

CONTENIDO

AÑO 2006

NÚMERO EXTRAORDINARIO

RELATO OFICIAL

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DEL CIRUJANO Y SU ACTUACIÓN PROFESIONAL

RELATOR

Dr. Jorge Luis Manrique MAAC

Profesor Adjunto de Cirugía, Facultad de Medicina UBA
Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital HIGA Eva Perón,
San Martín, Provincia de Buenos Aires

Año 2006

ÍNDICE

Introducción	79
1. Motivo de Consulta	81
2. Antecedentes personales, históricos y contextuales del médico y su actividad	82
3. ¿Qué es calidad de vida?	82
¿Qué es la vida?	108
4. Examen físico: estado actual del cirujano y del medio sanitario argentino	125
5. Diagnóstico presuntivo	132
6. Exámenes complementarios	132
Encuesta - justificación, origen, límites y medidas	132
7. Resultados obtenidos	135
8. Interpretación: Diagnósticos diferenciales y finales	138
9. Propuesta terapéutica	142
10. Conclusiones	147
Obras consultadas y referencias bibliográficas	149

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA DEL CIRUJANO Y SU ACTUACIÓN PROFESIONAL

La Asamblea del año 2004 eligió el tema que nos ocupa. No lo voté. Estimé las dificultades que debería enfrentar el Relator para definir algo tan opinable e intangible y olvidé el asunto.

El Dr. Sívori anunció durante el brindis de fin de ese año que se me ofrecía el cargo de Relator. La oferta de una de las distinciones más preciadas por los cirujanos fue una tentación. Me produjo sorpresa y angustia. Exigió contrapesar virtudes cardinales con excesos capitales. Rechazarla, producía ira. La exclusividad satisfacía el orgullo. La avaricia por adueñarse del espaldarazo societario moderaba los celos, envidia mas o menos encubierta generada por quienes ya habían gozado de la distinción. El espacio y el tiempo concedidos prometían satisfacer la gula y la lujuria intelectuales. La pereza destacaba ante la dedicación exigida. Estimé con prudencia si creía contar con la fortaleza y la templanza requeridas para desempeñar en justicia la tarea. La soberbia inclinó el fiel de la balanza y al fin de la jornada acepté la labor como desafío. Admito la culpa. Desde entonces, asumí la responsabilidad por las consecuencias. Agradezco la confianza que la Comisión Directiva depositó en mí y declaro haber empleado mi leal saber y entender para responder las expectativas despertadas por la cuestión.

El palpar del cursor sobre la pantalla en blanco, se transformó en obsesión. Bucée en la web ... y recolecté más dudas que certezas. Se sucedieron tormentas de ideas, planteos inconducientes, borradores insatisfactorios y ensayos fallidos. Atribuí la plejía intelectual a alguna variedad de síndrome postraumático (a la designación). El esquema básico que integraba lo buscado se definió al intentar ver algo más allá del reflejo de los espejos.

La autodefinición de la identidad es un gesto de honestidad. Permite al autor ser fiel con su ser y elegir con libertad las metas y el derrotero que le parezcan más adecuados, al tiempo que habilita el ajuste de las interpretaciones. El ser humano adquiere identidad física e intelectual como resultado único, particular e irrepetible del genotipo. Los

aportes alimentarios, afectivos y morales que brinda el grupo familiar constituyen la impronta fenotípica. Lo recibido en la intimidad se sazona y condiciona por estímulos culturales, educativos, laborales y profesionales. Al decir de Joan Manuel Serrat, "cada uno es como es... y cada quien es cada cual" pues "...uno sólo es lo que es y sólo trae lo puesto": se desarrolla, madura y llega a ser quien es, exclusivo y especial en sí mismo. Por más esfuerzos que se empleen para evitarlo, toda observación es subjetiva, tanto en la expresión, cuanto en la interpretación de ideas y de hechos.

Debo la formación personal al esfuerzo de mis padres. Mi padre desempeñó un rol superlativo. Amigo y mentor intelectual, sumó ejemplos personales, morales y profesionales. Mi madre constituyó una constante física y afectiva: factótum hogareño, compañera, confidente, musa y ángel de la guarda. Construyeron un matrimonio armónico cimentado sobre el amor y la comprensión. Coherentes en dichos y hechos lograron la serena felicidad que supieron transmitir. Junto con mi hermana única y preferida, aprendimos a vivir con otros y con nosotros mismos a través de esta experiencia que nos imprimió carácter. Así y hasta ahora, compartimos sueños, labores, alegrías y penas. Toda vez que percibimos y objetamos excesos en lo ofrecido, se nos propuso devolverlo en quienes nos sucedieran. Las abuelas, aportaron cariño y ejemplo de vida digna hasta el tardío fin de sus días. Los abuelos, desaparecieron temprano, pero dejaron recuerdos e historias. La imagen del abuelo paterno, también médico y al que siento más cerca, preside desde hace años mi reducto de trabajo íntimo.

Quise ser médico desde que recuerdo. En la adolescencia busqué certezas. Me atraían la medicina, el sacerdocio y la abogacía. La imposibilidad de formar una familia descartó el sacerdocio. La distancia burocrática y procedimental exigida por el ejercicio de las leyes, recusó la opción de la abogacía. La medicina permitía tomar contacto y servir a personas singulares. Sellé la decisión. La cirugía reunía el máximo de lo que la medicina

podía ofrecer. Decenios después, pienso que alguna labor relacionada con las letras o el periodismo no me hubieran disgustado y hasta podría haberlas desempeñado con dignidad.

Ingresé a la UBA a fines de 1965. Tomé contacto con la realidad y amplí mi visión vital merced al contacto con compañeros, amigos y de los otros. Conservo recuerdos especiales del Dr. Alberto C. Taquini, que me abrió las puertas a los conocimientos funcionales y a las maravillas del pensamiento homeostático y del Dr. Osvaldo Eguía que me permitió vislumbrar la humanidad, humildad y sentido práctico de la medicina desde la mesa de Morgagni.

En 1972 ingresé a la Residencia en el que hoy se conoce como Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón. Fundado con tal nombre en 1955, fue conocido en períodos sucesivos como Policlínico de San Martín y luego como Hospital Profesor Dr. Mariano R. Castex, al compás de los cambios políticos nacionales. Es mi segundo hogar. Allí crecí, saqué necesidades educativas, inquietudes docentes e intereses académicos y desarrollé toda la carrera hospitalaria. Mi reconocimiento a los pacientes que brindaron su confianza y a los colegas con quienes compartí labores, júbilos y desazones. Destacan como acreedores específicos los Jefes del Servicio de Cirugía, Doctores Jorge Manrique, Pedro Muñoz, Ernesto Cottely, Ricardo Alvarez y Enrique Font. Sus actitudes y conductas fueron ejemplos invaluable.

Avanzado el pregrado, tuve la fortuna de hallar a Graciela, sucesivamente novia, esposa, amante, amiga y compañera para toda la vida. Crecimos juntos, entre los almíbares y acibares propios de las relaciones profundas y duraderas. Madre y reina del hogar, fue el pilar de nuestra familia. Su presencia cotidiana e incondicional desdibujó mis ausencias. Comprensiva y liberal, práctica, escéptica y crítica, toleró mis inclinaciones y acotó excesos en pro de lograr espacio para intereses familiares. Gracias a ella, los cuatro hijos que concebimos y criamos recibieron frutos particulares y gozaron de libertades inimaginadas. La mesa familiar atestiguó conversaciones cálidas o tórridas que nos pusieron a tono con los cambios circundantes y permitieron comprender y acompañar mejor. Cada uno a su manera y por decisión propia, cristalizó parte de nuestras preferencias al dedicarse a la educación, la medicina, la comunicación, la psicología y el arte. Compartimos la ale-

gría de la vida en común, la emoción de verlos crecer, la satisfacción de escucharlos en los triunfos y el duelo por algún fracaso. Aprendimos juntos. Aceptamos con desazón y alguna pena el desarrollo, el fin de la niñez y la inevitable partida del hogar. Que "esos locos bajitos, de Serrat" y comprendiendo por fin a Khalil Gibrán. Los yerros de la crianza recibida los corregirán en la crianza de su prole. Cuatro nietos, presentes de inmortalidad trascendente, nos acompañan con sus esposas y maridos en esta etapa de la vida. Robert Nozick dice que "...tener y criar hijos da sustancia a nuestra vida": coincidimos.

La extensión y profundidad del concepto de amistad no relacionado con los genes ni con la profesión, la debo a Bubi Blasco, hermano afectivo, retirado de la labor de vivir hace una docena de años.

Agradezco los estímulos y posibilidades de desarrollo que me brindaran los Dres. Federico Pilheu, Oscar Aguilar, Eduardo Schieppati y Enrique Beveraggi, y los incluyo entre los miembros de mi familia sensible.

Así, me acepto como persona, hijo, padre, esposo, médico y cirujano, interesado en la educación y en la bioética como reflexión moral.

La redacción del Relato implicó tiempo y dedicación excluyentes. La familia, los compañeros de labor y en especial los amigos Andrés Pelisch, Irene Altuna, Antonio Dipietro, Eduardo Soldano y el Licenciado Carlos Carravetta aportaron esfuerzos, cubrieron ausencias, escucharon, aportaron y dieron estímulo. El formato final fue ajustado y corregido por la familia. La presentación fue supervisada por la Lic. María Laura Valentini, nueva nuera.

Cabe destacar la paciente dedicación del Dr. Eduardo Arribalza. Además de ejercitar una espera paciente, efectuó comentarios, sugerencias y sabias críticas que optimizaron el resultado. Colaboró en forma invaluable en el procesamiento e interpretación de los datos estadísticos y testimonió una añeja amistad.

El Relato reúne observaciones recogidas en razón de la práctica profesional, reflexiones e interpretaciones personales, enriquecidas por conversaciones cotidianas, lecturas diversas ... y por la vida. No pretende originalidad ni universalidad. El objetivo pretendido es instalar el tema en la agenda de pensamiento de la grey quirúrgica. Aceptada la premisa de que "todos los epílogos son pró-

logos", como expresara Santiago Kovadloff, es mi deseo que cada uno logre sus propias conclusiones, valor agregado que dará al Relato, propuesto como introducción al tema, el valor final deseado. La discusión del texto dará lugar a apreciaciones que han de complementar y suplementar de manera favorable o adversa cada aseveración.

Todo está escrito, todo está dicho. Sólo se transcriben traducciones filtradas por vivencias. Aún sin saberlo ni deseárollo, repito, plagio o parafraseo sin reconocer las fuentes. Con el objeto de corregir olvidos indeseados, agrego a la bibliografía una serie de obras consultadas durante este período.

Se asumió la labor como si se tratara de una consulta médica donde el rol de paciente se asigna a la grey quirúrgica y el de terapeuta al Relator. El formato tradicional del proceso diagnóstico responde a la estructura general de cualquier investigación³. Se utilizan razonamientos que reúnen hipótesis y deducciones. Los argumentos determinísticos articulan datos detectados con consideraciones causales y los relacionan con los modelos fisiopatológicos que parecen explicarlos. Las aproximaciones probabilísticas, asisten en la selección de los procedimientos diagnósticos. El proceso incluye factores humanísticos indispensables, condicionamientos histórico-sociales, legales, morales y éticos que orientan hacia una concepción holística de la realidad. Ninguna "medicina basada en la evidencia" puede descartar por completo la incertidumbre, so pena de asumir la categoría de supraciencia, hoy inconcebible. Se la incorpora como elemento constitutivo de la práctica clínica.

El desarrollo temático seguirá el siguiente plan

1. El motivo de consulta.
2. Antecedentes históricos del sujeto, de su medio y de su ser profesional
3. Que es calidad de vida
4. Examen físico del paciente argentino y de su contexto
5. Diagnóstico presuntivo
6. Exámenes complementarios
7. Resultados obtenidos
8. Diagnósticos presuntivos y diferenciales
9. Propuesta terapéutica
10. Conclusiones

1. EL MOTIVO DE CONSULTA

"La Calidad de Vida del cirujano y su actuación profesional" es la inquietud que plantea la comu-

nidad de cirujanos y constituye el motivo de consulta. La anamnesis o interrogatorio, como método de definición del conocimiento reconoce raíces helénicas. A la manera de una mayéutica mental "da a luz" a reminiscencias que se constituyen en conocimientos. Hipócrates hizo del procedimiento una parte sustantiva de la historia clínica. El diálogo requiere habilidad y capacidad de observación así como lugar y tiempo adecuados para prestar oído atento y reflexionar. Recolecta las molestias registradas por el paciente, los antecedentes personales, la medicación prescrita, las costumbres dietéticas, las adicciones y hábitos tóxicos y también las condiciones del medio en el que vive y trabaja. Se establecen las circunstancias de riesgo general y específico que correspondan. Los conocimientos científicos, la experiencia humana y la sensibilidad personal, cimentan el proceso que funda la relación y culminan cuando las conductas son guiadas por la ética. El interrogatorio dirigido detecta cambios trascendentes y permite develar alteraciones no declaradas y establecer el tiempo de evolución de la dolencia conocida. Puede ser emulado mediante el análisis de los Relatos elegidos por la Asociación de Cirugía y así lograr pruebas circunstanciales del tiempo de evolución y trascendencia atribuida a la "molestia" actual.

Desde 1928, los 77 Congresos Nacionales organizados por la Asociación Argentina de Cirugía incluyeron dos Relatos Oficiales. Hasta 1971 contemplaron problemas técnico-quirúrgicos, patológicos y fisiopatológicos y se ocuparon de toda la patología maligna y benigna de la economía al menos en una oportunidad. Atendieron a los orígenes y consecuencias de enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial. Estudiaron opciones dirigidas a modificar funciones y a atender las consecuencias directas o indirectas de los emprendimientos. El "shock", el balance hidroelectrolítico y las infecciones relacionadas con la cirugía merecieron trato reiterado. El lugar del cirujano correspondió al del experto encargado de detectar y efectuar reparaciones técnicas.

A partir de 1972 un Relato se reservó para temática quirúrgica tradicional. Se dedicaron a alternativas diagnósticas y terapéuticas, fisiopatología del tubo digestivo y novedades nosológicas, evaluación del riesgo quirúrgico, tratamiento del dolor, alimentación parenteral y enteral, falla multiorgánica, secuelas inmediatas y mediatas de distintas

técnicas, complicaciones de la cirugía abdominal, relaciones de la cirugía con el SIDA, consecuencias del trauma y propuestas novedosas como la cirugía ambulatoria y los procedimientos no invasivos en patología abdominal. El otro Relato se destinó a explorar distintas cuestiones de interés del cirujano. La ampliación de los quehaceres en tareas docentes, el liderazgo de grupos de trabajo e instituciones dio lugar para tratar más de una vez la enseñanza de la cirugía en el pre y el posgrado, las Residencias Médicas, la educación continua y la recertificación, la organización de Unidades de Terapia Intensiva y de los Departamentos de Cirugía, las condiciones que requieren las instituciones que desarrollan la cirugía, la seguridad en el quirófano y la aplicación del cálculo costo-beneficio en la actividad quirúrgica.

Desde 1988 las modificaciones del imaginario social y las innovaciones aparecidas en el campo moral y legal, obligaron a reconocer al cirujano como sujeto y objeto de cuestiones jurídicas, económicas y éticas. Surgieron títulos relacionados con la responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones, la actitud frente al paciente crítico y las implicancias médico-legales de la práctica quirúrgica.

En 1994, la preocupación por la especialización creciente obligó a considerar el futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía. El torbellino de novedades acontecidas en las esferas científica, técnica, organizativa y social sugirió en 1999 el replanteo de las incumbencias de la propia Asociación Argentina de Cirugía. Los avatares sufridos por la praxis y la retribución asignada al cirujano indujeron a revisar el lugar del cirujano frente a la crisis financiera de la salud en 2003. En 2005 se honró el recuerdo de los arquitectos del ser quirúrgico argentino al tratar la historia de la cirugía argentina.

La revisión de los Relatos muestra en perspectiva las preocupaciones cotidianas de la grey quirúrgica de cada período. Coincide con afanes sincrónicos manifestados en las publicaciones universales. Así, la selección del tema "la Calidad de Vida (CdV) del cirujano y su actuación profesional", jamás propuesta hasta el momento de ser seleccionada, gana peso e importancia y expresa una inquietud de comienzo reciente.

Volviendo a la anamnesis, cabe preguntarse las características personales, la historia y el desarrollo del sujeto que consulta.

2. ANTECEDENTES PERSONALES, HISTÓRICOS Y CONTEXTUALES DEL MÉDICO Y DE SU ACTIVIDAD

El término médico deriva de "medeos", vocablo griego que significa "quien cuida". Es cirujano el médico que etimológicamente obra con las manos y ejecuta su labor mediante el empleo de instrumentos, generalmente cortantes. Tanto la ciencia médica como su práctica están inmersas en la cultura que los cobija. Todo intento de interpretación exige conocer el contexto. La imagen galénica primitiva se corresponde con la de quienes se acercaron a semejantes que sufrían con intención de ayudarles. Con tal intención, ante lesiones externas imitó las conductas que observaba en los animales: lamó las heridas e inmovilizó los miembros lesionados. Desempeñaron roles médicos los shammanes, brujos, hechiceros, magos o curadores. El ejercicio se limitaba a la compasión que permitía "sentir con el otro", acompañar y aportar buenas intenciones. Utilizaban ungüentos y extractos de hierbas y dietas diversas que asociaban a rituales o ensalmos mágicos con los que convocaban a las deidades en busca de la curación. Las interpretaciones mágico-religiosas de las enfermedades las hacían sinónimo de castigos divinos. Las civilizaciones que estructuraron sus religiones, le otorgaron carácter sacerdotal al delegar la labor médica en clérigos y le concedieron reconocimiento social. Asirios y egipcios contaron con médicos. En Grecia, actuaron bajo la advocación de dos deidades. Se encomendaba la custodia de la salud a Higiea, emanación personificada de Atenea y diosa de la sabiduría y la razón. El tratamiento y curación de los enfermos se confiaba a Asclepio, hijo de Apolo. La cultura helénica concedió jerarquía de profesional, desde el sentido etimológico quien da fe de algo, a quienes desempeñaran funciones pontificales entre la divinidad y la humanidad. En esta categoría incluyeron a los sacerdotes, representantes del poder divino, a los soberanos, gobernantes o juriconsultos, responsables de interpretar las leyes dictadas por autoridades celestes y a los médicos, encargados de cuidar la vida y la muerte decretadas por poderes superiores. La tarea médica incluía acciones de prevención, manutención y rehabilitación además de aquellas destinadas a curar. Efectuaba acciones pedagógicas con los ricos, resolutivas con los metecos y cuasi veterinarias con los esclavos³. La divinidad se revelaba en la Naturaleza a través de

expresiones humanas, sociales y cósmicas. Se asumía que el Bien era la finalidad del Universo. Los dioses permitían acciones azarosas u asignaban destinos inexorables que se expresaban como enfermedades. La piedad fisiológica, exigía actuar sobre lo azaroso en procura de favorecer y no perjudicar. Lo inexorable no debía ser tratado por respeto a la voluntad celeste. La sociedad compartía la doctrina, no discutía las decisiones divinas y exigía del médico comportamientos equilibrados y armónicos. El poder del galeno derivaba de la confluencia de factores sapienciales, carismáticos y morales⁶. El conocimiento de la ciencia y la destreza en el desempeño de las habilidades definían la autoridad científica. El carisma dependía de la personalidad del galeno, de su capacidad para establecer relaciones con pacientes y colegas y del arte con que llevaba a cabo la práctica. El distinguido rango moral que se atribuía se correspondía con la importancia que la sociedad concedía a la tarea. Hipócrates concibió la práctica médica como un acto de fe en la medicina y en el médico. Sus enseñanzas fundaron usos y costumbres que mantuvieron vigencia durante más de 20 siglos. Instaló el eje sustantivo en la situación exclusiva y personalísima en la que se colocan quien consulta y quien es consultado. El paciente concurre llevado por la necesidad de resolver problemas. El médico, escucha, conforta, analiza hechos y busca explicaciones. Propone y aplica soluciones armónicas con los conocimientos de la época, el estilo y el arte personales. El Juramento Hipocrático comprometió desde entonces al *primum non nocere* y *secundum, beneficere*. Estableció las obligaciones de no maleficencia y beneficencia para las esferas personal-interpersonal, social y técnico-científica, postura que siglos después puntualizaría la bioética.

Las ciencias, conocimientos exactos y razonados sobre ciertas cosas, basan las explicaciones sobre los fenómenos de la naturaleza en el estudio de las causas, condiciones necesarias y suficientes para ello. Lo necesario no expresa relación causal entre antecedente y consecuente. Lo suficiente puede expresar relación causal, pero no necesariamente. Aristóteles establece 4 tipos de causas: la material, la formal, la eficiente y la final. La *causa material* resulta el "de qué" está hecho algo y que hace que una cosa continúe siendo ella misma. La *causa formal* o logos indica el "qué", principio organizador, sustancia o esencia

que permanece en la materia. La *causa eficiente* expresa el "quién o porqué", "principio primero de donde viene el cambio". En la modernidad, es el agente, iniciador o responsable del cambio. La *causa final* responde al "para qué", que atribuye a Dios, entidad perfecta que "mueve sin moverse". La interpretación de la causalidad recibió diversas interpretaciones a lo largo de la historia. Una, la considera razón de previsibilidad empírica cierta, según la constancia y uniformidad de la sucesión o conexión cronológica de los hechos observados. Otra, la admite como efecto necesariamente deducible de aquélla.

La cultura occidental adopta el monoteísmo y asume éticas teológicas. Se acepta el concepto de que la obra de Dios no debe alterarse. Se entiende la voluntad divina contenida en las Sagradas Escrituras según exclusivas interpretaciones eclesiológicas. Para el Cristianismo, el cuerpo humano es sólo la prisión del alma. Mahometanos, judíos y cristianos plantean la santidad del cuerpo de los muertos. Concedían en abstenerse de su contacto y de mancharse con sangre. La labor médica se ajusta a normas religiosas y civiles. Los estudios anatómicos se detienen (o retrasan) y los fisiológicos ni se conciben. La escolástica retorna a la causalidad cuando reconoce que "todo ente contingente supone necesariamente una causa".

En el siglo II Galeno acepta la división de las enfermedades según correspondan a causas internas o externas. Asigna al médico el conocimiento y la decisión terapéutica sobre lo interior. Considera a la cirugía como una forma de tratamiento ejecutado por cirujanos de acuerdo con indicación de los médicos. Comienza a plantearse la diferencia entre "los que viven de sus manos... y los otros". En 1163, el Concilio de Tours prohíbe la práctica quirúrgica de los clérigos y completa la separación de la medicina y la cirugía. Los médicos mantienen un status superior y desde el siglo XIII, cursan sus estudios en Universidades. La cirugía se delega en los barberos. En la misma época, se funda en París el Colegio de San Cosme, destinado a formar cirujanos. Los Maestros clérigos que vestían toga larga, hablaban latín y llevaban a cabo la cirugía mayor, enseñaban y habilitaban a quienes demostraran su saber para efectuar flebotomías, extracciones dentarias y curación de heridas. La cirugía se desarrolla divorciada de la medicina, sobre bases pragmáticas y fuera de las Universidades y crece al calor de la atención

de los heridos de guerra. Los burgos de la Edad Media tardía, regulan la matrícula y los precios del mercado: persiguen objetivos económicos. Su libertad está acotada por los intereses de los señores feudales, autoridades locales o soberanos³. A *victory of medical propuestas: continuity of crisis?* Valore D. *The Mount Sinai J of Medicina* 2004; 71: 219-24. Avanzada la Edad Media, los árabes aceptan la cirugía como una de las artes más difíciles de la medicina y reinician estudios anatómicos. La teología, la magia y el ocultismo no empañan el brillo grupal ni la identidad de los médicos que mantienen su rol como pontífices humano-divinos. El torbellino intelectual del Renacimiento, acumula novedades trascendentes. Descubrimientos y conquistas ensanchan el mundo conocido. La dominación de América aporta riquezas, abre posibilidades de comercio y desplaza el predominio político y económico del Mediterráneo al Atlántico. El poder europeo crece. Se consolidan estados nacionales y se diluye la organización feudal. Desde Galileo, la causa eficiente se ubica en el "cómo" de los fenómenos naturales y disminuye interés por las causas finales. La burguesía apoya a los monarcas y enfrenta al poder terrenal del papado. En el Siglo XVI, se plantea la Reforma protestante: habilita la libre interpretación de la Biblia, cuestiona la concepción medieval del mundo centrada en Dios, considera al ser humano como ser trascendente cuyo único destino es la salvación del alma. Discute la dignidad de la pobreza y exalta el valor del trabajo. Acepta la importancia de la vida terrenal y el cuerpo recupera su lugar al lado del alma. El individuo gana consideración e independencia respecto del medio social, aunque los proyectos colectivos no siempre lo respetan. La religión se recluye a la conciencia individual y se separa de los asuntos públicos. La Contrarreforma genera intolerancia, rupturas políticas y guerras religiosas que desgarran a Europa occidental, durante casi dos siglos.

Las ciencias conceden peso creciente a la observación y la experimentación, restan valor a las opiniones dogmáticas y cuestionan³ las autoridades medievales. El saber se desarrolla en el contexto del racionalismo y el empirismo. Copérnico postula el sistema heliocéntrico en reemplazo de la concepción geocéntrica. Galileo realiza experiencias astronómicas observacionales, establece leyes para la caída de los cuerpos y abre el capítulo de la lectura matemática de la naturaleza. Mide

lo que puedes medir y lo que no, hazlo medible ... el libro de la naturaleza está escrito en lenguaje matemático, aseguran. Desde entonces, la causa eficiente se ubica en el "cómo" de los fenómenos naturales y disminuye el interés por las causas finales. Imposiciones religiosas le obligan a abjurar de sus propuestas. Kepler enuncia las leyes del movimiento de los planetas. Descartes establece la existencia de un yo pensante y plantea la dualidad entre cuerpo y alma. El "pienso, luego existo" eleva en respeto y autorrespeto el concepto del hombre. Escéptico, dice "...me era preciso intentar seriamente, una vez en mi vida, deshacerme de todas las opiniones que hasta entonces había creído y empezar enteramente de nuevo desde los fundamentos si quería establecer algo firme y constante en las ciencias". Se hace inaparente la psique inabordable por incapacidad de los conocimientos de la época. Newton enuncia a fines del Siglo XVII la teoría de la gravitación universal. El pensamiento protestante independiza el pensamiento científico de las concepciones teológicas. Al mismo tiempo, se desarrolla la economía de la mano del capitalismo y comienza la industrialización que se acelera a partir del siglo siguiente. Suceden cambios políticos y filosóficos universales.

