, la religión y los modelos socio-educativos de las distintas sociedades.



El desarrollo de las civilizaciones y su continua sed de expansión presentaba un nuevo grado de complejidad para cubrir el bienestar, la protección y la seguridad. La sociedad, entonces, construyó modelos que sustentaran la prevención y la ejecución de técnicas curativas que tuvieran como pilar fundamental el bien común para la sociedad, es decir, la salud pública. Esta necesita la creación de códigos que legalicen la práctica sanitaria para obtener el máximo beneficio de las personas a las que atiende. Aplicando lo que el propio d'Ors dice al respecto de la legalidad entendemos que supone, por su misma convencionalidad, un sentido de fraternidad sin paternidad, de solidaridad humana.

Existe evidencia de códigos que muestran el grado de legalidad que existía en las diferentes culturas antiguas con respecto al actuar médico. El Código de Hammurabi (1792-1750 a. C. según la cronología media), establece lo que aun hoy se cree que fue el primer antecedente legal de protección y seguridad, con leyes que regulan asuntos de la vida común y penas que castigan los delitos. Se disciplinaba el comercio, el trabajo asalariado, los préstamos, los alquileres, las herencias, los divorcios, la propiedad, las penas por delitos de robo, asesinato, etc. Dentro del apartado de responsabilidad profesional se legalizó la conducta sanitaria desde la perspectiva de provocar algún mal, aunque fuera de manera accidental, por omisión y comisión de la praxis médica. Se establecieron penas enmarcadas en la Ley del Tali3n que los galenos merecerían en caso de ser culpables de alg3n delito que atentara contra la salud. Tales castigos iban de acuerdo con la clase y categoría de las personas: ciudadanos, esclavos, niños o viejos.

En la actualidad la medicina se ha convertido en una de las ramas del saber humano más legisladas en el globo. La



razón de esa hiperlegislación es la seriedad que supone tratar con la vida y la salud de los seres humanos, que no sólo es un derecho humano, sino el recipiente espiritual e inmanente de toda concepción de la persona humana. En cada una de las culturas se ha dado preminencia de forma diferente a la vida y la salud como una forma de trascendencia de una etnia, pueblo o nación.

Las leyes actuales protegen las decisiones de los pacientes como un derecho que debe ser mediado por la información fidedigna oportuna y por la acertada intervención de la medicina como una herramienta para la mejora de las sociedades de nuestro entorno. Las legislaciones mundiales tienen la difícil tarea, por un lado, de defender la profesión y la integridad de los profesionales de la medicina, pues muchas veces, en aras de la libertad de decisión, se corre el riesgo de limitar e incluso volver defensiva la profesión médica; por otro lado, deben regular la información con normas que se actualicen constantemente en virtud de la vertiginosa actualización de los paradigmas médicos. De esta manera no sólo se protege a la sociedad de un país determinado, sino a la libertad coexistente en una relación enfermo-profesional sanitario, con miras a ganar y mantener la confianza de ambos y de un tercero, el sistema sanitario.

De cara a un sistema globalizado, muchos países han adoptado como derecho del milenio el acceso a internet. Esa es una piedra angular para el uso correcto de la información, pues la legislación ha quedado obsoleta y eso provoca que información errónea, e incluso malintencionada, desvirtúe el actuar médico y ponga en riesgo la seguridad e integridad de los pacientes.



Aunque en internet se pueden encontrar páginas con información científica y médica seria y cualificada, también existen portales de charlatanería, pseudo-ciencia y publicidad sobre productos milagrosos que tan solo consiguen vaciar el bolsillo de los incautos.

El *Estudio de hábitos de uso de internet enfocado a médicos y pacientes en México* realizado por *Health Interactive Services*, una empresa especializada en investigación e inteligencia de marketing digital enfocada a la salud, corrobora la idea de que internet ha modificado las fuentes de información, tanto en médicos como en pacientes. Internet colabora directamente en la educación continua de los médicos, ya que acuden a páginas en las que encuentran investigaciones serias y actualizadas sobre padecimientos, medicamentos y terapias que años atrás debían buscar en las bibliotecas especializadas o en revistas médicas prestigeadas.

Podría aplicarse así la teoría orsiana al mundo de la medicina y su legislación: "Una absoluta indeterminación de los comportamientos sociales es a todas luces imposible. La convivencia misma exige unos límites racionales, a fin de que la actividad de uno (*el paciente*) no entorpezca injustamente la actividad del otro (*el médico*). Pero estos límites no suprimen la libertad...sino porque tales límites se presentan como exigencias de la razón...la norma objetiva por la que tales exigencias de la razón son socialmente formulados, suelen llamarse ley".

Los derechos de los pacientes como forma incipiente de recuperar su potestad

El año 1973 puede tomarse como símbolo de un hito histórico: la "rebelión de los pacientes". En ese año la Asociación



Americana de Hospitales confeccionó y publicó la primera Carta de Derechos del Paciente, que reconocía oficialmente el derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su estado mórbido y lo facultaba a decidir entre las alternativas posibles como persona adulta, dotada de autonomía y libre decisión.