En medicina, todavía se aceptan conceptos clásicos. A mediados del siglo XVI, afirma Paracelso... "Ni los emperadores ni los Papas ni los Colegios ni las Escuelas Superiores... pueden dar el poder de sanar ... toda la ciencia de los libros no basta para hacer médico a un hombre a menos que lo sea ya por naturaleza. Solo Dios da la sabiduría médica". El sustrato científico-biológico de la medicina a partir de estudios anatómicos y fisiológicos, observaciones macro y microscópicas y aportes crecientes de la física y la química. Hasta entonces, los resultados de la práctica médica son poco promisorios, como destacan con ironía y acidez Quevedo y Molière entre otros. La causa vuelve al centro del pensamiento cuando Leibniz expresa que "...nada sucede sin razón". Los efectos de este principio se proyectan hasta lo moral. Kant afirma que "todo cambio tiene una causa" y sucede "según la ley de enlace de causas y efectos".

El análisis crítico de los conocimientos, concebidos por aposición de observaciones, amplía los campos de todos los saberes. Las regularidades observadas en la naturaleza sometidas a la inducción, no explican los fenómenos sino que los des-

criben según el determinismo causal a través de las medidas y comparaciones que permite la matemática, ciencia que alcanza en primer término el estado positivo. Se integran sistemas, establecen leyes e identidades. Se definen "verdades" absolutas a través de la lectura binaria de los hechos que sólo aceptan las categorías de verdadero o de falso. Lo incierto no cabe en el sistema. La lógica entiende la relación causal² tanto como condición suficiente cuanto como condición necesaria y suficiente. Expresa la necesidad, tal como se la entendía en la vida diaria y la señala mediante un condicional: "si está presente una causa C, entonces siempre se producirá el efecto E". Manifiesta la suficiencia, mediante la expresión "si existe la causa C, entonces y sólo entonces se producirá siempre el efecto E". Las ciencias exigen legalidad, determinismo y reduccionismo a leyes mecanicistas. Entonces, sólo es científico aquello que prueba lo que afirma y que puede reproducirlo en condiciones semejantes. Los nuevos conocimientos requieren de terminología específica para designar hechos, objetos y sujetos propios de cada dominio. Abre la posibilidad de la superespecialización dentro de todos las esferas del saber y logra establecer pronósticos más acertados a través de la estadística. Así, se funda el concepto moderno del saber. La ciencia adquiere jerarquía instrumental y se hace estimable pues sirven a la técnica y a la industria.

El siglo XVII da lugar al Iluminismo, movimiento que supone, propone y promete lograr la felicidad de la especie humana a través del progreso en todos los campos. El progreso resulta artículo de fe y se entiende como el logro de normas racionales y universales, independientes de las creencias religiosas. Se inclina por una religión natural o deísmo, donde el Ser Supremo es el gran arquitecto a quien todo se refiere para explicar el universo que no ha puesto límite a las esperanzas del hombre. Reina entre los científicos el librepensamiento; buscan la verdad y creen servir a la humanidad con independencia de sus creencias religiosas. Progresivamente se declaran menos interesados en lo que exceda su disciplina. La educación se considera útil y liberadora y los prejuicios de raza, nacionalidad o religión se condenan. En 1751 Diderot y D'Alembert dirigen la publicación de la Enciclopedia o Diccionario Razonado de las Ciencias, de las Artes y de los Oficios, 28 volúmenes destinados a "...que nuestros

nietos, al convertirse en más instruidos lleguen también a más virtuosos y más felices". El papa Clemente XII lo incluye entre los libros prohibidos por la Iglesia Católica. La moral goza de un ámbito privilegiado y culmina con la propuesta kantiana que da sentido y valor a la distinción entre el bien y el mal, al tiempo que determina el concepto del deber. Establece como imperativo categórico "obrar sólo de modo que la máxima utilizada pueda convertirse en ley universal". Logra una propuesta formal, a priori y autónoma que se convierte en el fundamento racional de las normas morales de la modernidad. Estas propuestas son contemporáneas en lo social con el auge de la burguesía y en lo económico del desarrollo del capitalismo. En la esfera política, los Estados Unidos de Norteamérica se independizan de Inglaterra. Se produce la Revolución Francesa, que impacta en el pensamiento político occidental, aunque tarda más de un siglo en fructificar. Napoleón aparece y desaparece dejando su huella organizadora en toda Europa. El Iluminismo, al decir de Jurgen Habermas "...desarrolló una ciencia objetiva, una moral universal, una ley y un arte autónomos, reguados por lógicas propias, ...intentó liberar el potencial cognitivo de cada una de esas esferas de toda forma esotérica y ...emplear la cultura especializada ...en la organización racional de la cotidianidad social".

Avanzado el siglo XVIII, la práctica de la medicina registra novedades. En Inglaterra y en Francia se prohíbe a los barberos el ejercicio de la cirugía y se otorgan privilegios al Royal College of Surgeons. La Revolución Francesa propone nuevas definiciones de salud y de enfermedad relacionadas con conceptos comunitarios. Atribuye funciones sanitarias al médico y al Estado. Crea Escuelas de Salud y el título de Doctor. Los deberes civiles establecidos por la autoridad secular se escinden de los deberes religiosos correspondientes a la esfera de la conciencia moral.

Comte establece en la primera mitad del siglo XIX los principios del positivismo. Dice "Lo positivo significa lo real frente a lo quimérico. Lo real es lo dado en la experiencia ...lo preciso frente a lo indefinido, lo positivo es lo absoluto frente a lo relativo. Se conocen fenómenos y no esencias". Plantea que la adquisición del conocimiento reconoce estados consecutivos. En la etapa teológica los fenómenos se explican merced a la intervención de seres sobrenaturales y a través del fetichis-

mo, el politeísmo y el monoteísmo. Coinciden con un poder espiritual teocrático y un poder temporal monárquico apoyados en estructuras militares. El estado *metafísico* parte del monoteísmo, despersonaliza a la fuerza divina y atribuye las causas de los fenómenos a ideas abstractas o a principios racionales. Irrumpen fuerzas negativas, disolventes de la inteligencia. En la fase *científica o positiva* se abandona lo metafísico y se opta por la investigación de los fenómenos. Se asigna a los científicos el poder espiritual atribuido a los teólogos y a los industriales el poder temoral de los monarcas. La versión individual del sistema ubica al niño como teólogo, al adolescente como metafísico y al adulto como científico con mentalidad positiva. Luego de 30 siglos de intereses compartidos con la filosofía, las ciencias cada vez más amplias en contenido, comienzan a desgajarse del tronco original.

La primera parte del siglo XIX registra revoluciones y restauraciones, repúblicas, monarquías o imperios absolutistas, consecuentes a la caída de Napoleón. Se suceden movimientos independentistas, revoluciones nacionalistas y emancipaciones de los imperios dominantes. Aparece el Romanticismo que recupera parte del pensamiento renacentista e insiste en el valor de la emoción, la fuerza, la sensibilidad y lo instintivo, las pasiones fuertes, el culto al héroe y a la vida intensa y arriesgada, movimiento que reduce todo al espíritu y a la conciencia individual. Novalis afirma que "el camino secreto va hacia adentro". Se estima más lo estético que lo utilitario y se objetan el Iluminismo y la propuesta mecanicista. Condenan al industrialismo e idealizan la labor del campesino. Defienden los derechos del individuo a quien proponen liberar de las obligaciones de la moralidad y de los convencionalismos sociales. Se oponen a la concepción liberal que considera a la sociedad como suma de los individuos. En el campo político es nacionalista. En la etapa tardía, el romanticismo se ocupa por la historia, la lengua y en general la cultura del "pueblo". Mientras tanto, se consolida el desarrollo industrial iniciado en el siglo anterior. Se despliega el capitalismo. La monarquía pierde peso y muchos estados se constituyen en repúblicas. Se produce el ascenso de la burguesía, la declinación de la nobleza y el surgimiento de la clase obrera como nuevo sector social. Las discusiones entre racionalistas y románticos culminan con la aparición y establecimiento de los utilitaristas,

mientras arrecian las críticas al mundo cotidiano. Hegel supone que el desarrollo histórico marca el camino hacia mayores grados de libertad: el mundo de la voluntad no está sometido al azar y la nueva vida encarna un desarrollo del espíritu. Karl Marx, dice que se pueda distinguir al hombre de los animales por la conciencia, por la religión o por lo que se quiera, pero considera que "lo que los individuos son marcan las condiciones materiales de su producción"⁶. Recurre a la razón dialéctica para comprender las contradicciones de la realidad, el sentido de la historia y la sociedad. Federico Nietzsche considera que la mayoría de la filosofía occidental se reduce a la búsqueda de fundamentos absolutos, olvida el devenir, ignora la vida y la voluntad de vivirla. Propone una crítica de los valores morales y no encuentra lugar para Dios en la cultura moderna⁷. La falta de respuesta a los porqué, antes cifrado en lo divino deriva en el nihilismo, postura que gana fuerza luego de la experiencia vital del siglo XX, las grandes guerras y sus horrores. Se plantean luchas sociales y políticas. Finalmente predomina el orden.

La medicina del siglo XIX registra novedades importantes. A nivel universal, se exigen estudios universitarios para licenciar a médicos y a cirujanos. Los hallazgos se suceden en forma vertiginosa. La cirugía crece como ciencia y técnica. Semmelweis introduce el concepto de antisepsia, ampliado por Lister. Se crea la esterilización por vapor y se postula la cirugía aséptica. Se populariza el uso de pinzas hemostáticas. Se efectúan las primeras anestésias inhalatorias y se introduce la intubación endotraqueal. Las intervenciones invasivas de las cavidades abdominal, torácica y craneal se hacen más frecuentes. Se proponen y aplican casi todas las técnicas quirúrgicas en boga hasta hoy. Las victorias sobre algunas enfermedades y la aparición de nuevos conceptos sobre las infecciones aumentan el prestigio y la consideración social que se asigna al médico en general y al cirujano en especial.

Las ciencias continúan su desarrollo. En el momento de máximo florecimiento del determinismo, el azar reclama el espacio que la *mathesis* evidencia a través del desvío estandar. Las excepciones demostradas en los conjuntos legales plantean incertidumbres crecientes. Se cuestiona la continenencia de los conjuntos normativos y se duda de paradigmas establecidos. La teoría de la relatividad acaba con la concepción del espacio y del tiempo

propios de la mecánica newtoniana. La teoría cuántica agota la posibilidad de concebir procesos de medición absolutos y controlables. La teoría general de los sistemas⁸ propone modelos de organización basados en leyes lógico-matemáticas que exceden el concepto reduccionista utilizado por la física. El principio de indeterminación o teoría de la incertidumbre⁹ establece el límite del conocimiento del mundo subatómico que no es atribuible a la imprecisión de la experimentación en sí sino a la alteración que introduce el sujeto que conoce. La certeza científica queda seriamente cuestionada y la lógica binaria busca reemplazo. La teoría del caos¹⁰ demuestra la aparición de equilibrios dinámicos de presentación imprevisible, capaces de reestructurar el conjunto¹¹, aún en hechos de la naturaleza. Desmiente la entropía creciente e irreversible que establece el segundo principio de la termodinámica. La teoría de los fractales¹² muestra la capacidad para generar nuevas formas complejas a partir de iteraciones sucesivas de entidades geométricas simples de aspecto semejante y que replican en su microcosmos la totalidad del macrocosmos. Sugiere patrones de crecimiento y forma regidos por leyes matemáticas aplicables a múltiples ámbitos de investigación. Se relativiza la noción de magnitud y se subraya la interdependencia entre objeto y perspectiva del observador. La teoría de las catástrofes¹³ prueba en el campo de la física que pequeñas alteraciones en los parámetros con que se realizan las experiencias pueden determinar las transiciones discontinuas hacia estados cualitativamente distintos.

Se lo acepta como que responde a los conceptos de evolución y desarrollo.

Se plantea el concepto de flecha del tiempo, factor lineal, uni-direccional e irreversible según el cual los fenómenos suceden según un orden que va del pasado al futuro: los estados físicos precedentes son diferentes de los consecuentes de acuerdo con el cambio que se produce en el tiempo. Entre ellos concibe a la entropía creciente de los procesos termodinámicos, al reconocimiento de que hay recuerdos del pasado, pero no memoria del futuro y abonan la comprobación del universo en continua expansión propuesta por la teoría del Big Bang.

Más allá del escepticismo científico, la incertidumbre vuelve a ser docta. La utilización de razonamientos efectuados sobre bases probabilísticas,

privilegian la condición sobre la causa y aceptan la aparición probable de algunos hechos. No exigen causalidad necesaria ni resultados de previsión infalible. Las nuevas teorías aceptan posibilidades deterministas pero rechazan el reduccionismo mecanicista de los saberes clásicos. Son aplicables a sistemas dinámicos y a procesos evolutivos y aceptan aspectos cualitativos. Proponen modelos matemáticos que muestran diversos grados de predictibilidad y consideran lo aleatorio. Reclaman un papel sustantivo para la irreversibilidad del tiempo y reintroducen al hombre dentro de la temporalidad.

En los fenómenos físicos cada partícula puede constituirse, de manera imprevisible en factor transformador, cada fractal reproduce las características de su cosmos; su alteración puede provocar cambios importantes aunque su comportamiento no sea lineal y representa ejemplos de la teoría del caos o de las catástrofes. Amplian la posibilidad de comprensión del orden, la continuidad y la inteligibilidad de la naturaleza. Se acentúa la dignidad y el respeto que corresponde al hombre, cuya imagen se agiganta al aceptar la unicidad del sujeto, el reconocimiento de la otredad y la autonomía en todos los campos. El ser humano, crece en valor e individualidad como miembro del conjunto y se refirma, por analogía la posibilidad de que se constituya en agente innovador. Se replantea la relación íntima entre el ser humano, sus semejantes y un mundo en cambio permanente. Propone la búsqueda de propuestas holísticas, formales e interdisciplinarias superadoras de las posturas clásicas, causales y deterministas, limitadas a los campos de la especialización científica. Sugieren reunir ciencias y humanidades para saber de los procesos y no de los estados y estimar el devenir, no el ser.

Los marcos conceptuales se modifican. Desaparece la pretensión de expresar verdades "definitivas" para exponer "aproximaciones aceptables por ahora". Karl Popper estima que las teorías del conocimiento y los conocimientos en sí son infinitas aproximaciones hipotético-deductivas a la verdad. La pretensión de neutralidad del saber se abandona. Se acepta la inserción social de la ciencia y de la tecnología y al mismo tiempo se reconoce la dependencia con el mundo y la cultura donde se aplican. Retiemplan los pilares de las ciencias y se producen revoluciones en la esferas científicas y políticas¹⁴. Se replantea la causalidad

como relación universal presente en todos los fenómenos del mundo físico. La posibilidad lógica es la ausencia de contradicción. La imposibilidad se define como lo contradictorio en sí mismo. La posibilidad ontológica equivale a la contingencia y se opone a lo real o a lo necesario. Se acepta que todo lo que puede ser pensado es posible, aunque no a la inversa. Lo contingente es posible, en especial los futuros contingentes. Se acepta como criterio de verdad la posibilidad y de esta manera la verdad posible y la falsedad posible se incorporan a las modalidades aléticas. Se postula la lógica trivalente de Lukasiewicz que en 1930 suma la contemplación de lo verdadero, lo falso y lo posible. A partir de ésta, se proponen lógicas finitas polivalentes que aceptan posibilidades intermedias finitas e incluso lógicas polivalentes infinitas que comprenden series innumerables de valores intermedios.

En pleno siglo XX, la práctica médica cotidiana se modifica sustancialmente. Los significados y valores atribuidos al "ser sano" o "estar sano" se modifican según criterios variables.

La intubación endotraqueal y el empleo de los curarizantes amplían las posibilidades del actuar quirúrgico. Aparecen los antibióticos. Los resultados terapéuticos se optimizan. Las propuestas técnicas evolucionan desde la resección pura hacia la creación de procedimientos que modifican funciones alteradas. La anamnesis detallada y el examen físico minucioso suman día a día el conocimiento funcional a través de determinaciones bioquímicas. La tecnología, hija práctica de las ciencias y posibilita obtener imágenes intracorporales, crea aparatos que reemplazan funciones vitales (hemodiálisis, marcapasos, asistencia respiratoria mecánica, bombas corazón-pulmón, dispositivos de contrapulsación, desfibriladores internos...).

La ultraespecialización mejora aún más los resultados. La psicología, renacida a fines del siglo XIX, crece y se hace necesaria en muchos casos.

Los trasplantes resultan posibles y obligan a redefinir los límites entre vida y muerte. Se realizan fertilizaciones humanas in vitro. El estudio del genoma permite plantear terapias génicas. Se logra la clonación. La aparición de nuevos fármacos y la introducción de procedimientos laparoscópicos, disminuye molestias, acorta posoperatorios y posibilita el crecimiento de la cirugía ambulatoria. Se recuperan pacientes con enfermedades graves

o se prolonga la evolución de enfermedades antes letales a breve plazo. Aumentan las expectativas de vida de la población mundial y aparecen nuevas condiciones nosológicas o consecuencias antes desconocidas, generadas por la supervivencia de enfermedades clínicas y quirúrgicas. Los pacientes requieren control y tratamiento prolongados, cuidados personales y esfuerzos económicos crecientes.

La producción en masa, la automatización y la cibernética, posibilitan mayor información y circulación de conocimientos y productos. Los parámetros de progreso, medidos según mejoría de la tecnología y resultados de su aplicación, exceden lo esperado. La informática y la telemática generan la "aldea global" al compás del flujo de información general y científica. La economía se transnacionaliza. El hombre común se deslumbra ante la magnitud de los avances. Se equalizan conceptos sobre la vida con o sin respeto de culturas locales o nacionales. Las novedades tornan difícil el manejo de los saberes y éstos devienen instrumentos básicos de la fuerza de producción. Las ciencias cambian de estatuto: se despojan de los ideales de verdad y progreso para responder a la eficacia real o presunta en la producción de elementos de uso cotidiano. Se genera una inmensa riqueza material y el marketing ocupa un lugar preponderante. Demandas y ofertas de todo tipo tienden a homogeneizarse de la mano de influencias "centrales". La generalización del derecho a la atención de la salud sumada a la aparición y promoción de nueva tecnología generan aumentos considerables de los presupuestos necesarios para su cuidado. Los expertos estiman proyecciones económicas gravosas o imposibles de satisfacer. Se plantean los cálculos de costo-beneficio y costo efectividad. Aparecen movimientos neomalthusianos de la mano de una creciente tasa de desnutrición universal, mientras crece el requerimiento de profesionales, científicos, técnicos y empleados dedicados a brindar servicios. Los beneficios producidos por el desarrollo de las ciencias no alcanzan para satisfacer a la sociedad.

La tecnología, establece una distancia creciente entre el médico y el paciente. La masificación de la atención que exige aumentar la eficiencia, la efectividad y la "producción". El contacto interpersonal se acota y se postula deseable establecer una distancia adecuada con la persona enferma. La relación se despersonaliza. Llega a afirmarse que la

función médica exclusiva es solucionar "problemas de salud". Las historias clínicas, antes relatos de vida, producto del diálogo entre médico y paciente se transforman en formularios a rellenar... a veces por el propio enfermo. La historia familiar y los antecedentes psicosociales devienen en información accesoría. Al compás de la judicialización de la relación, desaparecen las consideraciones terapéuticas y/o las expresiones de duda personales.

A pesar de las novedades, la esencia de la labor médica no varió. Sigue siendo cuidar de quienes lo necesiten. La práctica médica no es un acto científico sino técnico y requiere del arte que concede identidad y personalidad al hecho diagnóstico o terapéutico y transmite un "sentimiento" que no siempre se relaciona con la perfección técnica de lo que ofrece. La cirugía, como rama de la medicina, ostenta un aspecto artesanal: se desarrolla a través de la actividad de las manos. La razón procura datos instrumentales a través dispositivos técnicos y guía decisiones fundadas en conocimientos y experiencia. La indicación adecuada y el beneficio para el paciente surgen de la relación establecida y florecen en la vida de ambos, más allá de la relación terapéutica. La práctica despojada de humanidad asimila el acto médico a una labor "de mantenimiento" gestión de un encargado de reparaciones.

El sujeto social ve excedida su capacidad de comprensión como yo y como sujeto y observa con desencanto las diferencias entre promesas efectuadas y realidades cotidianas. El imaginario social integra la totalidad de creencias y vínculos sociales compartidos y dentro de su trama enfrenta a diario situaciones dilemáticas que cada fracción intenta resolver según principios específicos¹⁵.

Las cuestiones relacionadas con el derecho a la salud suscitan disputas a nivel universal: todos preguntan quién y por qué debe hacerse cargo de los costos. La variedad de interpretaciones entre lo que se debe, lo que se quiere y lo que se puede justifica la polisemia reflejados en las interpretaciones de juristas, sanitarios y filósofos¹⁶. La utilidad económica y el valor de la persona en cuanto portador de derechos no económicos se enfrentan sobre sesudos razonamientos. La misma OMS, exige estudiar la efectividad de las acciones antes de hacerlas obligatorias¹⁷. Los Estados Unidos de Norteamérica reconocen la falta de cobertura de salud de cuarenta y cinco millones de sus ha-

bitantes y que llegarán a los 80 millones antes de 2010, a pesar de contar con uno de los mayores presupuestos sanitarios del mundo¹⁸. En contradicción con la opinión sofística de que "justo no es otra cosa que lo que conviene al más fuerte"¹⁹, la cuestión meta-ética pasa por definir qué se entiende por bueno en el campo sanitario y social. Sea cual fuera la filosofía en que intente justificarla, desatender la salud resulta inconveniente, inapropiado, injustificable y poco piadoso para quien lo necesita. Viola el respeto y la consideración que su dignidad merece. No es justo y menos aún imparcial y deshonorar imperativos morales.

El principio supremo que debiera guiar la conciencia moral resulta para Kant y Nozick²⁰ la dignidad y el valor del ser racional libre, la justicia o al menos la imparcialidad para Rawls²¹ y la igualdad de respeto y consideración para Dworkin²². Por su rol, el médico ocupa un lugar sustantivo en estas disputas y los pacientes se lo reclaman.

Finalizada la Segunda Guerra Mundial se desencadenan cambios morales que generan modificaciones sociales, políticas y económicas que afectan concepciones tradicionales relacionadas con lo científico, lo médico y lo humano.

El dictamen de Nüremberg expuso y certificó excesos cometidos en nombre de la investigación científica. Reconoció al ser humano como individuo digno de respeto. Resultó en hito histórico que gozó de consenso universal. Plantó las bases que habrían de cambiar paradigmas. Poco después, la Asamblea de las Naciones Unidas y la Convención Europea proclaman los derechos del hombre y del ciudadano. Las costumbres individuales y la moral se resignifican y el hombre abandona su lugar como objeto de deberes para transformarse en sujeto de derechos. Los preceptos exigen reconocimiento y habilitan reclamos por parte de sujetos o grupos de personas y determinan actualizaciones constitucionales y legislativas en todo el mundo occidental. A pesar de no contar aún con aplicación universal, el planteo ha tenido fuerte impacto. La filosofía reverdece frente a lo incierto y el existencialismo deja progresivamente su lugar a un movimiento que diversos autores denominan "sociedad posindustrial", "de capitalismo tardío" o "posmoderna".

La autonomía resulta fundante y los derechos personales, calificados como derechos humanos, se constituyen en axiomas. La individualidad genera la otredad como categoría complementaria y

establece la diversidad como condición derivada. El individuo vive su existencia en perpetuo presente y cada vez más aislado. El cuerpo predomina sobre el pensamiento. La consigna es mantenerse joven e importa más el aspecto que la salud en sí. Se postulan el máximo despliegue de la personalidad íntima, la expresión sin límites y la sexualidad sin tabúes. La realización personal y la felicidad consisten en la ausencia de tensiones y el poder sin compromisos. Se desmerece la consagración a cualquier ideal. Dominan concepciones éticas pragmáticas, alejadas tanto de los fundamentos metafísicos laicos o religiosos cuanto de las éticas del deber. Destacan el egoísmo y la indiferencia por los conflictos de clase y las confrontaciones políticas. Lo particular destaca sobre lo universal y los intereses de pequeños grupos se priorizan sobre los de la sociedad general. Lo solidario resulta un recuerdo ucrónico. El pasado se concibe como tenue recuerdo de frustraciones y satisfacciones y el futuro como el tiempo donde han de cristalizar deseos y necesidades, asimilarlo a ningún tipo de progreso. Se conforma una sociedad flexible basada en la información sumaria y superflua. Acontecen sucesos y las personas aparecen y desaparecen dentro de una sociedad que es como es y cuyo cambio no se plantea ni interesa. La madurez se considera independiente de la época de conformación de la personalidad. En la antinomia ser o tener, se es lo que se tiene. La sociedad de consumo promueve el estímulo de las necesidades personales. Su satisfacción demanda dinero aquí y ahora para adquirir los objetos del confort. El linyera de Tabaré, resume la situación en la contratapa de Clarín (noviembre de 1992) al decir "A veces me gustaría poner la mente en blanco, no pensar en nada, ser solo un cuerpo con sensaciones placenteras... pero pienso cuánto me costaría y me pongo loco". "En materia de sensaciones, el escalofrío es lo más barato" reflexiona Diógenes, su perro. Se desarrollan "grandes relatos" que legitiman, unifican y fundamentan instituciones y prácticas sociales y políticas, legislaciones, éticas y maneras de pensar, sin sustrato aplicable formal. El proyecto histórico es inaparente, sin ídolos ni tabúes no hay lugar para tragedias o apocalipsis dice Esther Díaz, "...nuestra época desencantada, se desembaraza de las utopías" y merece llamarse como "edad del desencanto".

Gilles Lipovestky considera al posmodernismo "era del vacío"²³ que ha vaciado al pensamiento de

ideales mediante la cosificación del ser humano, el recorte de la libertad, la violación cotidiana de los derechos y múltiples formas de opresión que expresan falta de justicia.

Alain Finkelkraut considera que no se nace individuo, sino que se llega a serlo superando la ignorancia, el desorden de los apetitos, la mezquindad del interés privado y la tiranía de las tradiciones. Sigue la propuesta kantiana que sugiere al hombre "Ten el valor de servite de tu propia razón". Tipifica al mundo actual como adolescente e inmaduro. Lo esperado, lo deseado es postergar la razonabilidad adulta mediante un proceso de añamamiento que licua la madurez decisional a partir de la deificación de la individualidad y la idealización de la libertad adolescentes persistentes. El egoísmo del sujeto actual sustituye la razón por deseos y "...olvida que la libertad era otra cosa que la potestad de cambiar cadenas y la propia cultura, algo más que una pulsión satisfecha"²⁴. La educación brinda al sujeto los elementos necesarios que le permiten emancipar el "yo" del "nosotros". La cultura debiera posibilitar la constitución y la autonomía individuales en el seno de la comunidad a través de una "vida guiada por el pensamiento". Para Jurgen Habermas, el hombre posmoderno vive en presente continuo, sin metas que superen lo inmediato e incapaz de imaginar un futuro distinto. Allí, germina la semilla de la desesperanza.

Juan José Sebrelli distingue entre la condición posmoderna, situación en que se vive hoy y el posmodernismo ideología reaccionaria que condena a los hombres a la inacción, la impotencia y la pasividad. Sugiere redefinir la historia como suma de elementos cotidianos que constituyen el presente como pasado en construcción y que determinan el mañana como futuro. Da lugar a un optimismo potencial cuando expresa que "...el presente puro es tan mítico como el porvenir escatológico. Todo lo que podemos emprender en el presente está marcado por el pasado individual y por el pasado de la humanidad y se proyecta inevitablemente hacia el porvenir común"²⁵.

A nivel social, se cuestiona la justicia de los procedimientos y de las tasas de distribución de bienes y servicios. Abundan los reclamos por los daños provocados por la aplicación de las ciencias y se les resta crédito. Se argumenta tomando como ejemplos negativos los resultados de las investigaciones sobre la fisión nuclear, la catástrofe ecológica, los defectos y lesiones producidos por

la experimentación biomédica, la creación de armas biológicas y la tragedia genética. Paul Feyerabend dice que en Tratado contra el método y Adiós a la razón las comunidades científicas se consideran grupos de presión interesados en defender privilegios particulares atrincherados tras la presunta importancia de su quehacer. No se observan soluciones adecuadas para el tema y la trascendencia que se le atribuye es menor y más de una vez ocultada por conflictos de interés ...económico y político, en el orden que se desee.

A principios de la década de 1970, el crecimiento de las ciencias y la deshumanización de la medicina llevan a Potter a proponer la Bioética como puente hacia un futuro²⁵. Etimológicamente ética de la conducta en el área de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, en tanto dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores legales y morales²⁷. La Ética es el conjunto de normas creadas para vivir bien. Es parte fundamental de la vida del hombre digno que plantea el porque de la aceptación de ciertas costumbres y permite distinguir lo bueno de lo malo para cada uno de sus actos. Opina Savater en su Ética para Amador que la Ética "se ocupa de lo que uno mismo hace con su libertad"; "quien desee la vida buena para sí mismo, de acuerdo al proyecto ético, tiene también que desear que la comunidad política de los hombres se base en la libertad, la justicia y la asistencia". Cuando se está tomando una decisión se debe tener en cuenta la "moral", conjunto de comportamientos y normas se aceptan como válidos. Como el hombre no existe solo, sino en comunidad, tiene obligación de elegir lo que le conviene para vivir mejor y esforzarse por conseguirlo. La disciplina incumbe al paciente, al médico y al medio ambiente, social, económico y legislativo en el cual se desarrolla la relación sanitaria. Diversos grupos promueven su estudio. En 1983, los Estados Unidos de Norteamérica crean una Comisión Presidencial para responder a las inquietudes despertadas por la investigación biomédica y conductal. El dictamen se conoce como Informe Belmont²⁸ y en él se reiteran, complementan y actualizan expresiones vertidas en Nüremberg. Reafirma la aceptación del ser humano como sujeto autónomo y exige el respeto de las libertades morales, políticas y religiosas en relación con la atención de la salud. La Bioética recibe el espaldarazo definitivo. En 1987, Beauchamp y Childress²⁹, pu-

blican la obra que propone la teoría de los 4 principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. A posteriori se los reordena y jerarquiza según conceptos de la ética clásica. El primer nivel o "ética de mínimos" responde a la ética del deber: incluye a la no maleficencia y a la justicia. Se les atribuye el valor de exigencias de obligación perfecta y comprenden a lo correcto. Prioriza de estos deberes las obligaciones públicas sobre las privadas, genera derechos correlativos. Se expresan en el Derecho y su garantía el Estado. El incumplimiento es demandable y se lo puede obligar aún contra la propia voluntad. El eje de esta categoría se apoya en el *primum non nocere* hipocrático y comprende por extensión a toda acción que comprometa el bien común según la ética pública de las sociedades. Walter Frankena³⁰ admite para la no maleficencia un orden jerárquico que contempla desde evitar infligir daño, pasando por prevenir la ocurrencia o anular la consecuencia del padecimiento hasta hacer o promover el bien. Hans Jonas incluye normas derivadas del "principio de responsabilidad" y sugiere aplicar la no maleficencia a todos los hombres, reales y posibles, presentes y futuros y, no solo al conjunto de los nacidos. Apoya el sentido del movimiento ecologista. El segundo nivel o "ética de máximos" satisface a la ética de la felicidad y comprende a la autonomía y a la beneficencia. Se los considera deberes de obligación imperfecta o de caridad que conciernen a lo bueno. Dependen de sistemas de valores e ideales de perfección subjetivos y privados. Armonizan con el *secundum beneficere* y se manifiestan dentro del campo moral. Se exige al médico debe actuar según la no maleficencia y la beneficencia, el paciente de acuerdo con su autonomía y el Estado según el principio de justicia que obliga a todos³¹.

La práctica de la medicina experimenta el cambio más trascendente en 2500 años. La autonomía, sinónimo de la libertad mas profunda, permite al paciente evaluar lo que percibe, siente, desea y sueña según valores propios e intransferibles. Desde entonces, deja de ser objeto de deberes para transformarse en sujeto de derechos e incorpora la variable a la relación terapéutica. El contexto hace inadmisibles el papel paternalista atribuido al médico por la tradición y le concede el rol de consejero técnico: pacta sus acciones con el paciente. Se mantiene la condición profesional en razón de la relación fiduciaria que funda el rol asig-

nado. La autoridad moral, el empoderamiento social y el prestigio de los médicos y de la medicina decrecen y se hacen más vulnerables a la crítica. El médico siempre fue sujeto moral, el paciente, comienza a serlo. La labor médica se despoja de status sacerdotal y la función se desacraliza. Los cambios acontecidos³², se sustituyen en la doctrina que funda el Consentimiento Informado sintetiza. La bioética se convierte en una disciplina pontifical entre las ciencias. Híbrida como interdisciplina y retoña en transdisciplina que considera las facetas civiles, seculares, pluralistas, autónoma y no heterónomas que atraviesan el quehacer diario³³. La medicina recupera conciencia de su obligación social y colectiva y los galenos adquieren nuevas obligaciones con los pacientes, con la Sociedad y con la Justicia. Las interpretaciones muestran diferente magnitud, extensión y compromiso en cada latitud³⁴. La aparición de terceros pagadores modifica tanto el concepto de confidencialidad³⁵ como el de relación médico-paciente. Los códigos éticos se hacen eco a nivel universal. La deontología y la ética individual establecen límites para las acciones.

La medicina como ciencia y como técnica es conjetural y probabilística. Los saberes aceptan la incertidumbre. Expresan conjeturas como presunciones fundadas en probabilidades: características de un suceso del que existen razones para creer que ocurrirá. El quehacer médico integra necesariamente la falibilidad, como posibilidad de estar en el error. Errar es tomar por verdadero algo que no lo es y difiere de ignorar que implica carecer de saber. La inerrancia en cuanto a imposibilidad de errar expresa una posición soberbia e inaceptable en el campo científico. Aunque la efectividad del quehacer diagnóstico y terapéutico supera cálculos pretenciosos los resultados no son necesariamente previsible: esto es científico. El médico es responsable absolutamente de sus hechos tanto como de sus consecuencias. Debe reconocer ante la propia conciencia y la sociedad que existen complicaciones, efectos adversos y errores. Las promesas excesivamente optimistas dificultan al lego aceptar la ocurrencia de efectos adversos posibles, ciertos aún en las mejores manos. La comunidad médica ilustrada debiera adoptar una postura más humilde, honrada y veraz en sus expresiones. Exige incluir los efectos indeseables de los procedimientos en las publicaciones especializadas y de circulación general. Su inclusión en el Consenti-

miento Informado constituye el reaseguro moral e incluso documental ante fenómenos adversos.

El maremágnum de novedades que invade la esfera sanitaria obliga a replantear la formación por brindar al médico buscando el equilibrio entre saber, hacer y hacer saber (sinónimos de conocer, aplicar lo sabido y enseñar lo aprendido). Las propuestas intentan lograr el actuar correcto que propone reunir conocimientos, experiencia, juicio y deliberación centrados en la percepción adecuada, siguiendo el consejo aristotélico. Se reinsertan en las currícula, ciencias referentes a la organización de los estados, demografía, salud pública, psicología, historia y otras humanidades (propias de los estudios universitarios clásicos). Se los considera saberes constitutivos, mas que complemento o suplemento de las ciencias biológicas. Hoy, las enfermedades prevalentes son crónicas y los pacientes recuperan el lugar central de la medicina. La prevención y el manejo de las minusvalías es la llave del futuro. El tratamiento de las complicaciones agudas ocupa todavía el primer lugar en el entrenamiento médico. Como entrenar para la prevención, es una cuestión por resolver³⁶. Aparecen planes destinados a la formación de médicos generales, como expresión de la necesidad poblacional y sanitaria de contar con agentes que custodien la salud, atiendan y entiendan al paciente en su propio medio.

Luego de un período de bonanza en el cual se aplicó la concepción del estado de bienestar, los Estados asumen políticas neoliberales. Médicos y pacientes perciben el juego de grandes apuestas económicas y opiniones encontradas y se hace difícil hallar el equilibrio aristotélico "según la recta razón guiada por la prudencia que garantiza la virtud moral e indica el punto medio". Abundan declamaciones a favor de la necesidad de justicia de ofrecer acceso igualitario a los servicios sanitarios y distribuir de manera equitativa los recursos económicos destinados a la salud. A nivel universal se observan y cuestionan asimetrías evidentes. El cuanto, como, cuando, a quien, por qué y con qué dar satisfacción al derecho a la salud alcanza su máxima complejidad cuando se intenta definir quien lo ha de pagar. Ninguna doctrina niega el valor de la no maleficencia ni de la justicia, aunque divergen en la ubicación de la beneficencia. Los conflictos morales se reiteran en todas las latitudes. Los quehaceres humanos se modifican según el compás que marca la "mano

invisible del mercado". El balance natural entre oferta y demanda se refuerza con el interés económico y la utilidad crematística aparece como motor primario de hechos que afectan a todos. La globalización dificulta el balance entre la *ratio naturalis* (razón natural) y la *cupiditas naturalis* (la avidaz natural) hobessianas³⁷, a pesar o tal vez merced a la aplicación de criterios similares por parte de estados y empresas en la promoción (o racionalización) de las demandas. La transnacionalización de los capitales y la concentración de poder dinerario en menos manos acompaña el fenómeno. La dinerodicea (justicia del capital), corporiza el deísmo de la nueva época. Si alguna vez toda cuestión merecía la clásica sugerencia de "cherchez la femme..." hoy cabe comenzar por el "cherchez le bénéfice...". Son continuas las disputas entre valores relacionados con derechos naturales absolutos de los sujetos y utilidades económicas de las empresas. Bajo la apariencia de futuras venturas comunes se resguardan intereses presentes y futuros de grupos particulares. La simetría entre lo declamado y lo aplicado a los derechos humanos contribuyen para presentar un panorama poco promisorio para el futuro de la humanidad y conllevan inquietudes de todo tipo. Lo evidente en lo social, no es menos aparente en lo sanitario. La revisión de publicaciones médicas que dedican espacio a estos temas es aleccionadora. La desatención evidente de los problemas sanitarios, la injusticia en la distribución de recursos asignados y el descuido por la ecología son buenos ejemplos. Abundan a nivel universal faltas que afectan los intereses de los pacientes, de los médicos ... e incluso de la propia salud como concepto. El repaso de la problemática del FDA⁴⁴, de la investigación biomédica universal, del Medicare estadounidense, de la medicina canadiense o inglesa, de la salud pública de América en general prueban lo dicho. La incertidumbre y la insatisfacción inundan el imaginario colectivo y habilitan expresiones inimaginables una generación atrás. El proceder ha beneficiado a ciertos grupos y a algunas personas, al tiempo que perjudicó y perjudica a muchos pacientes, a todos los médicos y al sistema sanitario en general. Virtud, justicia y verdad no son cuestiones de costumbre sino exigencias a las que se debe responder con ayuda de la razón dice Meleto en el Juicio a Sócrates³⁹.

El reconocimiento de los derechos personales y de los pacientes, el descrédito de las ciencias y

de sus servidores técnicos y la despersonalización en la relación médico paciente estimula la insatisfacción general de los pacientes. El descontento inunda el ingenio colectivo que habilitan reclamos inimaginables promueven el aumento vertiginoso de la litigiosidad.

Los cirujanos pueden calificarse como *Homus Medicus*. Gozan de esta condición mientras desempeñan su función. La vida, excede largamente lo laboral. Los individuos sólo pueden alcanzar el desarrollo armónico, como *Homus Socialis*, en la medida en que se insertan de manera adecuada en la sociedad en que actúa. El trato que ofrecen a los pacientes, debiera compadecerse con el que desearían recibir en el momento inevitable en que las circunstancias de la vida los obligaran a agruparse en el segmento de los *Homus Infirmus*. Tal proceder honra el imperativo kantiano de tratar al hombre como sujeto de las acciones y no como objetos de aplicación técnica. La decisión más clara desde el punto de vista moral debiera ser lo bueno para el paciente. Quien practica este tipo de medicina merece ser llamado profesional. La licencia médica inviste al médico con reconocimiento social, lo autoriza a presentarse en público como guardián competente y digno de crédito de los intereses de la salud del paciente. Si el encuentro entre médicos y pacientes encierra eventuales conflictos de interés, la reunión entre médicos y responsables económicos de las labores galénicas, siempre incluye conflictos de interés³⁹. Mientras tanto, la sociedad emite mensajes conflictivos, y el médico muchas veces no sabe cómo proceder. Al mismo tiempo se le exige como obligación moral no ahorrar costos para tratar a quienes sufren⁴⁰, se demuestra que los recursos para uso médico son escasos y deben ser cuidados. El médico no halla respuesta adecuada y ante cada caso se pregunta si le corresponde actuar como representante y defensor del paciente ante la comunidad o proteger los intereses de la comunidad a pesar del paciente⁴¹. Es consenso entre los encargados de la formación médica la necesidad de estimular la formación en las siguientes competencias⁴²: 1. cuidado del paciente, 2. conocimiento médico, 3. aprendizaje y entrenamiento basado en la práctica, 4. habilidades de comunicación y relación interpersonal, 5. profesionalismo y 6. práctica sistemática. La ocupación sustantiva de un profesional es servir a otros. Las profesiones se caracterizan por el monopolio de conocimientos y

habilidades en alguna rama de la ciencia o la práctica de un arte basado en ellas. Gozan de autonomía en el desempeño de la labor y autoridad sobre los destinatarios, cuyos intereses priman sobre los del profesional. Los miembros de cada corporación se comprometen a lograr competencia, integridad, moralidad, altruismo y promover el bien común en relación con su dominio. Entre sus obligaciones incluyen calificar las habilidades de sus miembros, cultivar y reforzar las motivaciones apropiadas, ofrecer posibilidades de aprender y de enseñar y reafirmar los valores frente a los pares así como ante el público cuya fe y respeto desean ganar⁴³. La sociedad retribuye la observancia de sus deberes y le otorga el monopolio sobre el uso de los conocimientos, el derecho a practicar en forma autónoma y el privilegio de la autorregulación⁴⁴. Se rigen por códigos de ética propios. La labor médica está jaqueada por diversas cuestiones. La telemática simplificó el acceso a la información, quitó el monopolio del conocimiento y dio lugar a una población más informada, escéptica y demandante. La importancia económica adquirida por la atención de la salud generó empresas con fines de lucro que administran la tarea según preceptos económicos. La contención de costos impulsó algoritmos de decisión basados en conceptos de costo-eficacia diseñados por estadígrafos y economistas. Exigen la adopción de las conductas, restringen pedidos de estudios, uso de fármacos o indicaciones terapéuticas y disminuyen la posibilidad de decisión médica personalizada⁴⁵. Ponen en duda la profesionalidad individual⁴⁶ en la medida en que encorsetan la autonomía y hacen depender la competencia del cumplimiento de pautas dictadas por terceros. El contexto inquieta y excede el control de la comunidad médica y amalgama conflictos relacionadas con la atención de la salud con cuestiones de índole político, legal y económico. La Federación Europea de Medicina Interna, el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad Americana de Medicina Interna y el American Board of Internal Medicine. Se reunieron en 2002 para discutir las condiciones de profesionalidad en relación con cada paciente y con las comunidades en general⁴⁷. Sus conclusiones fueron suscriptas entre otros, por el American College of Surgeons⁴⁸. Plantearon como axioma que "El sistema de atención de la salud en los países industrializados amenaza la naturaleza y los valores de los médicos y hace difícil asumir las responsabili-

dades con los pacientes y con la sociedad". Postulan un rol médico más adecuado a normas clásicas. Adjudican al paciente el papel de sujeto sustantivo de la cuestión y enfrentan tendencias establecidas. Propone tres principios cardinales: 1. el bienestar del paciente no debe supeditarse a presiones administrativas, sociales o económicas; 2. la autonomía del paciente convierte al galeno en consejero respecto de las decisiones que pueden afectar la salud de las personas y el Consentimiento Informado es su consecuencia ética elemental; 3. la justicia social exige al médico promover la distribución adecuada de recursos para atender la salud de todos y suprimir toda discriminación respecto de la atención de los pacientes.

Para cristalizar esta propuesta, aceptan como compromisos establecer relaciones adecuadas con los pacientes, a tratarlos con honestidad, manejar en forma adecuada los conflictos de interés y respetar la confidencialidad. Se comprometen a mantener la competencia profesional, generar y controlar el conocimiento científicos y mejorar la calidad de los cuidados. Asumen la obligación de mejorar el acceso a la atención y distribuir los recursos de manera justa.

Las responsabilidades profesionales exigen el trato considerado y respetuoso entre pares y la actualización y organización de procesos destinados a evaluar el desempeño profesional, individual o colectivo, participar en el proceso de autorregulación y disciplinar a quienes no cumplan con las condiciones requeridas. La confianza otorgada al médico por el paciente y por la sociedad depende de la integridad de los individuos y de la comunidad que los reúne. El profesionalismo obliga a mediar entre la sociedad y el paciente y a abogar aún en contra de los intereses del terapeuta, por los individuos en contra de normas intolerantes o defectos en lo que corresponda para servirlos. Debe ofrecer al paciente y a la sociedad consejos expertos en materia de salud. Corresponde a las instituciones médicas proteger el prestigio, la autonomía y el reconocimiento económico pactado por sus miembros y defender los intereses personales como profesionales vulnerados por instituciones públicas o privadas. Los abusos contra personas o instituciones y los comportamientos no profesionales son infracciones que afectan a toda la comunidad. Deben ser castigadas en resguardo del bien común de la profesión y de la población. No resulta correcta, adecuada ni ética la re-

cepción de beneficios de cualquier tipo por el uso adecuado o inadecuado de cosas, drogas o tecnología ni tampoco el tráfico de influencias destinadas a promover ventas o promocionar productos. La obtención de beneficios derivados de la intermediación espuria recibe condena explícita. Todos estos preceptos hacen al ser profesional y debieran ingresar como componentes fundamentales de la educación médica del futuro y del presente.

Contextualizado el medio en que desenvuelve sus labores el médico, repasado su desarrollo y ubicación como profesional, cabe ajustar la óptica micrométrica para puntualizar la observación en el sujeto argentino.

Todo autoevaluación define hechos y realidades que hacen a uno mismo y puede compararse con la inspección que el sujeto efectúa sobre la imagen que ofrece un espejo.

Cuenta Charles Baudelaire en uno de los Poemas en prosa que: "Un hombre espantoso entró y se miró al espejo. ¿Por qué te miras al espejo si no has de verte en él más que con desagrado?, pregunté. Según los principios inmortales de las leyes, todos los hombres son iguales en derechos. Tengo derecho a mirarme; con agrado o con desagrado. Ello no compete más que a mi conciencia, contestó. El no estaba equivocado, desde el punto de vista de la ley. Yo tenía razón, en nombre del buen sentido..."

Todo asunto por analizar, requiere desde Aristóteles la necesidad epistemológica de establecer el *deffiniendum* y el *desideratum*. Conocidos el sujeto y el rol asignado por la sociedad, cabe interrogarse sobre el síntoma que motiva la consulta: la calidad de vida.

3. ¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

Se denomina **calidad** a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a un hecho, cosa, objeto o persona que permiten estimarla como igual, mejor o peor que otra de su tipo o especie. El habla coloquial utiliza fórmulas tales como "en calidad de" o "por calidad de" cuando expresa juicios sobre temas trascendentes, graves o importantes y le otorga investidura cardinal. Las propiedades apreciables, útiles o de interés para evaluar algo se seleccionan, definen y califican de acuerdo con opiniones, creencias, principios, criterios y normas. La *opinión* expresa una creencia considerada ver-

dadera o por lo menos probable por quien la sostiene, aunque no cuente con razones objetivas que apoyen esta certidumbre que puede ser verdadera o falsa. Implica una comprensión imperfecta e insegura de lo perceptible y difiere del saber. La *creencia* es una actitud o estado psicológico subjetivo del conocer que no requiere de la verdad como propiedad demostrable. Se cree en base a razones o aún sin ellas, por sentimiento o intuición, por confianza o sumisión a quien se concede autoridad. Se puede creer sin saber aunque no se puede saber sin creer. El vocablo *principio* incluye entre sus acepciones a la razón primaria sobre la cual se discurre en cualquier materia. Es el fundamento, origen y comienzo tanto del pensamiento cuanto del elemento material del aparecer de las cosas. Los axiomas y definiciones, las leyes de la lógica y las premisas de los razonamientos, se ajustan a principios lógicos. Estos incluyen el de identidad (todo ser es idéntico a sí mismo), el de no contradicción (una cosa no puede ser y no ser en el mismo aspecto y en el mismo momento) y el de tercero excluido (todo enunciado es verdadero o es falso). La moral, como conjunto de facultades del espíritu que corresponden sólo al fuero interno o al respeto humanos, reconoce principios o normas con los cuales el hombre juzga desde el punto de vista de su bondad o malicia⁴⁹ según dictamina la propia conciencia acerca de la moralidad en general y de una acción concreta en particular. Para el derecho, los principios son las pautas no legales y supletorias constituidas por doctrinas o aforismos que gozan de general aceptación para juriconsultos y tribunales. El *criterio* es la condición que permite diferenciar o valorar razonablemente una cosa de otra, incluso la bondad o maldad de las acciones y las conductas. La epistemología tradicional, considera como criterio de verdad o de certeza al que permite distinguir los enunciados verdaderos de los que no lo son mediante la concordancia entre lo que se sabe y lo que se cree saber. La epistemología actual acepta los criterios de significado, de verificación y de contrastación; remite la verdad al problema de decidir cuándo un enunciado tiene sentido y qué significa que la experiencia confirma o rechaza un enunciado. El término **norma** se refiere al modelo que se tiene en cuenta al actuar. En sentido general constituyen el canon de conducta o doctrina. Las normas amalgaman opiniones, creencias, principios y criterios e incluyen sentimientos y saberes

comunes que se admiten como válidos y por tanto como buenos. Definen deberes, moldean derechos y prescriben comportamientos que se consideran obligatorios. Son tan variadas como las culturas que las contienen. La principal característica para reconocer, precisar y determinar normas es la *conciencia*, sensación que tiene el sujeto de tener una experiencia advirtiendo que la tiene o de saber algo dándose cuenta de que lo sabe. Constituye una reflexión que, según Platón, conduce al "diálogo del alma consigo misma" y sigue la sugerencia socrática del "conócete a ti mismo". Descartes la considera característica del hombre y del saber, fuente única de certeza y modelo de conocimiento. Nietzsche la estima como producto social, Marx como reflejo de las relaciones económicas de producción y Freud como producto del inconsciente. Como fuera, todo hombre tiene conciencia: es capaz de conocer a través de la representación de objetos y por medio de la percepción de sí mismo. La conciencia antecedente posibilita ajustar los principios prácticos al principio racional de hacer el bien o de obrar de acuerdo con la razón socialmente aceptada y que enmarcan costumbres, usos y leyes. La autoconciencia se ubica en el espacio donde el objeto es el yo mismo, sensor íntimo y específico de lo que se considera obligatorio. Es la conciencia moral y allí se justifican las conductas y las decisiones prácticas según convicciones personales e inmediatas. Utiliza lenguaje apelativo y formula discursos imperativos que manifiestan juicios deónticos o de obligación moral. Su aplicación genera actos de la razón práctica.

Opiniones, creencias, principios, criterios y normas determinan las propiedades apreciables, útiles o de interés para evaluar algo y se relacionan de manera íntima con ponencias concientes de quienes califican. Concretan para cada cualidad, categorías de clase, índole, carácter o naturaleza en el dominio que corresponda. La tenencia de ciertas características a las que se tiene en alta estima, se consideran como aciertos, dones o virtudes. Su posesión resulta apetecible y al ser distinguida como "bien", adquiere **valor**. Es valioso o tiene valor todo objeto de preferencia o elección, al cual se atribuye dignidad, mérito, utilidad o precio según se trate de personas o de cosas.

Los valores se han identificado con partes de las cosas, esencias, vivencias o estados psicológicos de agrado, deseo o interés. Se los ha ubicado en posiciones irreconciliables que recorren

desde cualidades a priori no subordinadas a la experiencia, hasta entidades trascendentales de la conciencia para cuya formación se atribuye transcendencia definitiva a la socialización. Hume⁵⁰ consideró que cada sujeto responde con emociones de aprecio o desprecio a las cualidades que aprehende de los hechos y da lugar a opiniones que expresan juicios de valor subjetivos, que no son objetivos de las entidades ni suscitan certezas. La coincidencia en cuanto a las reacciones emocionales que provocan las cosas o hechos en otros seres humanos, permite aceptar estatutos intersubjetivos. Para Kant, la apreciación de los valores es la "facultad de pensar lo particular como contenido en lo universal", proceso intermedio entre el entendimiento y la razón. Estimar la calidad de algo, implica considerar la presencia y proporción de las cualidades presentes en las cosas, hechos o personas y dictaminar en razón de la ponderación lograda. Permite distinguir cada ente como superior, positivo, respetable, destacable, adecuado o bueno en contraste con sus opuestos: inferior, negativo, indigno, despreciable, impropio o malo de acuerdo con determinada escala axiológica. El grado de armonía y consistencia con la red conceptual utilizada, define la identidad y peso específico de la sentencia emitida y le concede categoría de verdadero juicio de valor. Los juicios morales reflejan valoraciones respecto del cumplimiento de algún deber relacionado con las personas, las acciones emprendidas y las motivaciones que las guían según alguna escala axiológica pre-determinada. La actuación tiene valor y es "buena" si conforma al deber y satisface el mandato: "debe o no debe". Ortega y Gasset opina que los valores son estados psicológicos o vivencias que expresan deseos, sentimientos, preferencias o intereses y constituyen "sutil casta de objetividades que nuestra conciencia encuentra fuera de sí"⁵¹. Jean Paul Sartre, los acepta como manifestaciones de la libre creación individual⁵². Thomas Kuhn opina que "La completa constelación de creencias, valores, técnicas,... compartidos por los miembros de cada grupo dan lugar a paradigmas, de los cuales participan los miembros de la comunidad"⁵³.