Simultáneamente a la aparición de este documento se inició el desarrollo de una serie de nuevas técnicas sanitarias (diálisis renal, unidades de cuidado intensivo, técnicas de soporte vital, trasplantes, etc.), destinadas a pacientes críticos, que les hacían depender de ellas para su supervivencia a veces en condiciones poco dignas. La decisión sobre el método y la forma de aplicación era tan compleja como trascendental (sobre todo cuando se trataba de procedimientos que requerían listas de espera por su alta demanda). A partir de este momento, el enfermo dejó de ser un objeto de atención para convertirse en co-responsable. Cambió la dependencia por la responsabilidad y la delegación por la proactividad.

El impacto de esta primera enmienda de Derechos del Paciente no ha tenido precedentes, quizás porque brinda de forma concreta la racionalidad hegemónica que prima en todas las sociedades modernas: la democracia. En las sociedades democráticas desarrolladas, la mentalidad "autonomista" propone que cada uno asuma la responsabilidad de las decisiones que toma y se gobierne por su propio sistema de valores; por tanto, a pesar del juramento hipocrático, la benevolencia tradicional ya no puede aplicarse sin permitir al enfermo que exprese su voluntad y la legitime, cuando se basa en la razón.



La era digital como aliada en la reconquista de la *potestas* del paciente

En el último decenio del siglo XX la era digital marcó la pauta y secundó el lanzamiento de la Carta de los Derechos de los pacientes para reconquistar su *potestas*. La aparición de internet aportó a la población inmediatez y accesibilidad abierta a la información. Como resultado, el paciente obtuvo herramientas para cuestionar la autoridad médica y asumir la potestad total del proceso terapéutico en el que se vería envuelta su salud desde la propia cientificidad de la información.

La aparición de nuevas formas de comunicación e información (internet, computadoras, teléfonos inteligentes, tabletas) en el sistema de salud ha sido evidente. El contenido de la comunicación digital para transformar la salud global y su intervención clínica en la comunidad es grande. Según Palencia-Vizcarra, las investigaciones han validado el uso de estos canales tecnológicos y digitales como medios que utiliza el paciente para comprobar la información otorgada por el médico. Así, Jiménez Pernet afirma que el uso de internet en beneficio de la población oscila entre el 20% y el 50%; de ese total, el 70% ha investigado sobre algún tema para mejorar su estado actual de salud.

La accesibilidad de información actual en la población abierta ha creado en la mayoría de los usuarios de los servicios sanitarios una conciencia crítica sobre: a) el conocimiento de su enfermedad, b) las posibles alternativas terapéuticas, c) los riesgos asociados a la terapéutica empleada y a tales alternativas, d) los grupos de apoyo (si es que existen) de personas que sufren de la misma enfermedad, d) los mejores centros y especialistas para ser atendidos.



Es prudente y justo mencionar, como señalan Bodenheimer y Grumbach, que el fenómeno antes expuesto ha traído consigo que la información vertida y disponible en internet no siempre sea validada por colegios científicos serios que prueben que la autoridad y veracidad de lo que circula en la red sea beneficioso para los pacientes, lo que ha predispuerto a errores en la información y, por ende, a un mal ejercicio de su potestad en el momento de tomar decisiones.

Sin embargo, a pesar de esta situación, los pacientes se sienten con más confianza para pedir, cuando menos, una segunda opinión, si consideran que no existe total confianza en su facultativo. Tal determinación se ve influenciada, en mayor o menor medida, por la información que proviene de los canales tecnológicos ya descritos.

El paciente ganó terreno al asumir un rol proactivo y, con ello, se originó una pugna en su relación con el médico, dando origen a una "medicina a la defensiva" en la que había cierto grado de desconfianza por parte de ambos. La situación derivó en dos actitudes: la primera, más prudente, fue la de reforzar y mejorar la comunicación del médico para con el paciente y viceversa, es decir, el médico dejó de ser el soberano de la información y se convirtió en un asesor que interpretaba los signos y síntomas del paciente y traducía fielmente de un lenguaje técnico a uno simple y llano. El paciente, por su parte, se convirtió en un usuario informado de su estado, que inquiría respuestas más amplias y objetaba lo que consideraba dudoso.

La segunda actitud, a la que nos referiremos, fue más bien violenta por parte del gremio médico, pues la amenaza que suponía que el saber ya no estuviera encriptado sólo para sus congéneres, suponía la destitución de una monarquía basa-



da en el acceso único a ciertos conocimientos. Esto trajo consigo un juicio minucioso de la sociedad para validar la legitimidad de la *auctoritas* médica, pues se demostró que gran parte del actuar clínico no estaba basado en la rigurosidad de la ciencia, sino en la experiencia particular de cada médico. Así, los estudios revelaron la falta de apego a guías y protocolos de atención, lo que ocasionaba una variabilidad de criterios de diagnóstico y tratamiento tan amplia que ponía en riesgo la integridad del enfermo. En 1998, por ejemplo, se descubrió que uno de cada diez pacientes ingresados en hospitales de los Estados Unidos sufría de complicaciones motivadas por fallos clínicos que les llevaban a la muerte o a la incapacidad temporal o permanente.