La **teoría de los valores** se planteó a mediados del siglo XIX⁵⁴. El concepto de valor no ha sido consensuado y los valores en sí, se imbrican con sus depositarios. Responden a conceptos locales y epocales. Se definen por criterios individuales o por consenso tácito o explícito entre los miembros

de una colectividad. El sustrato final de la calificación aún aceptando ésta como institución o constructo intelectual, responde a la categoría de bueno o malo respecto del destino, la meta o el fin asignados. Incluye factores morales y acepta condicionamientos éticos. El establecimiento de perspectivas diferentes en relación con viejos problemas o incluso la corrección de errores de los mismos, se torna a su vez en cuestión por reanalizar desde el punto de vista teórico²⁵. Distintas escuelas funden realidad e idealidad y otras utilizan los valores como nuevas designaciones para viejos modos del ser. La contraposición entre el ser, el tener y el valer, complica las consideraciones. Vivencias, estados psicológicos definidos por el agrado, el deseo o la meta de interés, algunos sostienen que toda la filosofía no es más que axiología. Lo que se llama realidad lo es en diversos sentidos. Aristóteles propone sumar el sentido común y la experiencia para plantear especulaciones que guíen la búsqueda del qué y por qué son las cosas. Para ello debe utilizar conocimientos teóricos que persiguen la verdad, en uno mismo y en las cosas, saberes productivos que proponen las técnicas para hacer las cosas y entendimientos prácticos que formulan la selección de conductas humanas entre las que se cuentan la ética y la política. El saber es múltiple y cada campo tiene sus propios principios. Requieren como condiciones necesarias que el sujeto tenga capacidad para pensarlos, sensibilidad para apreciarlos y libertad para expresarlos.

Karl Popper considera que los seres vivos operan en tres niveles o mundos que incluyen contenidos similares en grado de abstracción. Ubica en el mundo 1 a los objetos o estados físicos y en el mundo 2 a los estados de la conciencia, a los valores y a la moral. El mundo 3 corresponde a la conciencia de sí mismo y al contenido del pensamiento objetivo, exclusivo del humano. Todos los fenómenos del mundo se relacionan con las explicaciones y discriminaciones propias del mundo 3. Allí, la mente analiza las creencias, evalúa, contrasta y plantea discusiones críticas de sistemas teóricos, pensamientos poéticos, artísticos y científicos. Los procesos de invención y selección establecen relaciones novedosas que plantean teorías que estaban antes de que se las hiciera conscientes. La propuesta de relaciones la modifica entre valores establecidos o la inclusión de valores diferentes da lugar a cambios de paradigmas.

La incertidumbre respecto de la existencia de la vida eterna permitió a Pascal plantear que en caso de existir Cielo e Infierno el provecho por recibir o el perjuicio por lograr, superaba lo que se podría ganar o perder si fueran irreales. Ante el dilema, todo jugador juicioso apostaría por la existencia de la vida ultraterrena, aún como creencia. Esta propuesta se conoce como criterio de Pascal. Si los valores, no son cosas, ni vivencias, ni existencias y no existen como tales de H. Lotze "...los valores no son, sino que valen", La expresión de Pascal resulta apropiada a la hora de considerarlo entre las escalas axiológicas. Resultan fundantes las que se remiten al orden moral y que hallan expresión en el derecho, las leyes y la justicia.

El *derecho* es el conjunto de normas jurídicas que regula y ordena las relaciones entre los individuos de una comunidad. Crea los medios para garantizar lo que corresponde a todos y a cada uno²⁷ y determina lo que es debido y lo que no lo es en los actos y situaciones que afectan o pueden afectar intereses de otros²⁸. El sujeto es el individuo y por derivación otros entes culturales o sociales: la familia, el pueblo o el Estado²⁶. Su concepción filosófica recorrió distintas etapas a través de la historia de la humanidad²⁹.

En la antigüedad, la partición de las criaturas en el orden universal se consideró que las divinidades establecían por medio del *derecho natural*, a través del instinto animal y de la razón humana, en los hombres. El origen celeste le otorgaba atribuciones de necesario, inmutable y eterno. Según San Agustín, "...el derecho natural es lo que no ha sido generado por una opinión sino por una fuerza innata inserta en nosotros"³⁰. Grocio, defensor del iusnaturalismo más moderno opina que "consiste en el mando de la recta razón que indica la fealdad moral o la necesidad moral inherente a una acción cualquiera, mediante el acuerdo o desacuerdo con la naturaleza racional" y sólo pretende lograr técnicas de coexistencia.

La evolución del pensamiento llevó a considerar al *derecho como forma de la moral*. Para Leibniz³¹, el derecho es una potencia y el deber una necesidad. La esfera jurídica deriva de las ideas morales y excede al derecho natural. Thomasius considera que las fuentes del bien se hallan en lo honesto, lo decoroso y lo justo. Es honesto todo lo que uno discute consigo mismo como obligación interna. Es decoroso, el accionar externo

que satisface las concepciones sociales. Es justo, lo que implica obligaciones hacia otros y pretende no perturbar la paz o restablecerla si se hubiera alterado. La virtud en general persigue a través de lo honesto y lo decoroso alcanzar el bien, meta de lo justo. Kant estima al derecho como conjunto de las condiciones por medio de las cuales el arbitrio del uno puede acordarse con el de otro según una ley universal de la libertad. De la mano del derecho aparece el deber de respetarlo y da lugar a una obligación general y recíproca, donde derecho y facultad de obligar significan la misma cosa. La voluntad del legislador como autoridad legítima establece responsabilidades civiles y penales a través de códigos y leyes que enmarcan el derecho positivo. Los actos justos acuerdan con la ley y ésta es justa cuando expresa los principios morales de la comunidad. Es legal lo que conforma a las leyes⁶² pero sólo es legítimo⁶³ lo que concide con el deber moral.

La progresión de criterios condujo a la concepción del derecho como fuerza o coerción. El derecho es una obligación o deber ser que no puede reducirse a la construcción externa o a la sanción⁶⁴ y cuyo incumplimiento merece castigos. A partir de Hobbes, se establecen las bases de la filosofía contractualista. Las comunidades se basan en contratos que nacen de la cooperación entre los individuos. Pretenden lograr el beneficio mutuo de la protección común y eventualmente compartir la producción, intercambio y consumo de bienes y servicios. El contrato social establecido da lugar a las constituciones. Estas expresan el pacto de unión y sumisión en procura de una convivencia armoniosa. Los individuos renuncian tácita o expresamente a algunos derechos para integrarse como miembros de un Estado. Confían a éste el custodio de valores y creencias comunes, y le otorgan el poder de gobernarlos e incluso el monopolio de la violencia⁶⁵. Consideran que justo es lo que está mandado y que la ley la hace la autoridad, no la verdad. Definen derechos objetivos que regulan las relaciones entre los individuos y derechos subjetivos que corresponden a facultades individuales amparadas por normas objetivas que establecen deberes jurídicos en los demás. Hegel hace del derecho sinónimo del ser. Subordina su versión abstracta a la moral y ambos a la ética. La libertad, potencia de la razón que guía voluntades libres, sólo existe como obediencia a las leyes dictadas por el Estado, máxima representación de la

libertad comunitaria y expresión de Dios. John Locke aseguró que "...la comunidad de naciones es una sociedad de hombres solamente constituida para conseguir, preservar y adelantar sus propios intereses civiles". La propuesta determina las "reglas del juego" que definen categorías de actividad, funciones y responsabilidades de los miembros, sistematiza la distribución de deberes y derechos y otorga calificación de correcto o equivocada respecto del conjunto conceptual elegido a los entes. Dentro de los carriles pluralistas del bien común, cabe el desarrollo autónomo de la existencia la medida moral primaria. El cumplimiento de las obligaciones de todos y de cada uno y ésta se relaciona con la justicia. El engaño, la violencia, la pérdida de la vida, la restricción de las libertades, el dolor físico provocado y la incapacidad mental o física se consideran males sustantivos.

El advenimiento de nuevas situaciones conduce a la enunciación del derecho como técnica social. Se lo considera un instrumento para lograr fines y se lo juzga según su eficacia para garantizar el orden de la sociedad y ajustar el comportamiento humano. Las libertades derivan del reconocimiento de contratos, de la igualdad social o del bienestar colectivo⁶⁶. El carácter racional o meramente útil del concepto de derecho acepta diversas visiones. En 1672 Puffendorf expresó "...el hombre tiene el poder de hacer todo lo que resulta de sus facultades naturales... y se acostumbra a decir que la ley atribuye el derecho de hacer todo lo que no es prohibido. El derecho se refiere a nuestra libertad; la ley implica una obligación que limita la libertad natural". Un derecho es algo que uno puede reclamar a otros en justicia. El derecho negativo es el que se atribuye a aquello que se considera que no debe ser vulnerable e implica condena declarada para la intrusión de otros, incluso del propio Estado. Incluye las libertades en general, a la vida, la propiedad o las tendencias políticas individuales. El derecho positivo exige la asistencia objetiva del Estado y de los otros para completar o conseguir elementos básicos para el bienestar individual⁶⁷ tales como la salud y la educación. Es objeto de consideraciones científicas y no de deseos o aspiraciones idealizantes y concurren el lusnaturalismo y la idea de utilidad planteada por sofistas, epicúreos y escépticos. El derecho, como expresión de las razones que derivan de la moral, da lugar a la creación de leyes.

La ley resulta en el ámbito jurídico, de una disposición emanada de la autoridad competente. Expresa las libertades y las obligaciones en forma prescriptiva o imperativa, positiva y coherente con las normas o constituciones propias de cada sociedad. Establece los derechos y los deberes de los miembros de una comunidad y dispone las penas por incumplimiento.

Se entiende por **justicia** a la entidad abstracta constituida por lo que satisface algún derecho. Reposa en principios a priori y corresponde a todo lo que no es prohibido por ninguna ley. Su acepción objetiva corresponde a la institución que define el orden de lo público, lo social, el derecho y las instituciones públicas. La justicia subjetiva se relaciona con la que rige las relaciones entre las personas y se corresponde con una virtud personal, disposición o capacidad habitual de obrar bien en sentido moral. Aristóteles distingue la justicia correctiva o conmutativa que compete a las relaciones de las personas privadas y la justicia distributiva que rige las relaciones del gobernante o del Estado con sus súbditos o miembros y reparte honores o beneficios en proporción a las capacidades "naturales". El derecho estricto corresponde a la justicia conmutativa. La equidad o caridad atañe a la justicia distributiva. La piedad o probidad incumben a la justicia universal. Dar a cada uno lo suyo, no dañar a otros y vivir honestamente, fueron los preceptos fundantes del derecho romano. La justicia distributiva es conocida en la actualidad como justicia social. Interrelaciona facetas económicas, políticas y éticas. Admite diversas concepciones. Compiten planteos liberales que subrayan los derechos a la libertad social y económica, teorías individualistas igualitarias que enfatizan igual acceso a los bienes primarios y doctrinas utilitaristas que destacan el uso mixto de los criterios⁵⁸.

El ser humano es un individuo, sujeto concreto de una naturaleza o esencia, y según la metafísica clásica un sí mismo particular a quien corresponde una situación espacio-temporal propia y exclusiva. Tomás de Aquino considera que el individuo es lo que en sí no está dividido y que se distingue de todo lo demás. Solo existen los individuos y lo individual. Afirma el carácter moral y la responsabilidad de los actos en cuanto a persona libre. Lo universal y lo abstracto son objetos de la mente o del pensamiento. Para la lógica, el término individuo corresponde al sujeto de un enunciado

o proposición de quien no se afirma o predica nada y de quien todo puede afirmarse. Los sujetos son únicos; los predicados o propiedades pueden ser universales y estar o afirmarse de muchos. El concepto de sustancia singular implica para Leibniz el conocimiento, al menos para una mente divina, de todos los predicados que pueden atribuírsele. Con el paso del tiempo, la noción de individuo pierde carácter ontológico y se convierte en objeto de denotación o referencia, por ejemplo en la consideración ética. El individualismo es una actitud vital y teórica que tiende a destacar la importancia de la persona frente al grupo o la sociedad. El sujeto preexiste a cualquier forma de agrupación, por lo cual sus derechos constituyen el valor supremo ante las formas colectivas de organización social que crea y acepta. Si los constructos no preservan la integridad de cada uno de los miembros, pierden su sentido lógico y moral. La realidad desdice con frecuencia la presunción teórica.

La doctrina del *liberalismo* surge entre los siglos XVII y XVIII. Pretende limitar el absolutismo monárquico y religioso. Reune propuestas individualistas e ideas de John Locke con criterios iusnaturalistas, contractualistas y librecambistas. Admite la libertad individual como afirmación de la autonomía para seguir reglas racionales. Establece la igualdad de todos los hombres ante la ley. Defiende la necesidad de expresar la voluntad popular a través de elecciones encargadas de asignar los cargos. Plantea separar la Iglesia y el Estado e independizar a los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. Ampara los derechos y libertades del individuo. Concede a cada persona la posibilidad de elegir su camino hacia la felicidad y perseguir sus metas en el campo que fuere. No reemplaza la toma de decisiones en ninguna esfera del quehacer. Postura que las leyes del mercado y el libre comercio regulan de forma automática la cooperación entre los hombres y que el crecimiento económico resulta un beneficio secundario de las políticas por aplicar. Sugiere una mínima intervención del Estado en asuntos de producción y se opone al mercantilismo. Prima la utilidad de las decisiones del sujeto o del Gobierno para garantizar que los hombres puedan para buscar la felicidad y no para procurársela, de cuidarlas, a pesar de ellas. Corresponde al Estado velar por el cumplimiento de los derechos naturales a los que contempla desde la no maleficencia y constituyen de-

rechos negativos civiles y políticos absolutamente incoercibles que tienen carácter deontológico desde el nacimiento. Los hombres son dueños de hacer el bien pero no de hacer el mal pues "...al ser todos iguales e independientes no deben dañar a otro en su vida, libertad o posesiones", dice John Locke. La beneficencia y la igualdad deben considerarse como derechos positivos. Adam Smith considera que la no maleficencia y la justicia tienen carácter premoral: expresan un egoísmo racional y calculado que incluye pretensiones universales. Desde ellos, no es exigible la caridad. Coincide con John Stuart Mill respecto de que las libertades son principios relacionados con la autonomía y por tanto no negociables mientras que la libertad de mercado es una conveniencia esencialmente negociable. El *primum non nocere* se relaciona con la justicia. El *secundum beneficere* se refiere a la moralidad, que formula la beneficencia. La propuesta habilita el denominado dualismo principista-consecuencialista. La influencia del movimiento se hace evidente durante la Reforma Protestante y la Ilustración. El devenir histórico enfrenta al liberalismo con otras posturas. El marxismo critica aspectos económicos e ideológicos. Considera que confunde la defensa de la igualdad como ideal con la declaración de la igualdad de hecho, que perpetúa los privilegios de la clase dominante. Las leyes de mercado, hipotéticamente objetivas y justas, desamparan a los desposeídos. Herbert Spencer sostiene que el ser humano, producto más perfecto de la evolución biológica, cultural y espiritual, está organizado en sociedades cuya evolución superorgánica conduce necesariamente al individualismo, cualidad moral que la intervención del Estado puede perturbar. Aboga por dejar la sociedad a la espontaneidad que rige su evolución. Presume que el individualismo, hallará el equilibrio entre egoísmo y altruismo haciendo coincidir la satisfacción del individuo con el bienestar de los demás.

A partir de las discusiones suscitadas entre racionalistas, partidarios de la razón exclusiva y románticos, inclinados hacia el puro espíritu, nace el movimiento utilitarista. Reconoce antecedentes firmes en el pensamiento epicúreo. En el siglo XVI, David Hume enfatizó el valor de la utilidad y expresó que "ningún filósofo podrá jamás llevarnos detrás de las experiencias cotidianas o darnos reglas de conducta distintas a las que elaboremos meditando sobre la vida diaria". Adam Smith con-

sideró que la marcha del Universo concierne a Dios y que la tarea del hombre tiene que ver con lo que lo rodea: "un departamento más humilde". Afirmó el valor de los sentimientos respecto de las acciones y propuso los criterios de placer inminente y distante. En el siglo XVIII Jeremías Bentham se opone al derecho natural como sinsentido retórico. Planta las bases del utilitarismo estricto. Utilidad, placer y felicidad se consideran sinónimos del bien común y éste consta en la consecución del máximo de felicidad para el mayor número de ciudadanos. Valora las acciones humanas según las consecuencias que producen y propone distribuir la felicidad de manera equitativa. No cuentan la virtud, la excelencia ni los sentimientos subjetivos que sólo toman en cuenta las ventajas y desventajas derivadas de la satisfacción o de la insatisfacción lograda. Las consecuencias de las acciones devienen el supremo criterio moral. La meta es lograr resultados y el cabe la calificación de propuesta teleológica, consecuencialista o finalista; como prioriza el placer o la felicidad, también resulta una postura hedonista. La ética social depende de la visión del sujeto o grupo de sujetos, cuya aritmética del bienestar mide cada placer como balance "neto" del grupo. La suma de voluntades define la verdad en cuanto a la felicidad en el plano social y destaca a la democracia como método más idóneo para lograrla. La concepción del derecho y del buen gobierno, la justicia privada y la pública se ajustan a estos principios. Se inscribe en lo que Weber denominó *ética de la responsabilidad*: importa qué ocurrirá en el mundo como consecuencia de la decisión tomada. En el siglo XIX, James Mill y John Stuart Mill admiten utilidades más complejas, distinguen cantidad y calidad de bienestar y dan lugar al utilitarismo ideal. El individuo es plenamente responsable de los criterios que utiliza para sus decisiones y el cálculo de la felicidad es unitario: vale uno y nada más que uno. Cuestionan si el placer puede ser un criterio moral. Consideran que para el sujeto sensible es más placentero obrar bien que obrar mal y toma decisiones que con mayor probabilidad interesan a la posteridad. La justicia es el respeto por los derechos morales, naturales del hombre. La libertad no económica es sagrada por provenir de un principio. La libertad económica resulta de una conveniencia derivada de la eficacia del mercado y pertenece a otra categoría: Reconocen jerarquías diferentes para los deberes éticos. Los de obligación

perfecta generan derechos correlativos en las personas e incluyen a la no maleficencia y la justicia. Los de obligación imperfecta comprenden a la beneficencia y a la caridad que asocian con la autonomía aunque no establecen el cuándo ni el cómo. El utilitarismo busca lograr la felicidad del mayor número de personas y ésta se torna en asunto de Estado. Los criterios difieren al considerarlo como facultad para perseguirla u opción para lograrla. Cuando el bienestar personal se prioriza, pueden aparecer conflictos entre utilidades personales y beneficios comunitarios. Aparecen controversias entre lo que se da y lo que se quita. Se enfrentan interés y deber bajo la apariencia de individualismo vs. altruismo y la pretensión de máxima libertad en algún campo requiere controlar o restringir otros. Se establecen principios inconculcables como la libertad de pensamiento y expresión y se admiten recortes en los derechos económicos. Ninguna regla puede anticipar la diversidad de las situaciones que brotan de la realidad y en el fondo de cada situación acecha un dilema ético. Para Henry Sidgwick, el utilitarismo se funda en el respeto de un principio y no en la búsqueda de una consecuencia moral amplia la noción de felicidad. Rescata la racionalidad en cuanto a búsqueda inteligente del placer individual auténtico que corresponde a los estados placenteros de la conciencia. Diferencias entre el placer que brinda un logro y el que ofrece su búsqueda. Distingue una razón práctica relacionada con el interés y otra asociada con el deber. La concepción de placer se superpone con el "placer distante" de Hume y suele coincidir con el bien común y este con la felicidad comunitaria. El sentido común asigna a la doctrina moral su mayor peso. Coincide con JS Mill en el cálculo individualista y unitario y confirma la igualdad de las consideraciones respecto del principio de utilidad. El cálculo de la felicidad se refiere a individuos concretos y no a comunidades o nociones abstractas como el interés nacional o la soberanía. El cálculo utilitarista plantea como problema ético la resolución de dilemas que derivan de cuestionar si lo que un sujeto debe hacer brinda felicidad o no y en tal caso por qué debe hacerlo. Comenzado el siglo XX, William James, propone la idea de que para que una creencia sea verdadera basta con que sea "útil". Para Herbert Spencer que el utilitarismo supone el igual derecho de todos a la *felicidad* como *principio anterior* al de la utilidad, lo emparenta con la

democracia y garantiza la razonabilidad del cálculo unitario.

El proceder utilitario admite varios estilos. El *utilitarismo de la regla*, se sintetiza en la expresión "obra siempre según el principio de la mayor felicidad para el mayor número". Se interpreta con el mismo criterio que el principio formal de moralidad de Kant y se acerca a la ética deontológica. El *utilitarismo de la acción* sostiene que puede ser moral la acción concreta que logre mayor felicidad para un mayor número, aun cuando contradiga alguna otra regla. Las acciones morales que buscan generar consecuencias deseables son buenas para ambas. "El *utilitarismo de las preferencias*, incluye las preferencias de los implicados en la consideración del cálculo felicífico o del bienestar y respetar más o menos derechos, aún el declamado y poco definido bien común. La búsqueda de la felicidad expresa un deseo constante del hombre. Los sistemas morales y políticos se diferencian en la medida en establecer que todos tienen el derecho a la felicidad o que todos tienen el derecho a perseguirla.

La *economía* es la ciencia que estudia el conjunto de actividades en lo que se refiere a la producción y al consumo de riquezas. Reconoce raíces políticas previas al contrato social. Persigue la optimización del rendimiento y lo relaciona con criterios que cuantifican y calculan beneficios para fundar las decisiones. Su primer principio establece que todo agente actúa sólo por interés propio, para provecho o ventaja de sí mismo. El concepto es fundamental para el utilitarismo y sustantivo para el planteo de la economía de mercado. Aristóteles efectúa la distinción tradicional entre el "amor propio" egoísta y de connotaciones negativas y el "amor a uno mismo" equivalente a interés propio, determinante de sentido positivo aceptado entre otros, por Kant y Rousseau. La versión social, estudia las leyes que rigen la sociedad y sus intereses y estima las ventajas y desventajas que provienen de la satisfacción o insatisfacción del bienestar y no contempla los sentimientos subjetivos. El capítulo político se ocupa de la producción, repartición y consumo de riquezas.

La fusión del ideario liberal con el concepto utilitarista supeditó y rige hasta hoy la moral anglosajona.

Admite principios como el derecho de propiedad y la autonomía de los contratos y propone libertades económicas cuyo respeto brinda felicidad

al mayor número de personas. Ha tenido gran importancia en la concepción del hombre y del mundo de la modernidad y entre otras consecuencias determinó el nacimiento de los estados democráticos. La Primera Guerra Mundial, la revolución bolchevique y la crisis del sistema bursátil de 1930 dieron cabida al intervencionismo estatal propuesto por J.M. Keynes que busca de corregir las desigualdades económicas. Las mejoras de la macroeconomía llevan a plantear un Estado de Bienestar. Veinte años después Albert von Hayek propone retornar a un liberalismo más radical, denominado neoliberalismo, que reúne expresiones del utilitarismo liberal a veces extremas. En el terreno político defiende un Estado limitado que ha de responder a las exigencias que dicta "la mano invisible" del mercado y prima la libertad sobre la igualdad, lo individual sobre lo colectivo. La propuesta gana peso con la globalización y el aumento de influencia de los capitales transnacionales.

Los conceptos de libertad, voluntad, razón y felicidad son factores comunes: las concepciones actuales combinan posturas variables sobre derecho, ley y justicia.

La **libertad**, considerada en general como la capacidad de actuar sin coacción y de acuerdo con la propia decisión aparece como factor. La noción se relaciona de manera íntima con la interpretación individual y grupal de la realidad y de lo metafísico. En el mundo arcaico primó la visión teológica y todo respondía a decisiones divinas establecidas según la ley natural que constituía el *Ordo Factus*. El hombre ocupaba el lugar de observador pasivo e interpretaba los hechos de acuerdo con las creencias religiosas. La emergencia del logos griego puso la simiente del concepto de autonomía. Habilitó el concepto del *Ordo Faciendus* y de libertad, que Platón consideró la justa medida. En la República incluyó el relato del mito de Er. Las almas, antes de reencarnarse eligen el modelo de vida al cual permanecerán ligadas. La mayoría decide según los hábitos de vida precedentes por lo cual el rango de opciones es objetivamente restringido para cada uno. Da lugar a una libertad finita, a pesar de lo cual, "...cada uno es autor de su elección y ...la divinidad está fuera de discusión". Para Aristóteles, el hombre es el único ser que capta la naturaleza y la forma abstracta y conceptual de las cosas. Dice en *Ética* a Nicómaco, "...el hombre es principio y padre de sus actos, tanto como de sus hijos. En las cosas

en las que el obrar depende de él, puede decir que no y también puede decir que sí. Depende de cada uno ejecutar una acción infame o realizar un acto bello". Requiere como condición necesaria, la voluntad libre. Establece el libre albedrío como libertad de indiferencia, tanto negativa cuando no existe coacción, cuanto positiva cuando elige actuar o incluso no intervenir. La racionalidad teórica desarrolla las potencialidades del alma con las que desea el bien y se expresa en el terreno de la racionalidad práctica a través de la conducta moral. Las virtudes promueven acciones que parecen eficientes para alcanzar el fin de la vida humana: la felicidad. El concepto de libre albedrío se abandonó durante siglos. La libertad como ausencia de restricciones o límites admite visiones que comparten como núcleo conceptual la autodeterminación dentro de condiciones más o menos acotadas. Destacan dos posiciones. Una considera que la libertad del hombre corresponde a algo exterior y es una cuestión social más amplia. La otra, estima como libertad de la voluntad a algo metafísico, interior a la persona humana. La autonomía comprende la libertad mas profunda del hombre, a través de la cual considera lo que percibe, lo que siente, lo que desea y lo que sueña, de acuerdo con valores propios e intransferibles. La concepción de la vida y la conciencia del bien y del mal, éticas por excelencia dependen de la autonomía. Allí, finca la libertad de voluntad, donde el hombre es causal de sí mismo.

El cristianismo acepta la libre decisión que importa la conversión del creyente. La Escolástica justifica la capacidad de indiferencia interna. Tomás de Aquino admite a Dios como causa primera y la libertad, dictamen libre de la razón, otorga al hombre el libre albedrío que permite decidir su obrar. Para Descartes, la libertad es expresión de la voluntad guiada por el entendimiento y es más libre cuanto más responde a éste. Hobbes identifica la voluntad con el apetito: Se puede hacer o no hacer lo que se quiere, pero no se puede dejar de querer lo que se quiere, afirma que existe libertad en el hacer y no en el querer. Nace la libertad del súbdito y a partir de este momento, todas las posturas imbrican el concepto de libertad con el de necesidad. Locke y Hume conciben la libertad como poder de obrar o de no obrar según la propia voluntad. Para Kant, la libertad es facultad intelectual o nouménica que consiste en la voluntad de toda independiente ley que no sea la ley moral. Com-

prende la independencia del hombre respecto de la causalidad natural y también la autonomía de la voluntad para ser su propia causalidad y legislar la propia moral. Los románticos insisten en que lo Absoluto influye sobre la razón y predetermina la libertad. Hegel considera que el individuo interpreta la libertad abstracta y responde con la libertad concreta a la exigencia o posibilidad que ofrece el Estado, realidad objetiva y positiva. El concepto de libre albedrío se basa en la imprevisibilidad de los hechos humanos, considerados "futuros contingentes" y en la autocausalidad de la voluntad. Al decir de Bergson, ésta crea o destruye motivos y les confiere fuerza determinante. Según Sartre, el hombre está condenado a ser libre y la libertad expresa la elección que hace de su ser y del mundo. Para Heidegger, libertad es trascendencia y proyección finita del hombre, condicionada y limitada por el mundo en que se desempeña. Karl Jaspers reconoce como sujeto de la libertad sólo al ser, la sustancia o el mundo: la libertad no es una elección con opciones abiertas sino una posibilidad, una situación finita en cuanto motivada o condicionada. Ningún principio puede cubrir toda la realidad, asegura Max Weber.

La libertad es una cuestión que la tradición denomina ontológica. Se refiere a la posibilidad humana de ser libre. Una acción puede ser libre, aunque esté causada por motivaciones, impulsos o circunstancias, siempre y cuando ninguna actúe como coacción interna y predetermine necesariamente el curso de acción. Admite diversas concepciones desde el desarrollo abstracto del espíritu libre, pasando por el producto o resultado de la transformación de las estructuras económicas de la sociedad hasta la proclamación y defensa de los derechos del hombre y del ciudadano. Las libertades no son acciones concretas sino clases de acciones, derechos de hacer que dependen de los límites y condiciones en los cuales se elige.

Se reconocen diversas categorías de libertad. La libertad *sociológica* se correspondía en la antigüedad con la condición de no ser esclavo. La libertad *psicológica* es la capacidad que posee el individuo, de no sentirse obligado a actuar a instancias de la motivación más fuerte. La libertad *moral* es la capacidad para actuar de acuerdo con la razón y los valores morales propios. Ambas sintetizan la *libertad de la voluntad* como facultad de autodeterminarse, escoger el motivo por el que se decide obrar o no obra. Remite al derecho moral

y corresponde (que la tradición llama *libre albedrío*, *libertad de elección* o *libertad de decisión*) a lo, de no ser coaccionados en su acción. El ámbito polisocial, aceptan dos conceptos versiones. La *libertad negativa* o interpersonal es la que sustenta quien actúa sin coacción o impedimentos. *Libertad positiva* o *intrapersonal* es la que goza aquél, que consciente de la autonomía que lo hace dueño de sí mismo, le posibilita plantear y lograr los objetivos que desea. La libertad como concepto y las libertades como aplicación a distintas esferas del hacer, se admiten con arreglo a criterios contractuales, igualdad social, o bienestar colectivos⁷² y acuerdan con pactos locales y epocales propios de cada imaginario⁶⁹.

La visión más utilizada establece la libertad como derecho moral. Necesariamente los derechos se tienen respecto de otra persona y por la misma razón que "deber" implica "poder"⁷¹, se acepta que sólo responsable moral de sus actos el hombre libre, consciente de que actúa según propia decisión y libre de coacción. Discernimiento, intención y libertad, sinónimos de aptitud, voluntad y autonomía, obligan a quien los detente a responder por las consecuencias de sus hechos ante la propia conciencia y frente a la sociedad. El canon que debiera guiar la conciencia moral sigue en discusión y admite para cada contrato social diversas hermenéuticas. La autonomía es afín a la concepción psicológica de voluntad.

La **voluntad** es la capacidad de determinarse uno mismo de acuerdo con la razón o simplemente con el querer orientado a la acción. Requiere de libertad. Para Aristóteles somete lo sensitivo e irascible a lo racional y se emparenta con la ética en cuanto virtud. Descartes considera que cuanto más libre es la voluntad, más sometida al entendimiento se encuentra. Kant identifica la voluntad con la razón práctica y la transforma en el yo trascendental. El objetivo es desarrollar una voluntad buena que si algo podemos llamar bueno es la buena voluntad, dice: obedece al orden moral y aporta el conocimiento al que no puede acceder la razón teórica. Fija la máxima a la cual ajusta los comportamientos de acuerdo con la libertad que establece la razón por encima de las inclinaciones. Lo absolutamente bueno o malo es el acto de querer, al margen de las consecuencias. Independiente y dueño de sus actos, el hombre se obliga ante sí mismo y descubre su propio valor, su dignidad. La armonía interior corresponde a la virtud y es

justicia cuando se traduce en respeto a los otros seres dotados de igual dignidad. Para la psicología en general, la voluntad es la capacidad humana de determinarse a obrar por razones y motivaciones internas. El concepto de voluntad es discutido por distintas corrientes filósofos y psicólogos. En opinión de Skinner voluntad, voluntariedad y libertad son fenómenos dependientes de condicionamientos operantes; no hay más voluntad que las voliciones.

Aristóteles concibe el alma como asiento de pasiones, facultades y disposiciones. Las pasiones son todas las expresiones que se acompañan de placer o de dolor. Las facultades consisten en las capacidades para sentir las pasiones. Las disposiciones coinciden con los estados de ánimo que sitúan en un estado bueno o malo respecto de las pasiones. El exceso y el defecto denuncian el vicio. El objeto del apetito que guía la acción es el bien aparente, cuestión interpretativa y selectiva, asunto de una conciencia intencional que evalúa y elige a partir de la integración holística de creencias, educación y comunidad en que se actúa. Sugiere establecer primero la función del hombre y luego explorar la vida en el sentido de la actividad" y dice "...cosa clara es que el fin del hombre sea el mismo bien y lo más perfecto, ... que para un particular es asimismo el bien para una república. Nadie es bueno por naturaleza. La bondad requiere el dominio racional de las pasiones e impulsos apetitivos e irascibles constituido por las virtudes. Las virtudes son propias del ser humano. Gracias a ellas el hombre se hace bueno y ejecuta bien su función. Se realizan cuando el sujeto decide con libertad, tiene voluntad de hacerlo y cuenta con razones que justifican la decisión. La reiteración crea hábitos que conducen a obrar bien y a hacer lo que es moralmente bueno. La vida es actividad, movimiento y cambio, tránsito entre una potencia, aquello que el sustrato puede ser, y un acto que define lo que es. Las acciones lo son de casos particulares y toda virtud, es la virtud de alguien. Los hechos se admiten insertos dentro de un momento y un tiempo específicos: gozan de particularidad a la vez que de objetividad. Lo correcto, lo bueno y lo virtuoso dependen de manera sustantiva de la percepción individual de lo particular dentro de contextos limitados y reúne subjetividad y objetividad. El individuo gana la condición de sujeto de decisión y protagoniza su responsabilidad.

Libertad y voluntad definen virtudes a la vera de la participación necesaria de la razón. La razón es una característica exclusiva del hombre que para Aristóteles es un animal social y político, dotado de lenguaje y capaz de dar razón de las cosas. Los escolásticos distinguen la razón del entendimiento e intentan armonizar la fe y la razón. Descartes la identifica con el pensar y la capacidad de penetrar en la esencia oculta de las cosas, aún la del propio sujeto pensante. Para Kant la razón es la facultad que permite al sujeto conocer con independencia de la experiencia. La posibilidad de juzgar depende de la relación entre el entendimiento y la razón. La razón teórica o especulativa indaga a partir de un conocimiento científico cómo son las cosas que se observan en el ámbito sensible y se refiere a lo que "es". La razón práctica, explora a través de la voluntad cómo han de ser las cosas y se ocupa de las condiciones de posibilidad de lo que "debe ser". Las ideas trascendentales de la razón práctica son la libertad, la inmortalidad y la existencia de Dios. La propuesta kantiana resultó sustantiva para el pensamiento occidental. Acepta que un *razonamiento* moral es un proceso de reflexión ante una situación concreta donde el sujeto juzga un hecho particular a partir de un principio universal y concluye que está moralmente obligado a hacer o a no hacer algo. Lo traduce en la afirmación "debo (o no debo) hacer yo". El *argumento* moral es una inferencia que justifica y expone razones sobre las cuales enuncia lo que "es bueno". La *conciencia* moral es la norma subjetiva última e inmediata de la moralidad derivada de convicciones personales que culmina con el juicio sobre la bondad o la maldad de las acciones. El *criterio* moral está constituido por el acuerdo entre las normas objetivas y las subjetivas respecto de una acción concreta en particular. Incluye la conciencia antecedente que precede a la decisión y la conciencia consecuente que consiste reflexiona o juzga sobre lo actuado. Se suceden propuestas que entienden que la razón se construye sobre la ciencia y otras que integran lo "irracional". El marxismo recurre a la razón dialéctica para comprender las contradicciones de la realidad y con ellas la marcha y el sentido de la historia y la sociedad. El existencialismo atribuye valor primordial a la vivencia de la propia existencia de la conciencia.

Según Aristóteles, lo que todos los hombres desean parece ser la felicidad y la práctica habitual

de las virtudes éticas, hace al hombre moral y lo dispone para alcanzarla. La ética no es sino el cumplimiento del fin del hombre. Los conceptos de bienestar, buena relación con la vida o buena calidad de vida se sintetizan en la eudaimonia, estado deseable producto del alma poseída por un demonio bueno. La cultura forma y transforma la experiencia del deseo. El cristianismo absorbe el concepto de las virtudes y concede a la vida carácter sagrado en cuanto legado divino. Este mundo es el lugar de tránsito hacia la meta definitiva ubicada en el otro mundo. La prudencia, la fortaleza, la templanza y la justicia, denominadas principales por Platón y morales por Aristóteles se corresponden con las virtudes cardinales de San Ambrosio. La fe, la esperanza y la caridad, virtudes que tienen por objeto a Dios se denominan teologales. Todas coparticipan de la felicidad de la vida actual y futura.

El deseo como tendencia consciente hacia un objeto conocido como bueno forma parte de la realidad humana. Expresa una inquietud permanente del alma humana sobre la que ha de dominar la racionalidad. Platón plantea una jerarquía ascendente que recorre desde el deseo al sentimiento y alcanza a la razón que ha de moderar los deseos a través de la templanza. Aristóteles acepta que la mente cuenta con una porción desiderativa donde se ubican los apetitos. La mayor parte de la tradición occidental acepta la relación entre las tendencias y la razón humanas. Para Spinoza, el deseo es el esfuerzo de alma y del cuerpo por perseverar en el propio ser y por vivir con felicidad. John Stuart Mill asegura que lo que la gente realmente desea es la felicidad⁷². Algo es una meta moral no solo en virtud de que estamos comprometidos de facto con ella sino porque demanda, llama o requiere este compromiso...

Kant considera que desear es una capacidad propia del ámbito del obrar que comparte aspectos con la voluntad, y resulta en "facultad de ser, por medio de sus representaciones".

La *felicidad* admite interpretaciones variables. Acepta al término bienestar como sinónimo funcional y condice con el estado de ánimo de sentirse bien. No es un concepto intelectual objetivo sino la percepción individual de un estado positivo en el que prima el equilibrio de valores y actitudes mentales. Excede lo físico y acompaña a la sensación de plenitud que brinda la conciencia de buen funcionamiento psíquico y somático. Difiere

en cada persona y momento de la vida y no se refiere a cosas o hechos puntuales. Se corresponde con una aspiración o ideal individual que sólo puede concretarse en un determinado contexto histórico, social y personal⁷³. Según Boecio es el sumo bien, que abarca dentro de sí todos los bienes... cifra y causa de todo lo que se desea. Kant asegura que es el estar contento con la propia existencia. Exige una visión evolutiva que permite balance y memoria satisfactorias de los deseos proyectados y los aspectos logrados en cada período vital⁷⁴. En el campo emocional, implica estar en paz respecto del sentido cognitivo y afectivo de la propia vida según factores. Comprende la satisfacción de creencias personales, espirituales y religiosas, la sensación de libertad de decisión, autoestima y comunicación con el entorno y la disposición para enfrentar con entusiasmo los desafíos que la realidad plantea. Predispone a desarrollar los quehaceres requeridos y hacerse cargo de las responsabilidades atinentes. Desde el punto de vista material, exige contar con lo que se considera necesario para llevar a cabo las labores y satisfacer los proyectos personales. La realidad humana está contenida en tres dimensiones inseparables: el pasado, el presente y el futuro. Es imposible absolutizar uno de ellos⁷⁵. No cabe plantear la felicidad ni la vida moral en presente continuo: requieren recordar el pasado, reconocer y analizar el presente y forjar desde hoy el futuro que ya está llegando. La sensación de salud es un complemento necesario para la felicidad. La definición de salud de la OMS lo reconoce al considerarla "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad". La definición, constituye una declaración de principios que establece límites y fija metas. Estas resultan coincidentes con las de la felicidad.

Libertad, voluntad y razón son condiciones exigibles para lograr virtudes que buscan lograr la felicidad o el bienestar individuales. El valor atribuido a cada una de estas condiciones y su relación con valores comunitarios, las categoriza según escalas axiológicas societarias; a éstas se han de ajustar las visiones del derecho, la ley y la justicia. La armonía entre preferencias, deseos, valores personales y comunitarios da lugar a planteos que definen, a grandes rasgos una vida de buena calidad. Compatible con el bienestar y la felicidad individuales. Existen diversas ópticas. El *principista*

obra según lo que Max Weber llamó *ética de la convicción*. Coincide con la postura kantiana para la cual la vida moral no acepta como criterio supremo valores externos a la misma y es justicia cuando se traduce en respeto a los demás seres dotados de igual dignidad. La *ética de la responsabilidad* responde a la medida de las consecuencias de las acciones efectuadas. El valor de los derechos naturales, que hoy incluyen a los derechos humanos disputa su primacía con la utilidad económica. El consecuencialismo utilitario asociado con algunos principios liberales, origina posturas dualistas teleológico-principistas que ofrece interpretaciones diversas según se apliquen teorías idealistas o relativistas. Los *idealistas*, abstraen las particularidades de las personas. Conciben una justicia ciega que se refiere a individuos abstractos y no especifican la naturaleza de la agencia humana, la razón; ni la vida individual. Priorizan los derechos negativos. Proclaman los derechos humanos y contemplan la soberanía, la independencia y las fronteras de los estados. Limitan las discusiones referidas a la justicia distributiva internacional y aceptan sólo razones de beneficiencia para ayudar a los países y grupos más débiles. Los *relativistas*, reconocen la diferencia y variedad de los seres humanos. Basan sus principios en discursos y tradiciones de comunidades reales. Exigen de los Estados responder a las demandas de la justicia. La definición de la esfera pública presupone el límite de la supuesta esfera privada, propia de la pluralidad de seres potencialmente interactuantes que comparten el mundo en que conviven. Las teorías idealistas no critican los privilegios establecidos y los idealistas no critican los privilegios establecidos.

Entre las opiniones de mayor peso sobre el tema, destacan John Rawls, Robert Nozick, Ronald Dworkin, Hart y Derek Parfit.

John Rawls⁷⁶ propone superar los inconvenientes del utilitarismo apoyado en doctrinas contractualistas e influencias kantianas. Propone un modelo teórico que deriva de una hipotética reunión de individuos con el fin de establecer las normas de justicia que los regirán. Supone que todos intentarían asegurarse la situación menos adversa posible y establecerán como bienes sociales primarios las bases de respeto mutuo, la libertad, la igualdad de oportunidades, la renta y la riqueza. La ausencia de objetivos e ideales personales preconcebidos y la ignorancia sobre el rol que pueda

tocar a cada uno desempeñar en el futuro. Constituyen garantías de imparcialidad. Los principios éticos se establecen por libre acuerdo. Considera que aparecerán dos reglas capitales. 1. El principio de igualdad asegurará a cada uno el máximo de libertades básicas (conciencia, expresión, pensamiento...) y oportunidades semejantes para acceder a cargos y funciones. 2. El principio de diferencia, obligará a brindar el mayor beneficio a los menos aventajados. Justifica la desigualdad sólo cuando resulta provechosa para todos. El principio de igualdad se hace sinónimo de libertad y autonomía; es absoluto y no negociable y sólo puede limitarse en nombre de la propia libertad. Coincide con John Stuart Mill cuando expresa que "El único fin por el que se permite a la humanidad interferir en la libertad de acción de alguien, individual o colectivamente, es la autoprotección... evitar un daño a los demás. Su propio bien físico o moral, no es razón suficiente. Estrictamente, no se le puede obligar a hacer o soportar algo porque será mejor para él, porque será más feliz o porque según opiniones de otros, sería conveniente o incluso correcto hacerlo así". La concepción de la autonomía como derecho, la hace inexpugnable aún para el consecuencialismo y se acerca a los derechos naturales no económicos de otros autores. Un ser humano es libre cuando tiene capacidad para reconocer el rango de opciones que se le ofrece, elige según sus propios objetivos y se sabe responsable de la decisión. La igualdad de oportunidades plantea la posibilidad de una política social con patrones de distribución justos. Las relaciones morales decentes hacen que la libertad aparezca como consecuencia de la justicia y ésta se constituye en la estructura básica de la sociedad. La equidad o imparcialidad conducen a una justicia distributiva adecuada, superadora del utilitarismo clásico. El principio de diferencia, define la posibilidad de aprovechar los derechos y oportunidades propias. Insiste en las características individuales de las personas que los hace únicos, diferentes e incomparables. Formula la competencia entre igualdad y desigualdad en atención a las consecuencias favorables o desfavorables que puedan tener, según cálculos consecuencialistas. Dice "...el esfuerzo que una persona esté dispuesta a hacer se halla influido por sus habilidades y destrezas y por las alternativas que se le abran. Es más probable que los mejor dotados,... se esfuerzen conscientemente y no parece existir una

forma de descontar su buena fortuna". Considera que el utilitarismo efectúa cálculos de utilidad o felicidad grupal como si la felicidad de los sujetos pudiera compararse con un sistema de vasos comunicantes. Elabora un dualismo complejo y reconoce la existencia del placer distante. Se critican sus disarmonías cuando se aplica al mundo real. La libertad de los carentes puede estar comprometida por la escasez de oportunidades esenciales. La miseria física o intelectual, la ignorancia, la falta de imaginación y de respeto propios o la falta de trabajo acotan la posibilidad para formular conceptos sobre el bien. Dworkin, señala la abstracción del concepto de igualdad que equaliza factores diversos bajo el criterio de no maleficencia y no contempla la beneficencia. Hart halla contradicciones cuando se conceden poderes al Estado para restringir las libertades con el fin de limitar la desigualdad. Derek Parfit resalta la falta del bienestar entre los bienes primarios no considerados⁷⁷.

Robert Nozick⁷⁸ estima que la vida humana es un principio, tiene valor intrínseco y como tal no se lo puede demostrar. Lo infinito es un misterio ineficaz si no se encarna. Son sustantivos el valor y la dignidad de las personas. Cada una es un fin en único e incomparable en sí mismo. Afirma "...que tú existas hace la diferencia" pues aporta "átomos de valor" a la existencia en común. Debe gozar de libertad interior para concebir y planificar su vida, elegir o elegirse como protagonista según valores personales. Atribuye trascendencia decisiva a la autonomía, al autorrespeto y a la responsabilidad. La libertad de elección fundamenta la justicia y justo es lo que se obtiene mediante conductas legítimas. La felicidad es un asunto personal que comprende la posibilidad de procurarla y la posibilidad de cristalizarla, aún cuando pueda provocar daño al sujeto. Este derecho no es negociable y no admite moral colectiva que lo vulnere. Los individuos son inviolables y los derechos de los demás establecen "límites colaterales" para las acciones propias. Propone un "Estado Mínimo", cuyo único objetivo es proteger los derechos de los individuos. Considera ilegítimo subordinar la libertad individual a criterios consecuencialistas. Considera que sólo la no-maleficencia es obligación perfecta o de justicia. Aquí, incluye el respeto de los límites colaterales cuya transgresión estima maleficente. La beneficencia resulta obligación moral o imperfecta dependiente del arbitrio de los individuos y grupos sociales. Considera inmoral el

concepto de beneficencia estatal y al igual que Rawls coinciden cuando no justifica la transgresión de derechos individuales para satisfacer el beneficio general. Establece como canon de la decisión ética la relación entre los valores "míos y tuyos". Propone a cada uno comportarse a la altura de lo que vale, siguiendo la pulsión ética que empuja hacia lo más elevado. Exige de todos tratar a los semejantes de acuerdo con lo que valen, según el reclamo del propio valer. La búsqueda de la excelencia se logra con otros, pese a otros e incluso contra otros que sustentan disvalores, aunque se logre menos felicidad. Plantea disyuntivas entre la utilidad económica y el valor propio del sujeto. La perspectiva de la vida como "valor" lo diferencia del utilitarismo⁷⁹.

Ronald Dworkin^{80, 81}, considera que todos los sujetos tienen igual derecho a la consideración y al respeto. La oferta del liberalismo económico le resulta inadecuada desde el imperativo kantiano. La cuenta utilitarista que hace que las minorías desamparadas sufran las propuestas desmerecedoras del "bien común" que posterga el bienestar de algunos hoy por el de otros (o los mismos) mañana, le resulta injusta. En el mejor de los casos, no evita postergaciones indebidas para millones de personas. Interpreta los derechos humanos a partir de la igualdad y no de la utilidad. Da por sentado que el gobierno de la mayoría debe socorrer a los menos favorecidos. La asignación de recursos se ha de adecuar a las necesidades, a menos que la desigualdad provenga de méritos o deméritos particulares. La equivalencia interindividual obliga a todos por igual a compensar a quienes sufren desventajas derivadas de causas ajenas a su voluntad y exige recursos destinados al alimento, vivienda, educación o atención médica. Incluye a la no maleficencia en el imperativo categórico más allá de la aceptación como derecho humano negativo, propio de la versión liberal. Cuidar y respetar puede plantear situaciones que responden a un dualismo conceptual. El cuidado corresponde al área de los cálculos utilitaristas. El respeto, se relaciona con los principios y los derechos propios de los liberales. Considera que corresponde al Estado respetar la libertad de todos y no interferir en las decisiones de ninguno como derechos negativos o inacciones específicas. Exige acciones específicas en respuesta a los derechos positivos. Propone un mundo más igualitario que el del utilitarismo clásico y sugiere aplicar este principio incluso en la hermenéutica jurídica.

Lewis Hart⁸² considera que los derechos no económicos son naturales, absolutos, no negociables e insubordinables a las consecuencias de los utilitaristas. Propone utilizar este cálculo sólo para la esfera económica. Se alinea Mill y coincide con Locke e incluye entre ellos a la libertad religiosa, de pensamiento o expresión que no debieran ser sometidos al eventual capricho mayoritario.

Para Derek Parfit⁸³, "la persona" no es más que una metáfora que representa una suma de procesos corporales y mentales a los que "se unifican" como si "detrás" de ellos hubiese una sustancia que los sustenta. Los procesos son comparables sin que sea pertinente a quién pertenecen. Considera al utilitarismo como un "hedonismo preferente" y así responde a las objeciones que efectúan Rawls y Nozick.

No habitamos un mundo ideal. Los individuos son más o menos ignorantes, inseguros y faltos de confianza o de medios para oponerse al status quo. Los Estados no son en realidad soberanos, las potencias tienen poderes limitados y estos dependen de las opiniones y acciones de los individuos que los constituyen. La política debiera planificar acciones basadas en la razón práctica que posibilitara las condiciones básicas necesarias para que cada uno de sus miembros fuera capaz de lograr el mayor bienestar posible. Los más vulnerables, débiles y dependientes requieren el máximo interés de la justicia. El campo adecuado para una política de desarrollo es el aumento del estándar de vida de todos los ciudadanos. Debería contemplar la posibilidad de lograr el bienestar, constituido por la satisfacción personal en lo privado y el bien común en lo público. La realidad certifica la incontinencia de los sistemas y dentro del marco establecido no halla lugar para sujetos o grupos que quedan marginados: son excluidos del conjunto e "invisibles" para la sociedad. Lo legítimo, exige condición necesaria para serlo, la correspondencia con las escalas axiológicas suscriptas por cada contrato social. La universalidad, diferente de la uniformidad, exige incorporar matices a través de las cuales se pueden establecer e interpretar las normas formales con criterios sensibles y humanizados.

Es evidente que las diferencias no han sido conciliadas. Coinciden en referir las propuestas a seres vivos o a fenómenos vitales y en abandonar el entusiasmo trascendente para adoptar posturas immanentes que endiosan la vida. Nozick es el

único que intenta un sistema unitario en torno del valor y el sentido que atribuye a la vida. Pero...
¿Qué es la vida?