Conciliación de la potestad, la legitimidad y la autoridad en la relación médico-paciente

Para conciliar la relación médico paciente es indispensable evocar tres elementos que ahora son una realidad en un mundo hiper-informado:

1. El enfermo, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, se transformó a finales del siglo XX en un agente con derechos bien definidos y amplia potestad para tomar una decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecían. En gran medida gracias a la información que obtiene de internet y a un entorno digitalmente amigable, los tratamientos ya no se le imponen.

2. El médico pasó de ser padre sacerdotal (como correspondía al papel tradicional de su profesión) a asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece guía y consejo por la auto-



ridad de sus conocimientos, pero cuyas decisiones ya no asume.

3. Lázaro apunta que, con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios, la relación clínica se niveló y adaptó al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas, gracias a una información global y tecnológicamente accesible.

El respeto a la autonomía del paciente ha sido una batalla histórica en las sociedades más avanzadas, lo cual no implica que los médicos hayan renunciado a promover el bien de los pacientes. En todo equipo sanitario la pugna ética sobre la toma de decisiones propias del paciente no se debe producir nunca al margen de unas determinadas circunstancias históricas, sociales y económicas.

No es frecuente encontrar hoy textos teóricos que defiendan abiertamente el paternalismo, aunque tampoco es raro escuchar en privado opiniones de clínicos de amplia experiencia que lo justifican o lo añoran. Hay teóricos de la medicina –como Thomas Szasz– y pensadores sin actividad clínica que defienden la autonomía radical como la única opción adulta en una sociedad democrática.

Así, parece que en un mundo sobre el que se cierne un espíritu de independencia, individualismo y democracia, debe existir un consenso entre las partes de cualquier relación. La hegemonía de lo absoluto en la relación médico-paciente, cuya característica principal fue la imposición, ha quedado desplazada por una participación proactiva y equitativa del galeno y el enfermo. En el nuevo escenario aparece un equilibrio entre: la autoridad del conocimiento científico depositado en los médicos; la legitimidad de las leyes sanitarias, que hoy por hoy se centran en el paciente y vigi-



lan la rigurosidad de las vías y protocolos clínicos; y una adecuada potestad de la toma de decisión propia del paciente, que ha reclamado ya su derecho a elegir entre lo que mejor le conviene.

Referencias: BODENHEIMER, Thomas y GRUMBACH, Kevin (2003), "Electronic Technology, a spark to revitalize primary care?", *JAMA*, vol. 290, pp. 259-264; D'ORS, Álvaro (1979), *Ensayos de teoría política*, Eunsa, Pamplona; GLOBAL MIND (mayo de 2011) *SlideShare*, <http://www.slideshare.net/harrenmedia/estudio-de-hbitos-de-uso-de-internet-enfocado-a-mdicos-y-pacientes-en-mxico-hirs>, (consultado el 21 de marzo de 2014); HELLER, Jean (1972), "Syphilis Victims in the U.S. Study Went Untreated for 40 Years", *New York Times*, 26 de julio, pp. 1-8; KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M. y DONALDSON, Molla S. (1999), *To Err is Human. Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington; LÁZARO, José y GRACIA, Diego (2006), "La relación médico-enfermo a través de la historia", *Anuario Sistema Sanitario Navarro*, vol. 29, n° 3, pp. 7-17; JIMÉNEZ PERNET, Jaime; GARCÍA GUTIÉRREZ, José Francisco; MARTÍN JIMÉNEZ, José Luis y BERMÚDEZ TAMAYO, Clara (2006), "Tendencias en el uso de Internet como fuente de información en salud", *Revista sobre la sociedad del conocimiento*, uocpapers, n° 4, pp. 44-50; LAÍN ENTRALGO, Pedro (1986), *Qué es ser buen enfermo: en ciencia, técnica y medicina*, Alianza, Madrid; SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, Jorge Manuel (2008), "La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la ética médica", *Calimed*, pp. 21-27; PALENCIA-VIZCARRA, Rodolfo de Jesús y PALENCIA DÍAZ, Rodolfo (2013), "Teléfonos inteligentes y tabletas. ¿Una herramienta o una barrera en la atención del paciente?", *Med Int Mex*, vol. 29, pp. 404-409; REVERBY, Susana M. (2000), *Tuskegee's Truths: Rethinking the Tuskegee Syphilis Study*, University of North Carolina Press, Chapel Hill; SILVA RODRÍGUEZ, Héctor (2006), "La relación médico-paciente", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, pp. 110-116; SZASZ, Thomas (1981), *La teología de la medicina*, Tusquets, Barcelona.

José Antonio McNaught

Hospital del Niño DIF-Hidalgo, México. Máster en Gobierno y Cultura de las Organizaciones