Aún no se ha podido determinar con certeza. Todas las definiciones resultan tautológicas, absolutamente autoexplicativas. Se sintetizan en la que expresa que "vida es el estado propio de todo organismo vivo que aún no ha muerto". La muerte es su contraparte especular, también autorreferente. La vida admite variedades según la óptica que se utilice para considerarla. Se corresponde con el espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte. Según la visión biológica, expresa el equilibrio orgánico que concurre al desarrollo y la conservación del sujeto. Son características comunes a todo "ser vivo" el nacimiento, crecimiento, nutrición y asimilación de la energía externa, la reproducción, la evolución y la capacidad de adaptación al medio, la homeostasis, la sensibilidad, diversas formas de taxis y en algunos casos, la autonomía motriz. Para Jacques Monod la vida es condición propia de los objetos dotados de proyecto y caracterizados por la teleonomía, capacidad de adaptación evolutiva, morfogénesis autónoma e invariancia reproductiva. Los códigos genéticos determinan diferencias entre las especies. Ningún experimento logró hasta hoy dar vida a sustancias inorgánicas u orgánicas desorganizadas y ninguna particularidad en conjunto o por separado resulta suficiente para definir el fenómeno vital. La vida sólo puede ser explicada a partir de algún principio irreductible a la simple materia. La noción de ser vivo diferenciado del resto de la naturaleza aparece en el campo filosófico a partir de Platón, que identificó vida con alma. Aristóteles aceptó un alma vegetativa, exclusiva del mundo vegetal, un alma sensitiva, propia del mundo animal y un alma intelectual, privativa de los seres humanos. No concibió la supervivencia del alma sin cuerpo y excluyó la posibilidad de la inmortalidad individual. Como propuestas de fe, múltiples religiones desdijeron el dicho. Durante el Renacimiento se abrieron brechas que iluminaron los misterios del funcionamiento biológico. La descripción de la circulación de la sangre, efectuada por Servet y Harvey fue un hito significativo. De la mano de diversos hallazgos científicos, Hobbes propuso el mecanicismo orgánico. Descartes negó la existencia del alma en los animales y los que consideró meras máquinas. Malpighi, consideró a todo ser vivo como producto emergente de la con-

junción de máquinas interrelacionadas. Los descubrimientos de la biología celular parecieron confirmar sus hipótesis. El romanticismo y los filósofos de la naturaleza estimaron que el fenómeno vital superaba la concurrencia de condiciones físico-químicas. Postularon posiciones organicistas vitalistas. El siglo XIX y aún parte del siglo XX asistió a esta contienda. Apareció la "filosofía de la vida" que plantea como objeto fundamental del pensamiento a la vida misma. Para Schlegel, la vida es manifestación de la voluntad, ciego impulso irracional que no tiene sentido ni finalidad: está al servicio de la perpetuación de esta fuerza cósmica y que da sentido a la presencia de lo infinito (Dios) en lo finito (la historia humana). Para Federico Nietzsche, la vida es un valor en sí que expresa lo immanente y terrenal. William Dilthey observa que la experiencia permite establecer una conciencia empírica a través de la cual puede conocer la realidad del mundo, acceder a los enigmas vitales: generación, nacimiento, desarrollo y muerte... y ejercitar la voluntad. La mismidad del yo, entrelazada con personas y con objetos, crea en torno a cada individuo su propio mundo, tan diverso como la individualidad de quien califica. El fin de las acciones humanas es la felicidad, entendida como eudaimonía y referida a la calidad sustancial de la propia vida. Unamuno antepone el sentimiento a la razón: la esencia de la vida es el ansia de no morir del individuo concreto. El deseo de eternidad origina angustia que deviene agonía cuando enfrenta racionalmente la eternidad. La fuerza de voluntad es la respuesta al sentimiento trágico de la vida. Para Ortega y Gasset⁶⁴ la vida no es cosa, materia, esencia, ni algo dado: es actividad pura en íntima unión con la razón. El hombre no tiene naturaleza sino historia. Dice "...yo soy yo y mi circunstancia", "...cada hombre tiene una misión de verdad" y todos "...somos insustituibles, somos necesarios". En una totalidad concreta e indivisa, cada vida expresa un punto de vista sobre el universo pues "...lo que mi pupila ve no lo puede ver ninguna otra... La realidad, como un paisaje, tiene infinitas perspectivas, todas igualmente verídicas y auténticas. La sola perspectiva falsa es la que pretende ser única. La razón pura tiene que ser sustituida por una razón vital, donde aquélla se localice y adquiera movilidad y fuerza de transformación"⁶⁵.

La *antropología filosófica* se plantea en el siglo XVII y parte del análisis de la noción de ser hu-

mano como punto de partida de todo conocimiento sobre sí mismo y sobre el mundo. Intenta, al decir de Scheler, crear un puente entre las ciencias y la metafísica. Emparenta el ideal socrático del "conócete a ti mismo" con la concepción aristotélica del hombre como animal racional, político o animal que habla. La posición en que se había ubicado al hombre varió desde partícula constituyente de un cosmos hasta miembro de un algo del orden divino. La afirmación del yo cartesiano le concedió lugar sustantivo como "sujeto" o "razón", último eslabón de todo preguntar filosófico. Se intentó su comprensión más allá (o más acá) de toda perspectiva sobrenatural, ligado a la relación con pares y en relación con sus acciones. Los planteos de Kant respecto del saber, el hacer, el esperar y el ser, señalan un giro antropológico. Lo que el hombre puede saber corresponde al campo metafísico. Lo que puede hacer se ubica en la esfera moral. Lo que puede esperar debe buscarse en la religión. Lo que es como hombre, ha de responderlo la antropología. Arnold Gehlen caracteriza al ser humano como biológicamente no especializado y con una larga infancia dependiente de los adultos e insiste en su aspecto inacabado. Es, al decir de Herder, un "ser carencia", o un "animal no fijado", según Nietzsche. A partir de esta situación, se determina su capacidad de aprender y de transformaría la naturaleza. Darwin otorga a la especie un lugar biológico entre las criaturas vivas y Freud instaura al inconsciente como motor de la conducta humana. Max Scheler⁶⁶, concede al hombre un lugar especial en el cosmos. Considera que goza de intencionalidad, apertura al mundo, libertad, capacidad para trascender lo inmediato. Dispone de una dimensión del espíritu que le permite reprimir y controlar sus impulsos, ser capaz de decir no y de adaptar el medio ambiente a sus necesidades en lugar de adaptarse a él como los otros animales. Se habilitan perspectivas novedosas donde confluyeron consideraciones sobre cuerpo, naturaleza, inteligencia, sociabilidad y cultura. Las escuelas filosóficas brindan panoramas diversos según la interpretación de cada factor, el lugar donde ubican la existencia y el peso que concen a la esencia. Heidegger insistió en que "...nada es comprendido hasta no ser aclarado antropológicamente". Foucault⁶⁷, considera que el hombre no es objeto de estudio de ninguna de las ciencias que afirman estudiarlo pues estas se ocupan de las estructuras en las que vive el hombre,

que así queda fragmentado y reducido a componentes de dichas órdenes como un objeto.

La vida sigue siendo un misterio que culmina con el arcano indescifrable de la muerte. El desconcerto racional ante la imposibilidad de definir la muerte se complica cuando se examina la enunciación del "informe Harvard" sobre la muerte cerebral. La claridad, la utilidad normativa y el firme anclaje biológico no logra desdejar propuestas previas, también incontinentes. Establecer un límite para la vida diferente del aceptado por las costumbres, invita y obliga a reflexiones profundas.

Cuenta la tradición que cuando se preguntaba a San Agustín qué era el tiempo respondía que creía saberlo pero que no lo podía explicar. Por analogía, puede asegurarse que se obtendría un resultado similar al cuestionamiento sobre "qué es la vida". Si las cosas son tal y como se definen, el asunto constituye en excelente ejemplo del problema de los paradigmas.

Los valores, apetencias e ideales varían notablemente en el tiempo y aún dentro de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales⁶⁶. Los poetas confirman posturas de diversos periodos de la historia. Así, Píndaro plantea "...¿qué somos?, ¿qué no somos?: El hombre es el sueño de una sombra". Calderón pregunta "¿Qué es la vida? Un frenesí... una ilusión, una sombra, una ficción: y el mayor bien es pequeño; que toda la vida es sueño, y los sueños, sueños son". Shakespeare reconoce la vida como "...relato de un idiota, lleno de furia y ruido, sombra ambulante que nada significa" y el hombre sólo es "un mísero actor que se afana y pavonea un momento en el escenario y al cabo, ...desaparece para siempre".

Nietzsche, esquematiza bellamente en "Así hablaba Zaratustra" las transformaciones del espíritu humano que conducen a la determinación de una axiología personal y al logro de una vida plena. Relata que el hombre admite con sentido heroico las obligaciones que se le imponen. Las transporta como bestia de carga. Tomando la forma de camello emprende su jornada a través del desierto. En algún momento desea decidir su rumbo con libertad. Entonces, aparece un dragón que se declara guardián de los valores creados. Rechaza todas las expresiones que encierran deseos y exhibe impresos en sus escamas todos los deberes que exige del camello. El camello se transforma en león, para conquistar la libertad de ne-

garse a cumplir con obligaciones con las que no concuerda. Lucha con fiereza pero sus esfuerzos son ineficaces. Su naturaleza paciente y respetuosa le impide hacer lo que desea y robar lo que cree que le corresponde. Decide adoptar la forma de un niño. La inocencia y la frescura del infante le permiten expresar su voluntad, independizarse de lo establecido y crear los valores que habrán de guiar la campaña con la cual se propone conquistar el mundo propio.

La vida resulta hoy un bien primario, un valor universalmente deseable. Es un fenómeno individual, privado e íntimo, un proyecto o "sueño" definido por perspectivas personales y relacionado con la cultura en que se desarrolla y actúa. Excede la mera existencia física e incluye la posibilidad de acceso a los bienes culturales, las relaciones sociales y laborales y el entorno ecológico-ambiental adecuado a las necesidades físicas y psíquicas. La meta deseada por cada uno para sí y para quienes aprecia suele coincidir en la felicidad como fin último y ésta, corresponder a una gama de posibilidades y realidades casi infinita. La intangibilidad y variabilidad de situaciones da lugar a un abanico de expresiones que recorren desde el "carpe diem" (goza el día) hasta el "memento mori" (recuerda que vas a morir) orientados a satisfacer fines trascendentes, immanentes o mixtos según selecciones individuales destinadas a servir a u más acá o más allá de la propia existencia. Es pertinente en el sentido de Castoriadis⁶⁷, "pensar lo que hacen y saber lo que piensan" los hombres durante su etapa vital, única cognoscible y mensurable y así, conocer los componentes que dan razón, sentido y sazón a la vida del cirujano, sujeto de esta consulta.

A partir de los datos citados, cabe plantearse qué es la CdV como concepto.

El concepto de CdV

Desde los albores de la medicina la CdV, con las características epocales que categorizaron al concepto de salud, constituyó una preocupación ínsita para el médico. EN 1948, la OMS definió la salud como "estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad". La dimensión física se refiere a la sensación de falta de enfermedad. La esfera psicológica comprende factores cognitivos y afectivos, creencias personales, espirituales y religiosas res-

pecto del significado de la vida y la actitud ante las adversidades. Entre ellas destacan la autoestima, la comunicación con el entorno y la sensación de libertad de decisión. El aspecto social se relaciona con la percepción individual de las relaciones interpersonales, el establecimiento y necesidad de apoyos familiares, laborales o comunitarios y también la relación médico-paciente. En la misma época, Karnofsky propuso un índice destinado a evaluar la CdV en relación con la enfermedad. Años después, la OMS reconoce como CdV a "la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. El concepto integra de modo complejo la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que establece con los elementos esenciales de su entorno". La apreciación admite diferencias conceptuales y operativas, de acuerdo a que se atribuya el papel de evaluador al sujeto o al observador externo. El incremento de enfermedades crónicas le otorga al concepto un peso especial basado en razones intelectuales, filosóficas o tal vez monetarias. Las medidas tradicionales de mortalidad/morbilidad han dado lugar a la CdV como "nueva" cuestión. Múltiples índices miden la independencia de las actividades y el grado de bienestar que logran los pacientes, en propuestas que concilian dimensiones relacionadas con el estado físico, de conciencia o de comunicación desde aquellos que se encuentran en condiciones de normalidad hasta los que requieren soporte activo o se hallan en proceso que progresa de forma inminente hacia el desenlace fatal⁹⁰. El QALY (Quality Adjusted Life Years) es hoy la escala más aceptada: define los años de vida ajustados según calidad y admite cálculos de costo/utilidad que permiten guiar medir los beneficios logrados con diversas alternativas terapéuticas. La consideración de la CdV como suma de intereses individuales y multifactoriales que exceden al vivir cambia el eje de la decisión terapéutica para centrarlo definitivamente en las utilidades que pueda obtener el paciente. Para Kass⁹¹ "la salud es el patrón natural. No es una norma moral ni un valor contrapuesto a un hecho. No es una obligación, sino un estado del ser que se revela a sí mismo como condición física buena o al menos adecuada para la actividad que desempeña. El

concepto sustantivo que debe guiar las ofertas terapéuticas es la posibilidad de permitir al paciente que procure con éxito los propios objetivos, finalidades generales y planes de vida". El concepto ha ingresado entre los criterios médicos como lo manifiestan publicaciones internacionales^{92,93,94,95,96} e incluso nacionales. La búsqueda del término en la web demuestra su actualidad con miles de citas relacionadas con temas de toda laya y apoyados en centenares de posturas.

El establecimiento de la expresión dentro del habla cotidiana se comprueba luego de la Segunda Guerra Mundial. Acompañó al concepto de Estado de Bienestar y sumó teorías y prácticas que perseguían como objetivos promover el desarrollo económico-social, reinstaurar el orden internacional y reordenar la geopolítica universal. Las políticas de desarrollo fundan el concepto de economía de bienestar en los patrones de consumo. Pretenden satisfacer las necesidades básicas de salud, alimento, vestido, educación, vivienda, empleo y seguridad social y prestar servicios básicos públicos a los menos favorecidos en términos de justicia y equidad, con mayor o menor participación directa del Estado⁹⁷. Se dirigen a mejorar el bienestar económico neto, medido según el Producto Bruto Interno (PBI) del que se restan los costos sociales y ambientales⁹⁸. La CdV queda entendida como el estado en el cual se satisfacen las utilidades individuales que se corresponden con las necesidades de consumir, crecer y acumular. El pensamiento colectivo asume la expresión como sinónimo de bienestar y desarrollo y halla posturas filosóficas que justifican las penencias. Los resultados de la primera etapa de aplicación fueron promisorios y sumaron la noción de Ecode-sarrollo que dio lugar en la década de los setenta al concepto de Desarrollo Humano Sostenible. La propuesta se dirige a formar personas capaces de asumir responsabilidades que les permitan mejorar el bienestar individual y colectivo y compromete a todas las ramas del saber. Interesa a los conocimientos teóricos, en busca de la verdad, a los prácticos, referidos a la ética y a la política y a los productivos en cuanto al cómo hacerlo. Las preocupaciones filosóficas relacionadas con lo metafísico del existir quedan comprendidas en más o en menos.

La moción interesa en general a los políticos ocupados en diseñar planes de gobierno, a los economistas preocupados por mejorar rendimientos y a los miembros del equipo de salud⁹⁹. Los

economistas intentaron definir la riqueza de las naciones y de manera indirecta la cantidad de bienes disponibles para todos. Por medio de razones matemáticas que logran promedios "per cápita". Entre otros índices, surgieron el Producto Bruto Interno (PBI) y las tasas de automóviles, consumo de cemento, de hierro o de carne. Se reiteran giros idiomáticos que interesa tener en cuenta. El *estilo de vida* es el conjunto de consumos y preferencias, las formas de organizar la vida social, tribal, patriarcal o laboral. Las *condiciones de vida* resultan de una reunión de factores que se relacionan con el estado de salud, el consumo de alimentos, la seguridad social, la vestimenta, el tiempo libre y su empleo y los derechos humanos. El *nivel de vida* reúne una colección de aspectos que admiten traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo o el tipo de vivienda. La *Calidad de vida* es la meta lograda cuando se cubren las *necesidades básicas*, constituidas por un mínimo de recursos capaces de brindar condiciones de vida propias de un nivel de vida adecuado y resulta en el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite actuar o funcionar en un momento dado. La sumatoria conceptual de nivel y CdV de vida conforman el *estándar de vida*, cuyos principales indicadores son los ingresos económicos y su destino aplicado a satisfacer las necesidades básicas...¹⁰⁰. La CdV resultó isovalente del PBI y aceptó en forma acrítica los términos bienestar, sustentabilidad, Calidad Total y desarrollo con contenido^{101,102}. La expresión reúne conceptos "políticamente correcto" que pretenden expresar la preocupación del dicente por la comunidad. Sus versiones "...se convierten en campos de batalla... pues si alguien está interesado en ejercer una influencia política o académica... no puede estar por fuera de ese terreno discursivo"¹⁰³. El positivismo exige definir las cantidades en términos observables. El utilitarismo acepta que el hombre busca cada día más la felicidad en esta Tierra. El medio ambiente actúa como despensa de recursos para satisfacer las necesidades. Las ideas progresistas confían en la capacidad humana para resolver el anhelo de una vida mejor. Esta red conceptual, donde predomina la visión economicista da lugar a propuestas neoliberales que promueven la modernización de la administración pública y privada, la disminución de tamaño del Estado, la apertura a mercados internacionales y la mundialización de

la economía. La aplicación del modelo mejora los indicadores macroeconómicos. En 1992 el Club de Roma y la CEPAL observan la ecuación pintada por la relación mayor consumo-mayor bienestar presentaba múltiples inconvenientes y ofrecía soporte poco confiable para el futuro. Destacaron la inadecuación del PBI como pivot de medida pues los análisis macroeconómicos que permite homogeneizan sin discriminar ni describir la situación de satisfacción o insatisfacción de las necesidades de las personas. Los antagonistas consideraron esta crítica como postura neo malthusiana orientada a conservar el medio ambiente y a mantener el crecimiento poblacional.

Las presunciones agoreras se confirmaron. A nivel universal disminuyó el trabajo formal, aumentó el informal, creció el deterioro del medio ambiente, el capital se concentró en manos menos numerosas, se acrecentó la brecha entre los más ricos y los más pobres y ascendieron los índices de pobreza. La miseria, al igual que la felicidad, son cuestiones personalísimos y no tienen medida. No se ha logrado un índice de pobreza humana universalmente pertinente. Incluye aspectos tales como la falta de libertad política y/o de seguridad personal, la incapacidad para participar en la adopción de decisiones o intervenir en la vida de una comunidad y las amenazas a la sostenibilidad y la equidad intergeneracional. En los países opulentos la pobreza se relacionan con variables tales como la exclusión social. En los países en desarrollo atañen al hambre, el analfabetismo, las epidemias y la falta de servicios de salud o de agua potable. Los efectos nocivos de las políticas neoliberales fueron más evidentes en los países "subdesarrollados" o "en vías de desarrollo", como ya fuera comentado para Argentina. En el 2004, Brasil, Colombia, México, Perú y Venezuela mostraban índices de pobreza mayores al 31% y Paraguay, Venezuela, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Honduras superaban el 40%¹⁰⁴, reiterando las tendencias crecientes de los últimos 30 años. Los expertos aseguran que la pobreza crece en periodos de recesión económica, pero que en etapas de expansión, el beneficio es más tardío y menor que el esperable¹⁰⁵. Los aumentos del PBI registrados en el último decenio se han acompañado de notable peoría en la distribución de los ingresos y aumento de desocupación en Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Paraguay y Venezuela. La CEPAL¹⁰⁶ observó entre 1990 y

1997 un 37% de aumento en los ingresos promedio por habitante, a pesar de lo cual la pobreza aumentó, no incrementó la condición de vida de las personas y disminuyó la equidad en la distribución y el acceso a bienes y servicios. Desde 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), utiliza el Índice de Desarrollo Humano (IDH), y el de Pobreza para mensurar la evolución los países a través de la cuantificación del cumplimiento de las metas propuestas para el desarrollo^{107, 108, 109}. La realidad inmediata y las proyecciones mediatas señalan tendencias adversas¹¹⁰ y las consecuencias por lograr sobre la población se consideran amenazas actuales y futuras¹¹¹. Así, "...los programas instituidos en América Latina desde principios de la década del 90, ...no disminuyeron la pobreza, a pesar de la expansión económica... El problema es la distribución de los ingresos. El trabajo es la mejor manera de incluirse en el sistema económico y social", afirma Eduardo Bustelo, director de la Maestría de Política Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. La oferta laboral no es comprobable.

Finalmente, los propios economistas negaron la existencia de vinculación directa entre crecimiento económico y desarrollo humano. Joseph Stiglitz¹¹², Premio Nobel de Economía opina que el PBI no discrimina la distribución del paquete dinerario, es insuficiente para estimar el estado individual y no se relaciona con la CdV de cada persona. Estima que las gestiones del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de Comercio en general han resultado dañosas para la población. Coincide Amartya Sen¹¹³, también Nobel de Economía y observa que India y China, con similar PBI, logran resultados diferentes respecto de la mortalidad infantil, la capacidad para leer y escribir e incluso para vivir más años. Ambos concuerdan en que la CdV es propia de cada persona, deriva de escalas de valores personales y está influida por el entorno social y cultural en el que se desenvuelve. Las estimaciones sobre la cuestión deben contemplar la medida en que logran satisfacción las necesidades, expectativas y finalidades subjetivas y objetivas de los individuos. Critican la deificación del PBI que deja de lado la distribución del capital: no basta saber cuánto se produce, importa cómo se reparte. Proponen como logros atinentes a la calidad de vida factores como la satisfacción de las ne-

cesidades básicas de las personas, la reducción de la desigualdad social, la generación de empleo y la conservación del medio ambiente y restan importancia al crecimiento general¹¹⁴. Estiman que la verdadera medida del éxito de una sociedad debiera centrarse en lograr beneficios y oportunidades concretas para las personas y permitirles estructurarse alrededor de principios y valores.

Max Neff observa "...a una lógica económica, heredera de la razón instrumental que impregna la cultura moderna, es preciso oponer una ética del bienestar. Al fetichismo de las cifras debe oponerse el desarrollo de las personas. Al manejo vertical por parte del Estado y a la explotación de unos grupos por otros hay que oponer la gestación de voluntades sociales que aspiran a la participación, a la autonomía y a la utilización más equitativa de los recursos disponibles"¹¹⁵.

Sen considera que la vida que lleva una persona resulta de la combinación de quehaceres y seres por las cuales elige y es con respeto de sí mismo y de sus semejantes. Los quehaceres se relacionan con decisiones y acciones. La crianza, la cultura y factores íntimos de la personalidad determinan las preferencias individuales en cuanto a cómo es cada quién. Las capacidades en cuanto a talento, aptitud o suficiencia guían la selección racional de acciones o funcionamientos por adoptar para el logro de las metas propuestas. La posibilidad de pensar, optar y actuar con libertad apareja la mejor capacidad para funcionar y la máxima satisfacción personal en cuanto al ser y al hacer. Aspectos elementales como estar bien nutrido y libre de enfermedad se integran con cuestiones complejas como el respeto propio, la preservación de la dignidad y el grado de participación en la vida comunitaria. Los resultados son los medios a través de los cuales se gestiona el bienestar como fin declarado. La posesión de bienes puede facilitar el desempeño de actividades dirigidas a lograr estados deseables y es útil cuando se le atribuye valor para el logro del bienestar¹¹⁶. Bienestar es el estado que logra el sujeto que vive una vida plena y buena para sí. Implica tener, amar y ser¹¹⁷. El tener alude a las condiciones materiales y ambientales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria. Incluye a la salud y a la educación en toda su extensión y también los recursos económicos (nivel de ingresos; tipo, espacio y comodidad de la vivienda, calidad, condiciones físicas y

psicológicas del trabajo o empleo). El amar compete en general, a la participación y el arraigo con alguna identidad social: relacionarse con otras personas, familia y amistades y participar en organizaciones de diverso tipo. El ser requiere gozar de oportunidades que permitan desarrollar una vida significativa, participar en decisiones y actividades que influyen en la sociedad y el trabajo, gozar de libertad de expresión en el campo que fuera y desempeñar diferentes actividades, aún recreativas. Las visiones unilaterales respecto del tener, del amar o del ser empobrecen el concepto de vida. Son dogmáticas y ocluyentes y deforman la realidad y lo bueno para concretar el curso de la vida individual. Hechos y valores no pueden separarse de las inquietudes cognitivas o carenciales que inciden en las explicaciones y evaluaciones sobre la realidad del mundo. Ciertas necesidades son universales, aunque el concepto del bien que detente y las ponderaciones sobre la buena vida respondan a criterios independientes y diferentes. La CdV es un logro personal, una proyección hacia un futuro, seleccionado y necesariamente incierto, producto de las competencias y la calidad de la elección que se efectúe y que debe armonizar con los usos y costumbres del grupo al que pertenecen. La construcción social de cada vida humana dentro de una sociedad en particular es una carrera abierta a las aptitudes¹¹⁸. Los objetos de las carreras son los oficios y las profesiones y estas, oficios con mayores pretensiones.

La buena CdV no es lo que el agente desea en lo que posee sino en lo que hace. Nada puede afectar la vida si no afecta la experiencia de vivirla, acota J Griffin definir las necesidades básicas como productos primarios (alimentos, vivienda, vestido, salud y su cuidado) conduce a una "desventaja fetichista y a una moralidad parcialmente ciega, que se preocupa de los bienes como tales y excluye lo que estos hacen a los seres humanos"¹¹⁹. La mejor vida para cada uno es la que funda su accionar en las necesidades y preferencias que definen lo que aprecia como bueno: lo que desea tener o vivir y lo que prefiere evitar¹²⁰ por lo cual Derek Parfit¹²¹ cataloga a la postura como "hedonismo preferente".

La vida esta cargada de significado moral y no cabe dicotomía entre hecho y valor. La moralidad como construcción social torna a los seres humanos en agentes de sí. Según Rousseau "Quien renuncia

a la libertad, resigna los derechos de la humanidad y abandona los deberes personales". Tal abdicación es incompatible con la naturaleza del hombre pues al despojar a la libertad de su voluntad, elimina toda moralidad de los actos¹²². La esencia individual se halla en la autonomía, en la libertad cardinal como ser racional. Como punto de partida, cabe aceptar que dignidad, igualdad, autonomía y libertad son inseparables de la naturaleza humana y que su negación es injusta desde todo punto de vista. El principio absoluto de la moralidad y de la legalidad es el respeto por el ser humano en sus aspectos materiales y formales, la sacralidad de la vida. El razonamiento moral siempre se lleva a cabo bajo el utilitarismo y pretende como meta deseable la buena calidad. Los seres racionales escogen maximizar la utilidad respecto de bienes sustantivos para su vida y las vidas de los otros. La definición de utilidad de cualquier hecho permite imaginar la manera mas adecuada de estimarlo, sea en cuanto a principios o en cuanto a valores. Incluye elementos de hecho y de valor y obliga a decidir en consideración a las ganancias o pérdidas eventuales que pudieran provocar. La satisfacción del deseo racional de los utilitaristas de preferencia reúne la aceptación de la utilidad como suma de seres y quehaceres que integra bienes materiales y bienes sociales con las preferencias del sujeto. Una de las propuestas mas recientes consiste en distinguir el ser del valer y en términos de felicidad en cuanto a satisfacción de deseos y preferencias, considerando a estas como utilidades. La argumentación acepta la existencia de valores intermedios entre recursos específicos y objetivos individuales, cuyo exceso puede contradecir al bien común. Principios y consecuencias deben ser considerados al decidir. Los efectos de las acciones son importantes y la felicidad una justificación válida para emprenderlas. Todo razonamiento exige juicios y deliberaciones mediante los cuales los principios se aplican a casos particulares. No permiten algoritmos de decisión y afectan a individuos, instituciones y prácticas. El ambiente no es estático: la vida y las ideas cambian.

El bienestar, como constructo histórico y cultural comprende valores subjetivos sujetos a variables de tiempo, espacio e imaginarios y acepta los grados singulares de desarrollo de cada época y sociedad¹²³. Si la CdV relaciona con la posibilidad de obtener recursos, la medida puede ser objetiva, sino sólo cabe combinar medidas subjetivas,

El ethos empleado depende de la concepción de quien evalúa, del sujeto observado y del contexto en que se lo lleva a cabo. En los tonos de los razonamientos subyace el poder que los guía y aquellos deberían coincidir con las teorías morales que los sustentan a través de un equilibrio reflexivo, dice Foucault. Las éticas de la CdV asocian la ética de la convicción que corresponde a la pureza de los principios con la ética de la responsabilidad que mira las consecuencias de los actos aceptando el sostén del utilitarismo.

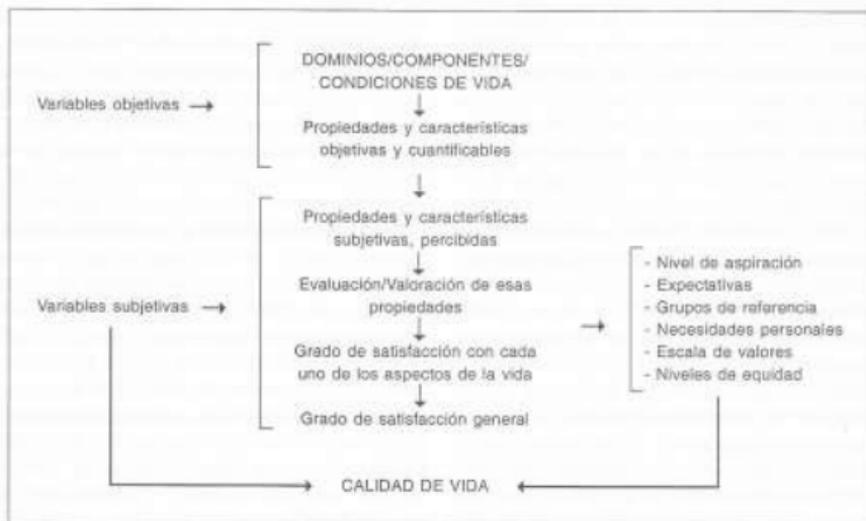
La búsqueda de la buena CdV es un desafío no resuelto. Merece una visión evolutiva si se acepta que "la vida humana es un fin en construcción continua... que es erróneo considerar que el desarrollo de las personas comienza al nacer y termina en la adolescencia ... y que empieza en el momento de la concepción y finaliza con la muerte"¹²⁴. Depende de valores tan variables y complejas como las concepciones desde las cuales se lo asuma. Combina autonomía y libertad como factores cardinales para juzgar las ventajas humanas y el bienestar por lograr. Además de la razón, los seres humanos, tienen emociones que fundamentan el "aprecio" o "desprecio" por las cosas, a las que atribuyen precios y valores. Las listas subjetivas podrían ser infinitas y ninguna escala cuantitativa podría contener a todas. Concurren dentro de centenares de sistemas más de 6200 millones de definiciones de lo que es la buena vida. Se la puede valorar como objetivo político, como propuesta filosófica, como meta económica... o como mera declamación¹²⁵. Las utopías contenidas en la pretensión, resultan motivo de duelo para muchos, que se inclinan por el nihilismo. Si las personas evolucionan, también lo hacen las instituciones que crean y allí ha de buscarse el mensaje de esperanza que subyace en el quehacer de todos como expresión comunitaria de voluntad superadora. El cultivo de un futuro respetuoso de los valores naturales, políticos y culturales declamados, exige determinar y respetar una escala axiológica que permite acceso y distribución justa de recursos, oportunidades y posibilidades y contempla con perspectiva sistémica los componentes sociales, económicos, médicos, psicológicos, ecológicos, culturales, políticos, ontológicos y axiológicos, que lo han de sustentar. Todos estas precisiones caben a la ética y por supuesto de la bioética.

El concepto de Calidad se planteó en la esfera de la producción industrial. La economía adoptó el

concepto y lo aplicó de manera analógica llevando a Jean Pigou a afirmar que "el bienestar económico es la parte del bienestar social que puede relacionarse directa o indirectamente con la escala monetaria" y expresa el poder real para adquirir bienes. William Edgeworth propuso en 1881 establecer el bienestar sobre datos cuantitativos que consideran el cálculo del valor de utilidad atribuido por cada individuo a la posesión o consumo de cierto tipo de bien o mercancía. La demanda de productos se describe en función de precios e ingresos y la utilidad es solamente un instrumento que permite medir igualdades u desigualdades en distintos niveles. En 1889, Cohen Stuart planteó que no existe metro de utilidad ni equivalencia interpersonal entre valor y satisfacción generados por la misma y consideró superflua la función de utilidad cuando se trata de individuos. Una diversidad de factores cualitativos y subjetivos, conceptos cognoscitivos intrapersonales e interpersonales que abarcan incluso convenciones sociales, permiten apreciar un cierto concepto de bienestar individual y hacerlo comparable desde el punto de vista interpersonal¹²⁶. Surgieron controversias derivadas de las interpretaciones efectuadas sobre términos tales como felicidad, bienestar, riqueza, desarrollo, posibilidad de consumo, satisfacción de necesidades, pobreza, conformidad, crecimiento económico y posibilidad de acumulación. La presencia y peso de ingredientes emocionales quita objetividad a la medida de utilidad y solo permite describir coeficientes relativos que impiden la justificación a priori del bienestar.

Los esfuerzos destinados a medir la CdV recorrieron las posturas resumidas en el Cuadro¹²⁷. Exponen la contracara valorativa de las características sustantivas utilizadas por cada escuela para definir CdV y valen para su comprensión.

Desde entonces se propusieron decenas de índices. Los propios expertos que desde entonces disienten sobre el valor y la correlación de las medidas objetivas y subjetivas propuestas y apoyadas en evaluaciones o descripciones. El criterio universal admite que las dimensiones por considerar dependen de valores comunes a las diversas culturas. El concepto subjetivo estima que cada ser humano sustenta ideas personales que ha de satisfacer para lograr la calidad deseada. La propuesta dinámica establece que dentro de cada persona, la CdV cambia en periodos cortos de tiempo. La posición interdependiente considera



que las dimensiones de la vida están relacionados y que la situación de bienestar o malestar en alguno de sus aspectos repercute en los demás y modifica la calidad total. La ponderación holística considera al ser humano como un todo e incluye todos los aspectos correspondientes a las dimensiones biopsicosociales. Los intentos por evaluar la CdV pasaron por el uso de indicadores que incluyeron determinaciones cuantitativas y cualitativas¹²⁸. Los enfoques cuantitativos establecen medidas relacionadas con diversas esferas. Los cualitativos registran los relatos y evaluaciones que hacen las personas de sus experiencias, desafíos y problemas sociales (salud, amistad, educación, seguridad pública, ocio, vecindario o vivienda), psicológicos en cuanto a reacciones individuales ante ciertas experiencias vitales o ecológicas.

Se admite como axioma que el hombre es la fuente de la ley, principio absoluto de moralidad y legalidad porque "todo lo jurídico ha sido constituido a causa de los hombres" (Digesto, 1,5,2) y lo mismo ocurre con el bienestar que la vida le proporcione. Si hecho es todo lo que se percibe por medio de los sentidos e inobjetable porque tiene la evidencia propia de la percepción, la CdV no describe un hecho sino una valoración de la concordancia con estimaciones o preferencias. Si la calidad es un valor existen sobre ella tantas teorías como concepciones del valor se planteen. Si

el hombre no es la medida de todas las cosas, al menos lo es respecto de la consideración de su CdV y así se aceptó, recién a fines del siglo XX la CdV como concepto multidimensional. En él caben condiciones objetivas y componentes subjetivos de cuya satisfacción depende el agrado logrado o el bienestar alcanzado con la vida que se vive. El concepto de bienestar resulta relativo al nivel personal de aspiraciones y a lo que cree merecer el sujeto en relación con el dominio de los recursos respecto de los pares y del resto de la comunidad¹²⁹. Integra lo que se está dispuesto a renunciar o a mantener para obtener la utilidad específica. La disarmonía entre evaluaciones ex ante y ex post exige considerar la incertidumbre que rodea a cualquier decisión, integrar la posibilidad de resultados ciertos, inciertos o incluso adversos. Las estimaciones individuales dan lugar a considerar los resultados como favorables y propios de una buena vida o desfavorables y determinantes de daño. La aproximación mediante las ideas del ser y de los funcionamientos humanos lleva a buscar los aspectos de la vida que se consideran fundamentales y sin los cuales no se concibe una vida completamente humana. Una de las propuestas recientes más importantes consiste en distinguir el ser del valer y la felicidad como satisfacción de deseos y preferencias, expectativas y finalidades vitales de las necesidades individuales¹³⁰. El más

primario está determinado por factores económicos, aunque cabe reconocer la sabiduría de Antonio Machado cuando afirma que "Todo necio confunde valor y precio".

Si la CdV reclama desde la definición la necesidad de conducción de la vida en todas las esferas pero ni la vida, ni la calidad ni su satisfacción se reducen sólo a ello. Si los instrumentos intentan medir la conformidad de necesidades, es natural preguntar a las personas por el beneplácito logrado, pero puede ser diferente si pretenden establecer el logro de recursos. Exige contemplar aspectos cuya sumatoria promete la sustentabilidad del desarrollo personal y social. No se puede esperar certidumbre ni correlación entre diversas condiciones y satisfacción en países diferentes¹³¹. Se han descrito índices que contemplan conceptos sociológicos, psicológicos y antropológicos diversos¹³².

La propuesta sobre el planteo de la vida, está representada en otro de los Poemas en prosa de Baudelaire.

"Bajo un amplio cielo gris, en una vasta llanura polvorienta, sin sendas, ni césped, sin un cardo, sin una ortiga, tropecé con muchos hombres que caminaban encorvados. Cada cual, llevaba a cuestas, una quimera enorme, tan pesada como un saco de harina o de carbón o la mochila de un soldado de infantería. El monstruoso animal no era un peso inerte, envolvía y oprimía al portador. Se prendía con los músculos elásticos y poderosos de sus garras al pecho de su montura y la cabeza fabulosa dominaba la frente del hombre, como uno de aquellos cascos horribles con que los guerreros antiguos pretendían infundir el terror en sus enemigos.

Pregunté a los hombres adónde iban. Contestaron que les impulsaba la necesidad invencible de andar hacia algún lugar que no conocían. Ninguno parecía irritado contra el animal colgado de su cuello y pegado a su espalda: se hubiera dicho que lo consideraban parte de sí mismos. A pesar de los rostros fatigados y serios, no mostraban desesperación.

Bajo la capa opaca del cielo, hundidos los pies en el polvo de un suelo tan desolado como el firmamento, caminaban con la faz resignada de los condenados a esperar siempre.

El cortejo pasó junto a mí y se hundió en la atmósfera del horizonte, por el lugar donde la superficie redondeada del planeta se esquivo a la curiosidad del mirar humano. Me obstiné unos instantes en querer penetrar el misterio. Pronto, la

irresistible indiferencia se dejó caer sobre mí y quedé más profundamente agobiado que los otros con sus abrumadoras quimeras".

Las quimeras de la escena expuesta por Baudelaire, representan los proyectos de vida de cada sujeto. La portación de valores, mantenidos, revisados y suscriptos de manera constante, tiñe con preferencias, deseos y amores a seres y haceres, posibilita interrelaciones más "humanas" y resulta bálsamo y unguento necesario y pertinente para afrontar lo cotidiano y lo extraordinario. La buena calidad de vida de cada caminante es compatible con el transcurso del tránsito vital, en busca de las metas que se ha propuesto. La autodeterminación vincula y determina las propuestas individuales. Protagonizar la propia vida es un duro desafío que requiere decisión, constancia, esfuerzo y reponsabilidad durante la jornada existencial.

Los organismos vivos tienden por naturaleza a autorregularse y a integrarse en el medio que habitan a través de funcionamientos efectivos acordes con sus competencias. Todo comportamiento reconoce causa y objeto, responde a alguna presión psicológica y busca alguna recompensa¹³³. Las acciones están guiadas por apetencias voluntarias que se someten al juicio de la razón. Tales apetencias se denominan motivaciones y resultan en los principios para actuar¹³⁴, razones suficientes para la volición o la noción o causales que suscitan, sostienen y dirigen las conductas¹³⁵. Estar motivado implica estar "empujado", sentir estímulo o inspiración para algo. Entraña deseos o necesidades de magnitud variable para cuyo logro se debe emprender o desistir de alguna acción. Las motivaciones son trascendentes para el desarrollo y crecimiento de la personalidad, sobre cuyo perfil se conforman las escalas de valores que permiten a cada sujeto definir las metas y elegir las acciones conducentes para alcanzarlas. Para Millon, la personalidad "es un modelo complejo de características psicológicas profundas, generalmente inconscientes, que no pueden ser erradicadas y que se expresan automáticamente en cada faceta del funcionamiento individual... comprende y abarca el modelo distintivo individual de percibir, razonar y enfrentar las situaciones y a los otros". Según Koldobsky¹³⁶ la personalidad "puede considerarse como la integración de la vida psíquico-conductual-relacional del individuo o simplemente como constructo de la ciencia para explicar la forma más o menos estable que tienen los indivi-

duos para conducirse, pensar, sentir y relacionarse con los demás a lo largo de la vida". Las motivaciones reconocen dos grandes grupos. Las *motivaciones intrínsecas (MI)* responden a intereses propios del sujeto. Las *motivaciones extrínsecas (ME)* conforman a intereses de terceros y convienen a imposiciones o compromisos impuestos.

Las *MI*, responden a cuestiones que el individuo estima valiosas, expresan libertad de opción y son autónomas: su causalidad es interna. Promueven acciones interesantes por antonomasia y tienden a lograr satisfacciones sustantivas para el sujeto. Incluyen un amplio espectro que incluye la curiosidad, la novedad, el desafío y la diversión. Son evidentes aún en animales y resultan necesarias y críticas tanto para el desarrollo cognitivo como para el desempeño social normales. Catalizan la energía, brindan dirección y perseverancia a las acciones y dan lugar a experiencias creativas. Permiten el desarrollo de conocimientos y habilidades de alta calidad y aumentan la competencia en un contexto de agrado y complacencia en toda etapa de la vida y hacen al bienestar físico y psíquico¹³⁷. La percepción de agencia de sí mismo se acompaña de sentimientos de crecimiento personal y fortalece la sensación de competencia. La concordancia con fines comunitarios satisface la pertenencia. Asociadas, sacian la autoestima. Comprometen las relaciones y las actividades interindividuales y protegen contra la ansiedad y la depresión. La cristalización de aspiraciones motivadas por causas extrínsecas, tales como la riqueza o la fama no logra índices similares de bienestar¹³⁸, a menos que éstas constituyan en sí las *MI* deseadas.

Las *ME* convienen a compromisos impuestos que conforman a intereses de terceros. Resultan de la imposición de normas heterónomas y reconocen como objetivos primarios metas instrumentales. No interesan al sujeto de manera inherente y su causalidad es externa. Los individuos ingresan al mundo y al grupo en el que desarrollan sus existencias vírgenes de motivaciones extrínsecas. La socialización, en cuanto relación con otros hace necesario aceptar cánones comunitarios establecidos como reglas de juego. La aplicación de las pautas se fortalece por medio de recompensas, amenazas, presiones o controles que pueden condicionar la autonomía y alterar las *MI*¹³⁹. La correlación entre *ME* y *MI* es tema de controversia¹³⁴.

La realidad es una construcción social cristalizada por el discurso que construye versiones con-

tinuas sobre los hechos. Para coexistir y comunicarse, la gente elige compartir o co-construir significados. El material empírico se interpreta, escribe y lee de acuerdo con influencias lingüísticas, sociales y políticas de la persona y del momento. El diálogo y sus resultados implícitos, construyen visiones del mundo que se sancionan como verdaderas y así verdades y hechos son interpretaciones sancionadas por comprensiones y paradigmas compartidos. El conocimiento es inseparable del que conoce y acepta la intersubjetividad del observador. Cuando las relaciones con el medio se combinan con el proceso subjetivo de evaluación, el sentido relacional se centra en la significación personal de la relación y dicta la respuesta individual.

La psicología positiva¹³⁵ es una escuela de pensamiento que emparenta la motivación con el funcionamiento de la personalidad y propone medir, comprender y construir fortalezas humanas y virtudes cívicas que permitan mejorar o curar de debilidades y enfermedades. Plantea la Teoría de la Autodeterminación (TAD)^{136, 138}. Los seres humanos tienden por naturaleza a la actividad y al desarrollo, crecimiento e integración con el medio. El desarrollo saludable exige relaciones dialógicas entre el sujeto y el medio. El contexto en cuanto cultura, condiciona los valores personales y sociales e influencia las estimaciones de todo quehacer tanto en referencia a sí cuanto en relación con otros y estimula o inhibe la satisfacción de necesidades. En este proceso que cada uno es reconocido y se reconoce como persona. El ser y el pertenecer satisfacen necesidades psicológicas y fisiológicas básicas, innatas, universales e inherentes contenidas en sensaciones de competencia, pertenencia y autonomía. La *competencia* es la capacidad o aptitud para algo. Su medida comprende tanto a la justificación de los hechos cuanto a los resultados obtenidos. Se relaciona con la efectividad en el trato con el medio. La *pertenencia* o inclusión se refiere a la percepción de formar parte del grupo o comunidad con que se interactúa y al cual se cree o desea pertenecer. La *autonomía*, se corresponde con el reconocimiento de la condición de agente causal de sí. Fundamenta el concepto del Yo, de desear y actuar según intereses y valores propios como procesos no alienados y auténticos. No implica la independencia de los demás, sino el querer y el decidir, sea motu proprio o en respuesta a pedidos de terceros que le son significativos.

La TAD propone la existencia de un *roceder* al que denomina *internalización*. Este es un proceso autónomo, holístico e intranferible que confronta las ME con las MI y las categoriza según escalas axiológicas personales. La motivación *externa* ubica la causalidad absolutamente fuera de sí. Satisface mandatos exigidos como obligaciones de estado y su objeto es evitar castigos u obtener recompensas. Representa una fuente necesaria de ordenamiento y desarrollo social. Las leyes en general y algunas costumbres en particular son ejemplos claros. La motivación *introyectada* reconoce causalidad y control externos pero acepta relación con valores propios. Compromete más que la anterior y los fallos en su contra producen mayor ansiedad. Determina conductas destinadas a evitar culpas o daño al orgullo.

La motivación *identificada* instala la causalidad más cerca de lo personal. Refleja una evaluación consciente de las regulaciones y de las metas conductuales. Determina mayor compromiso y regulación más autónoma y da lugar a estilos de enfrentamiento más positivos que estimulan los esfuerzos para resolverlos. Su cumplimiento genera mayor gusto e interés y los errores no fracasos, se toleran con mayor tranquilidad. La motivación *integrada* localiza la causalidad en su exterior aún más próximo a lo propio. Ocurre con valores y necesidades que armonizan con los del individuo que convierte la norma externa en propia. Dispone conductas autónomas, sin conflictos con el yo y con regulación similar a las MI. El grado de internalización guarda relación directa con el grado de autonomía que admiten, la introyección acepta la regulación externa, la identificación implica la asunción del valor de la actividad como importante para sí. La integración implica adherencia a la norma como propia.

Los conflictos entre ME y MI generan dilemas. La TAD no supone un continuum creciente de patrones ni progresiones invariables de internalización: las tendencias hacia el crecimiento y el desarrollo son diversas. Los estímulos del medio, las experiencias y situaciones contingentes pueden estimular o inhibir la adaptación. Cuando la comunidad reconoce valiosas las tareas desempeñadas, les atribuye pertenencia y competencia y de manera indirecta promueve el compromiso personal, las decisiones autónomas, la adaptación y la internalización¹³⁹. Las comunidades saludables son producto de la reunión de individuos que han de-

sarrollado de manera armónica lo físico, lo psíquico y lo moral. La autonomía promueve actividades más sanas, enérgicas, armónicas y perseverantes para el aprender, enseñar y desarrollarse en la acción. Estimula el esfuerzo para superar los obstáculos que pudiera enfrentar y retroalimenta las defensas del sujeto. La controversia planteada entre independencia del pensamiento e intereses del grupo ha sido desmentida. El humor, la italidad, la autoestima y la ausencia de molestias físicas promueven el compromiso y la responsabilidad y generan comportamientos activos. Se comportan como predictores del bienestar diario, como se comprueba en esferas relacionadas con la religión, las actividades deportivas, la actividad política e incluso en las relaciones íntimas. Las recompensas o penas suscriptas por el medio imortal, pero el sentir individual es sustantivo para posicionar las motivaciones. Los individuos pueden asumir posturas activas o pasivas, constructivas o indolentes de acuerdo con momentos y lugares, disposiciones y circunstancias personales psicológicas y biológicas. La falta de coherencia entre MI y objetivos declarados, entre normas supuestas y reglas aplicadas, entre dichos y hechos, provoca malestar, resentimiento, desinterés o alienación personal y social. Los contextos dominados por situaciones de control excesivo, desafío inadecuado, temor o sanciones o recompensas insuficientes disminuyen la percepción de la autonomía y de la competencia y amenazan la pertenencia y afectan la internalización. Colocan al sujeto en posición de objeto pasivo y suscitan distress físico y psíquico, que puede conducir a la pasividad y comprometer la salud¹⁴⁰. Cuando la magnitud del estímulo es suficiente, existe la posibilidad de alienación¹⁴¹.

La concepción profesional, el compromiso con la comunidad de aires, el grupo de *labors* y la comunidad científica y/o social, constituyen normas y motivaciones que caben entre las ME. Su ejemplo y enseñanza son cardinales para lograr la internalización. El respeto de la MI, como expresión profunda de lo volitivo, provoca sensaciones de integridad, bienestar o eudaimonia¹⁴². Las metas incumplidas generan sensaciones de defecto, angustian y colocan al sujeto en situación insatisfecha o culpable. Freud estimó que "...siempre se produce una sensación de triunfo cuando el yo, logra algo que coincide con el ideal del yo. ... el sentimiento de culpa (y el de inferioridad) pueden comprenderse como expresión de la tensión entre el yo y el ideal"¹⁴³.

La vida es algo propio: depende de la libertad de elección. Las personas definen sus objetivos según las preferencias personales y los factores del medio en el que se desarrollan. La buena calidad es la que satisface medidas individuales. El reconocimiento del self en cuanto a propio Yo y la sensación de agencia con respecto a los procedimientos adoptados definen el grado de autodeterminación. Dentro de tal marco, las metas intrínsecas satisfacen las necesidades básicas y son sustantivas para el crecimiento, desarrollo, y satisfacción personales. Fortalecer la autonomía es esencial para mejorar lo social. La psicología, la filosofía y la ética coinciden al respecto y hoy, al menos en la declamación, la moral, las leyes y la política lo reconocen. Las metas extrínsecas comprenden a todas las demás. No satisfacen necesidades básicas pero producen réplicas indirectas que podrían compensarlas en parte. Entre ellas se ubican la acumulación de bienes, la imagen atractiva o la fama. Su logro otorga agrado menos intenso y persistente y no conduce al bienestar a largo plazo. Con frecuencia se acompañan de mayor ansiedad, depresión y narcisismo¹⁴⁴.

La serena aceptación de la responsabilidad por lo bien (o mal) elegido y el bienestar logrado en armonía interna ha sido sintetizado por Amado Nervio cuando "En Paz." dice:

*Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo, vida,
Porque nunca me diste ni esperanza fallida,
Ni trabajo injusto, ni pena inmerecida,
Porque veo al final de mi rudo camino
Que yo fui el arquitecto de mi propio destino
Que si extraje las mieles o la hiel de las cosas
Fue porque en ella puse hiel o mieles sabrosas.
Cuando planté rosales, coseché siempre rosas.
...Cierto, a mi lozanía va a a séguir el invierno;
mas tú no me dijiste que mayo fuera eterno
Hallé sin duda largas las noches de mis penas;
Mas no me prometiste tú, sólo noches buenas,
Y en cambio tuve algunas santamente serenas...
Amé, fui amado, el sol acarició mi faz.
¡Vida, nada me debes! ¡Vida, estamos en paz!*

La vida puede concebirse como la relación entre un organismo y el medio en el que existe. El vínculo entre la biosfera y el sujeto se traduce en estímulos. El registro logrado por diversos receptores; genera respuestas cuya calidad y magnitud

dependen del tipo e intensidad del apremio original y de la capacidad específica del individuo. Las acciones efectivas corrigen situaciones, las inefectivas resultan inadecuadas para las necesidades: no modifican la situación y a veces conducen a nuevos aprietos. Recomienza la busca de soluciones. El proceso, permite eventualmente aprender de la experiencia. El resultado final expresa el balance más o menos estable del individuo y determina el grado de confort o incluso la posibilidad de subsistencia. El SIRS constituye un ejemplo biológico de lo expresado. Los apremios muy intensos dan lugar a dos alternativas exclusivas: se sobrevive a través de la respuesta adaptativa o defensiva o se agota la vida en el intento. El continuum de mecanismos homeostáticos observados en la órbita biológica se reitera en la esfera psicológica.

En 1974 H J Freudenberg¹⁴⁵ observó que ciertos signos de agotamiento y desgano presentaban trabajadores sometidos a situaciones laborales exigentes en las esferas sociales, de la salud mental, enfermeras y docentes. A posteriori, los médicos fueron incluidos dentro del universo de riesgo¹⁵¹. Concedían a su labor escaso valor, se sentían ineficaces y culpaban de los resultados adversos obtenidos a los destinatarios de la tarea¹⁶⁰. Objetaban su decisión, elección y actividad profesional. No hallaban satisfacción personal ni beneficio para los receptores en su tarea. Desesperanzados, aislados y con expectativas insatisfechas, manifestaban desencanto consigo y con el reconocimiento brindado por el medio. La situación fue interpretada como una expresión de desgaste o poststración, se designó la saturación como "Síndrome de Burnout" (SBO) y se lo definió como "situación que se observa con más frecuencia en sujetos cuyas ocupaciones requieren alto nivel de compromiso e interacción personal con otros actores que evidencian agotamiento emocional, despersonalización en el trato y disminución del reconocimiento personal"¹⁵². La traducción literal del vocablo corresponde con el término "quemado". No se ha hallado el término español que sustituya la traducción comprensiva de lo que la expresión significa. Entre los términos que responden a los signos y síntomas que constituyen el SBO se hallan las acepciones que se detallan en el siguiente Cuadro que sugieren la amplitud del desacuerdo entre la persona y el medio a través de des-(o dis) funciones.

CUADRO 1

Algunos sinónimos literales y acepciones que intentan describir el Síndrome de Burnout (SBO)

abatido	desmantelado	gastado
abrumado	desmoronado	liquidado
acabado	desolado	malogrado
agotado	desorganizado	maltratado
aniquilado	despedazado	perdido
anonadado	desprovisto	postrado
arrasado	destruido	quebrantado
arruinado	devastado	rebasado
asolado	estropeado	rematado
consumido	exangüe	rendido
dañado	exánime	reventado
demolido	excedido	sobrepasado
depreciado	exhausto	
desalentado	extenuado	subyugado
desanimado	extralimitado	superado
desasosegado	fatigado	terminado
desbaratado	filtrado	trastornado
desbordado	finiquitado	vaciado
desgarrado	fracasado	vencido
deshecho	frustrado	
desintegrado	fundido	

El elemento nuclear del SBO es el *agotamiento emocional*. El sujeto se considera incapaz de resolver la demanda impuesta y abandona el compromiso afectivo con las tareas. La respuesta depende del prototipo de personalidad. La sobrecarga laboral, la falta de apoyo brindado por los superiores y por la comunidad y los fracasos en las pretensiones son factores concurrentes. El comportamiento incapacita para responder de manera adecuada, eficiente y satisfactoria, produce frustraciones crecientes. Las acciones se evalúan de forma negativa y conllevan la sensación de frustración. El daño se cronifica y potencia. La persistencia de la lesión ocasiona la fatiga de la compasión, donde ni con ella se cuenta para los afectos por ofrecer. Los efectos lesivos se minimizan cuando el quehacer cuenta con apoyo del grupo de tareas inmediato o de la comunidad de los afectos constituida por amigos o familia o armoniza con intereses personales. La habilidad, la esperanza, el optimismo y la esperanza coherentes con los valores propios y con los recursos aprendidos determinan sensaciones de autonomía, autoeficacia y compromiso con la labor y generan posturas proactivas que disminuyen el riesgo de agotamiento

emocional¹⁵⁶. La *despersonalización* es la postura a través de la cual el individuo toma distancia de las personas con que trata en la medida en que se considera incapaz de satisfacer sus solicitudes. Desarrolla sentimientos negativos, impersonales y cínicos respecto de los sujetos a los que destina los servicios (en el caso de los médicos, a los pacientes). Los objetiviza y desde entonces, se desinteresa tanto por las metas propuestas cuanto por los resultados por obtener¹⁵⁶. Sólo interesa el cumplimiento de las normas impuestas, y en el intento de evitar mayor daño emocional. Prima la retirada antes que el compromiso íntimo con la tarea. El *escaso reconocimiento personal* se compadece con la ejecución de labores que considera no reconocidas o no valoradas por el medio. Sus acciones no parecen importar a nadie y suma el sentimiento inutilidad del quehacer personal y general con percepciones de soledad y abandono. Expresa desmerecimiento personal, compromiso de la autoestima, vulneración de la autonomía. Alterada la sensación de ser en sí mismo, la conciencia de propio valor y la afirmación de lo que cada uno cree ser el bienestar se hace cada vez más difícil. La respuesta reiteradamente adversa del medio, confirma y empeora el deterioro. La situación transcurre por senderos independientes a los del agotamiento emocional y la despersonalización. El reconocimiento de las acciones emprendidas, apoyos sociales varios, la participación en proyectos comunitarios y aún la persistencia por propia decisión, aseguran mayor compromiso con la labor pues "cada uno sabe por qué hace lo que hace".

Freud afirmó sobre el duelo que "la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo... el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento del sí... en el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso ocurre al yo mismo... describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo... el cuadro de este delirio de insignificancia —predominantemente moral— se completa con el insomnio, la repulsa al alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso

psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida". Ciertos datos coinciden con el SBO. El SBO fue considerado expresión de tedio laboral¹⁰⁸ o manifestación de depresión y estrés superpuestos¹⁰⁹. Finalmente, se lo aceptó como expresión de un conflicto complejo entre las personas y su contexto laboral y social. En los casos más avanzados afecta las pulsiones vitales. La descripción debiera inquietar pues coincide en demasía con situaciones observadas a diario en los ámbitos sanitarios.

El estrés es un término que corresponde, según su definición más genérica, a cualquier hecho de tensión, violencia, compulsión, coacción, exigencia o fuerza que se impone a un organismo y que pueda interpretarse como amenaza para la existencia, el bienestar físico o psíquico. Genera irritación y suscita respuestas, acciones. Desde el punto de vista psicológico, el estrés resulta de la relación particular que se establece entre el medio, el sujeto y las emociones personales. El concepto resulta funcional para interpretar el SBO. El Cuadro 2 resume la secuencia de desarrollo de las acciones.

El estímulo es el hecho o demanda del medio que enfrenta el individuo y que advierte de la existencia de la cuestión. La confrontación de lo percibido con los valores, concepciones o expectativas personales, genera alguna emoción. La cuestión despierta diversas motivaciones. Se procede a interpretar, categorizar y evaluar la situación. El resultado se somete a criterios subjetivos, factores cognitivos y actitudinales que otorgan a la cuestión el *tono afectivo* que confluje como factor importante para estimar el *grado de emergencia* que requiera la respuesta al desafío o exigencia¹¹⁰. Entonces, procede al estudio de los recur-

sos con que cuenta. Los recursos reconocen multiplicidad de orígenes. Los cognitivos comprenden la representación personal que tiene de sí y de su propio valor, las habilidades y destrezas personales, el fin asignado a la labor, la posibilidad de decidir de manera autónoma, el incentivo para innovar y la conciencia de estado o escrúpulos. Los emocionales incumben a la capacidad para percibir, tolerar y expresar sentimientos. Los físicos responden a la capacidad corporal para mantener las acciones elegidas. Los espirituales o filosóficos derivan de las creencias, necesidades y valores personales, espirituales, familiares, culturales, ideológicos o religiosos. Los económicos se relacionan con la provisión con que se cuenta para el desempeño de la labor. Los sociales admiten la pertenencia a redes sociales o laborales, el apoyo de la comunidad, la capacidad para comunicarse, la confianza depositada y las relaciones íntimas. Las *expectativas*, *recompensas* o *castigos* contingentes y no contingentes actúan como estimulantes o inhibidores tanto en lo íntimo cuanto en lo público de acuerdo con cada sujeto. Nada es inconsecuente cuando se refiere a los comportamientos por adoptar. La decisión central es la cantidad de recursos que se dispone arriesgar sin quedar desprotegido por la depleción de reservas: aunque la ganancia de cualquiera de los recursos no aparece como sustancial, la amenaza de pérdida tiene fuerte influencia. La sobrevaloración de las consecuencias adversas, reales o posibles, hace que los individuos bloqueen el proceso, eviten la acción y aumenten la posibilidad de daño. A partir del análisis antecedente, se efectúa la selección de las metas por lograr y de las estrategias por emplear para alcanzarlas. Expresan estilos de comportamiento consistentes con la personalidad

CUADRO 2
Respuesta al estrés



que integran las preferencias, la capacidad adaptativa, la vulnerabilidad y las reservas personales percibidas. Entonces, se procede a la acción. Los resultados pueden producir bienestar y satisfacción o daño y discomfort. Constituyen antecedentes que enriquecen la experiencia y aprendizajes que se incorporan al bagaje propio de los recursos y a los cuales se recurre ante situaciones similares. El procedimiento se acompaña de modificaciones físicas, químicas y psicológicas y cuando los resultados son repetidamente adversos, el estímulo nociceptivo se cronifica... y daña.

El SBO es una lesión producida por la respuesta disfuncional a agresiones reiteradas provenientes del medio laboral. Requiere factores del medio y del sujeto. Concurren conflictos derivados de exceso de labores y presiones, atribución ambigua de roles y competencia exagerada. Cada uno se acepta como fin y significado de la propia vida. Atribuye valor individual a cada hecho y asigna a cada acción intenciones personales. La regulación de las emociones exige aceptar las necesidades de desarrollar el propio potencial, crecer y expandirse, como sujetos que están continuamente siendo y no llegando a un cierto estado. La pérdida de motivación laboral genera desilusión, desinterés, fatiga e inquietud crecientes que se acompañan de sensación de culpa. La condición disminuye la eficacia, la eficiencia y la creatividad, aumenta el ausentismo y anticipa los deseos de abandonar las obligaciones y de retirarse de las tareas. La capacidad y el estado de madurez individual se expresa en todo el proceso. En los tonos concedidos pueden predominar el vigor o la actividad, la tensión o la ansiedad, la depresión o el rechazo, el enojo, la fatiga, la confusión o la inercia. El optimismo acompaña a planteos positivos propios del bienestar psicológico: determina la posibilidad de comunicarse de manera adecuada con terceros, de elegir, controlar o crear ambientes adecuados para sí y para la comunidad. Las estrategias pueden asumir modelos de enfrentamiento, activos y positivos o de retirada, pasivos y negativos. La percepción de pérdida de autonomía puede estimular comportamientos de lucha, como defensa frontal contra el establecimiento del SBO. El enfrentamiento es una postura constructiva. Cuando se asocia con estabilidad emocional, permite asumir la responsabilidad de planear y ejecutar acciones, revisar lo actuado y focalizarse en el problema. Suele sumar la búsqueda instrumental de apoyo

social, extroversión, apertura a la experiencia. El proceder admite la conciencia de sí y preserva la autoestima. Brinda mayor satisfacción frente a resultados positivos y menor culpa ante resultados no deseados y facilita la reinteracción de las situaciones de estrés. El logro de resultados adecuados confirma el ajuste al medio y se asume como nuevo recurso. Refuerza actitudes de control y prevención, promueve mayor dedicación o esfuerzo y fortalece al individuo en el cual genera mayor bienestar, al tiempo que lo aleja del agotamiento emocional y la despersonalización. Alimenta un círculo "virtuoso" que evita o disminuye las posibilidades de BO. La búsqueda de apoyo social puede realfirmar el valor concedido a las acciones que se creen merecedoras de sustento o por el contrario, encubrir inseguridades que buscan esta pantalla para justificar errores o para retirarse de la lid. El apoyo de la comunidad certifica la aceptación de la persona dentro del contexto en cuanto a lo que cree ser. Suscribe la autoestima al tiempo que permite el aporte referencial de consejos o guías cognitivas, auxilia con apoyo instrumental, de servicios o ayuda material que pallan necesidades directas o indirectas. Las estrategias pasivas, negativas o de retirada expresan al distanciamiento o la evitación de la realidad. La aceptación de la adversidad conduce al fatalismo que predetermina posturas nihilistas que promueven el SBO. Suelen acompañar a comportamientos que incluyen ansiedad, tristeza o depresión y asociarse con conductas hostiles. La negación determinada por emociones adversas, produce respuestas nulas, inadecuadas o cuya recompensa no satisface. Los sucesos adversos son quebrantos que exigen la inversión de recursos valiosos sin beneficio aparente y tienen fuerte correlación con el agotamiento emocional. Provocan mayor distress psicológico que el enfrentamiento y se suelen asociar con comportamientos neuróticos: exageran los comportamientos personales habituales y se vuelcan a la introspección. Los laboriosos aumentan la dedicación y los pasivos se aíslan. Todos tienden a evitar el análisis de la situación indeseada a exculpase o a evitar implicarse en los hechos. La mayoría de los afectados atribuyen las culpas personales a terceros y resultan muy difíciles de complacer. Son frecuentes la irritabilidad, hostilidad, inhabilidad para relajarse, alteraciones en las relaciones amistosas y familiares y trastornos del sueño o del apetito. Pueden asociar la ansiedad,

la desesperanza, la depresión o el pánico. Las confrontaciones evitadas y el compromiso emocional insatisfecho facilitan el agotamiento emocional y promueven el SBO. El desempeño y la producción laboral se empobrecen y se logra una situación que se compara con el del fuego que se sofoca o la vela que se apaga. Culmina con la disminución de la autoestima. La manifestación es recursiva y puede reinstalarse con cada decisión que implica estrés y fracasos o triunfos no reconocidos. Establecido el SBO, las respuestas tienden a adoptarse con criterio defensivo y muchas veces requiere tratamiento psicológico.

Los médicos son estimados como grupo de profesionales inteligentes, concientes de la realidad, deseosos de aprender y de seguir creciendo. Perfeccionistas, dominantes, controladores y obsesivos, suelen perseguir modelos idealizados. Adoptan estilos de comportamiento que incluyen lo profesional y lo personal con las mismas características. Desarrollan una carrera que les es sustantiva y cuyo acento prioritario está puesto en el éxito suelen ser pretenciosos en sus expectativas y son candidatos primarios para el estrés y el SBO. Presentan mayor incidencia de distonías cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias que la población general y aunque existe abundante literatura relacionada con la personalidad del médico, no se ha demostrado correlación entre ésta y los problemas de salud detectados. Establecido el SBO, la depresión clínica puede aparecer en dos o tres años. La situación puede conducir hasta el suicidio. En los Estados Unidos de Norteamérica la tasa de suicidios de hombres y mujeres médicos supera la de la población general en 40 y 130% respectivamente y constituye la causa de muerte de algo más de la cuarta parte de los galenos menores de 40 años.

El trabajo es una actividad valiosa que constituye una parte importante en la existencia del hombre. Para el profesional, el trabajo supera la concepción de forma de ganar el sustento. Define un estilo de vida que hace superlativo el compromiso con la labor. Cuando hacer y ser lo que uno quiso y aceptó resulta insatisfactorio y agotador y se acompaña de sentimientos de soledad, fracaso e impotencia, las incertidumbres y el extrañamiento respecto del medio y de las funciones asignadas es evidente. La crisis de identidad no halla respuestas adecuadas para planteos tales como ¿Qué soy? ¿Quién soy? ¿Porqué y para qué es-

toy haciendo lo que hago? Da lugar a dudas existenciales sobre el ser y el hacer y conduce a la anomía y la alienación. En este contexto, es difícil concebir el logro de CdV que se corresponda con el bienestar, con la felicidad o con una "buena vida".

El impacto económico del SBO afecta la productividad y más allá del daño que implica para las personas, interesó a las corporaciones laborales. promovieron estudios destinados a interpretar y medir el fenómeno. Utilizaron cuestionarios que exploran sentimientos y emociones y registran la presencia de sensaciones de sobrecarga de estímulo, depresión y sentimientos de desinterés por pacientes, clientes o usuarios, relaciones de trabajo y problemas físicos del sujeto. En la actualidad, el Maslach Burnout Inventory constituye la medida de referencia.

Hace casi tres lustros. Carl Boelen afirmaba que "...a nivel universal: los médicos ejercieron posiciones clave en el diseño y operación de los sistemas de salud. Han gozado del respeto y la deferencia de la sociedad. La situación cambió. Existe un aumento salvaje de la competencia que erosiona sus ingresos e incrementa el desempleo; sus decisiones son cuestionadas, las demandas legales son frecuentes y los galenos dependen esencialmente de personas no médicas". La pérdida de la autonomía parece ser el germen básico del descontento y gran parte de la población galénica se arrepiente en algún momento de haber elegido su carrera. Pablo Neruda que contempla todos los factores discutidos y propone estrategias válidas para aventar la posibilidad de SBO y lograr una mejor CdV.

QUEDA PROHIBIDO !!!!!

*Queda prohibido
llorar sin aprender,
levantarte un día sin saber qué hacer,
tener miedo a tus recuerdos.
Queda prohibido
no sonreír a los problemas,
no luchar por lo que quieres,
abandonarlo todo por miedo,
no convertir en realidad tus sueños.
Queda prohibido
no demostrar tu amor,
hacer que alguien pague
tus deudas y el mal humor.
Queda prohibido
dejar a tus amigos,*

*no intentar comprender lo que vivieron juntos,
 llamarles sólo cuando los necesitas.
 Queda prohibido
 no ser tú ante la gente,
 fingir ante las personas que no te importan,
 hacerte el gracioso con tal de que te recuerden,
 olvidar a toda la gente que te quiere.
 Queda prohibido
 no hacer las cosas por tí mismo,
 no creer en Dios y hacer tu destino,
 tener miedo a la vida y a sus compromisos,
 no vivir cada día como si fuera un último suspiro.
 Queda prohibido
 echar a alguien de menos sin alegrarte,
 olvidar sus ojos, su risa,
 todo porque sus caminos han dejado de abrazarse,
 olvidar su pasado y pegarlo con su presente.
 Queda prohibido
 no intentar comprender a las personas,
 pensar que sus vidas valen mas que la tuya,
 no saber que cada uno tiene su camino y su dicha.
 Queda prohibido
 no crear tu historia,
 no tener un momento para la gente que te necesita,
 no comprender que lo que la vida te da,
 también te lo quita.
 Queda prohibido
 no buscar tu felicidad,
 no vivir tu vida con una actitud positiva,
 no pensar en que podemos ser mejores,
 no sentir que sin tí este mundo no sería igual.*

Contextualizado el medio en que el médico desenvuelve sus labores y repasados su desarrollo histórico y ubicación como profesional, la óptica micrométrica permite puntualizar la observación en el sujeto argentino. Ante la imposibilidad de efectuar el examen físico que la semiología exige, la gimnasia propuesta habilita a acercar datos circunstanciales, obtenidos del contacto diario con colegas... y vividos por el terapeuta, que definen la situación y estado del cirujano argentino.

4. EXAMEN FÍSICO: ESTADO ACTUAL DEL CIRUJANO Y DEL MEDIO SANITARIO ARGENTINO

La situación en nuestro país ha seguido el rumbo descripto para la medicina universal, pero goza de singularidades que la convierten en caso único. Décadas de desórdenes de la estabilidad democrática, golpes de estado, autocracia, predominio de tendencias ultraconservadoras acompañados de leyes sociales de dudosa aplicación, enfrentamientos armados entre fracciones de ultra-izquierda y ultraderecha, guerra de Malvinas, ensayos de social-democracia, hiperinflación, y redefinición del

país como neoliberal presentan hoy un panorama confuso. En los últimos 60 años la definición de salud y de derecho a la salud mutó mucho y rápidamente. Dentro de un escenario con luces y sombras alternantes la situación sanitaria general y la del médico en particular se modifican. Hasta mediados de la cuarta década del siglo XX, el médico era su propio patrón, decidía sus horarios, sus contratos y sus relaciones profesionales. Gozaba de "libre profesión" y era autónomo para decidir la práctica médica que llevaría a cabo, según su preferencia y posibilidades. El prestigio social y el bienestar económico que lograra dependían de su habilidad y de la correspondiente cuota de azar. Con el producto de su trabajo mantenía a su familia, criaba y daba educación a sus hijos e incluso efectuar ahorros e inversiones para prever el futuro retiro. Aparecieron las Obras Sociales Sindicales, con adecuada concepción solidaria y proyección social evidente. La cobertura de salud comprendió cada vez a más beneficiarios. A fines de la década del '50, se establecieron el Nomenclador de Prestaciones Médicas que fijó el valor de la consulta, de la internación, de las intervenciones quirúrgicas y los salarios profesionales de acuerdo con el valor de la "hora médica". El médico trocó la autonomía de sus honorarios por la seguridad potencial del ingreso salarial o de la provisión de pacientes... y se convirtió en empleado. El beneficio por lograr con la provisión de servicios destinados a atender la salud y el cambio de costumbres universal abrió el espacio necesario para la emergencia de los sistemas prestacionales prepagos. El volumen de pacientes privados, descendió de manera dramática. El aumento de costos relacionado con el crecimiento de la tecnología y la demanda de un público cada vez más informado, disminuyó los márgenes de beneficio. Intervienen economistas que basan las propuestas de solución en cálculos costo-beneficio. Desde la óptica económica, el racionamiento es válido para ahorrar recursos; desde la óptica social resulta justo cuando se lo asigna para servir mejor a mayor número de personas. Cuando se pretende gastar menos, sin considerar en qué, se lesiona la accesibilidad a la atención al tratamiento adecuado y se vulnera uno de los pilares del declamado derecho a la salud. El racionamiento mal aplicado genera retrasos y negaciones terapéuticas, complicaciones... y vidas. Su aplicación inadecuada, remarcó el recorte de los honorarios profesionales.

Mientras tanto, la Constitución Nacional Argentina reconoce el derecho a la salud, subsumido en el derecho a la vida, como una de las prerrogativas "no enumeradas", establecidas en pactos complementarios reconocidos por la Nación. Establece que "todos los habitantes son iguales ante la ley", que "...los beneficios de la seguridad social tienen carácter de integral e irrenunciable", y para ellos "...el Gobierno Federal proveerá... con los fondos del Tesoro nacional". Las Constituciones Provinciales reiteran los conceptos. Se acepta el derecho a la vida y a su cuidado como derecho negativo. Establece como derecho positivo la obligación de procurar asistencia sanitaria a todos los ciudadanos y obligan al Estado a asistir a los grupos más vulnerables. La política sanitaria pretende mejorar la equidad y eficiencia del Sistema. La elección del modelo prestacional fluctuó en nuestro país entre propuestas mixtas público-privadas y la privatización (tercerización) definitiva de la atención de la salud. El proceder define el *laissez faire* propio de lo que concierne al bien público y hace honor a la tradición rioplatense que desde la época de la colonia acepta que las leyes se acatan, pero no se cumplen. El paciente está descontento con lo recibido, el médico también. El derecho a la vida y a su calidad aparecen como derechos. El presupuesto de salud argentino comprende alrededor de 25 mil millones de pesos (algo más del 8% del presupuesto anual del Estado). La administración de los fondos está compartimentada en 3 subsectores. El *Sector Privado* ofrece cobertura cerca del 8% de la población. Contratan en forma directa o indirecta a empresas de medicina prepaga, Obras Sociales de Personal de Dirección y hospitales de comunidad. El *Sector de la Seguridad Social* reúne a los trabajadores en relación de dependencia y a sus familias directas. Aportan compulsivamente sobre su salario el monto porcentual que el Estado indica. Según diversas apreciaciones entre el 30 y 40% de los habitantes goza de esta situación. El 10% de la recaudación se destina al Fondo Solidario de Redistribución gerenciado por el Estado a través del ANSES. En este grupo se incluyen el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), las Obras Sociales de los Poderes Legislativo y Judicial, de las Universidades Nacionales, de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las Obras Sociales Nacionales, Provinciales y Municipales. El *Sector Público* corresponde a quienes no cuentan

con cobertura y a todos los que requieren atención de las instituciones públicas. Comprende a la más de 50% de la población y suma a aquellos desatendidos por sus coberturas.

La crisis del 2002 puso al país en situación de Emergencia Económica y Sanitaria y desnudó la situación, tal vez definitivamente. El presupuesto sanitario descendió el 72% en dólares. El impacto fue evidente. Se restringieron las Prestaciones Médicas Obligatorias, se limitó la adquisición de insumos básicos y el mantenimiento del instrumental: las intervenciones quirúrgicas se restringieron a aquellas destinadas a tratar urgencias y neoplasias. Los despidos y el desempleo redujeron la afiliación a las Obras Sociales, aumentaron la morosidad en los sistemas prepagos y disminuyeron la masa de beneficiarios de todos los sistemas. Todos los sistemas, retrasaron o suspendieron los pagos. Decenas presentaron curso de acreedores o se fusionaron entre sí. Numerosas instituciones suspendieron servicios o cerraron puertas. La deuda del sistema de salud para con prestadores privados y públicos de esta etapa superó los 3 mil millones de dólares, que se devaluaron a pesos. Entre los acreedores económicos estuvieron los médicos, entre los damnificados sanitarios, los pacientes desatendidos. A mediados de 2003 el 16% de quienes habían tenido cobertura, la habían perdido, 13% no podía costear los copagos y 5% no podía acceder a los beneficios por deudas pendientes de sus responsables administrativos. Entonces más de 22 millones de personas dependían para su atención exclusivamente de los Hospitales Públicos.

La crisis empujó a la demanda y los médicos sufrieron descuentos en salarios, disminución en el monto de las prestaciones, retrasos en los pagos y disminución de las fuentes de trabajo. Muchos profesionales persisten sub-ocupados, multiempleados, malpagos y frecuentemente impagos. El Estado congeló las vacantes producidas por fallecimientos o jubilaciones. Son frecuentes la asignación de salarios por tareas desempeñadas a "nombre de terceros", contratos "basura" y recortes en los estipendios pactados en razón de "excesos que no pueden ser cubiertos por los fondos asignados". Cerca del 15% de los agentes de salud de la Provincia de Buenos Aires registra desde entonces situaciones laborales irregulares. Los mejores esfuerzos de la grey galénica no armonizan con el status laboral, social, legal y económico logrados y se compadecen aún menos con los

riesgos legales, patrimoniales y penales, que la profesión exige.

La aldea global ha mediatizado la medicina. La "información pública" suele desinformar más que ilustrar. Las informaciones sobre el estado de la salud y del sistema responsable aparecen de manera esporádica; no suelen reflejar la magnitud de las falencias, ni se les concede el espacio correspondiente a "temas sensibles". Buena prueba la constituyen las publicaciones correspondientes al periodo de crisis económica, que merecieron menos centimetrage que "las novedades terapéuticas" de interés sólo para algunos. Los periódicos de gran circulación cuentan con secciones completas dedicadas a temas de salud... en espacios que en general se destinan a la promoción comercial. El desconocimiento o sólo el interés por vender espacios en los medios de comunicación, lleva a publicar datos de certeza variable que siembran esperanzas vanas, alimentan expectativas excesivas o prometen resultados deseables aún no logrados. La labor es facilitada por la colaboración "desinteresada" de colegas que asesoran o proveen información guiados por el afán de promover sus propios servicios y satisfacer metas personales. Los conflictos de interés que encierran tales comportamientos enfrentan los códigos deontológicos y a la ética personal y dañan el prestigio de la comunidad que respeta sus obligaciones. La omisión de los grupos profesionales para aclarar estas situaciones no se hicieron evidentes. Se hace evidente la ausencia de comunicadores científicos que representen a los profesionales y expongan en lenguaje adecuado las acontecimientos científicos y las realidades del contexto. Las publicaciones médicas tampoco atestiguan énfasis de personas y corporaciones médicas respecto de la emergencia sanitaria y económica acontecida ni de sus consumos. El tema se encuentra en pañales en todo el mundo y genera incomodidades en la práctica.

La población argentina se acerca a 38 millones de habitantes: 28,4% entre 0 y 14 años, 61,7% entre 15 y 64 y 10% de mayores de 65. El 12,3% son analfabetos (2,1% completos y 10,2% funcionales). La situación ha cambiado y el 52% sólo cuenta con educación primaria completa. El 11% tiene educación terciaria completa, universitaria o no universitaria. Casi 80% de los títulos de médicos han sido expedidos por universidades públicas. El status económico nacional se define de acuer-

do con la Encuesta Permanente de Hogares. Estima, de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor, el monto de ingresos necesarios para que una familia tipo procure bienes y servicios satisfaga el conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias esenciales y procure bienes y servicios. Considera familia tipo aquella constituida por un jefe de hogar de 35 años con esposa de 31 años, un hijo de 5 y una hija de 8 años afincados en el Gran Buenos Aires. En junio de 2005, el valor de la Canasta Básica Total (CBT) que incluye bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) se evaluó en 778,31\$ y la Canasta Básica de Alimentos (CBA) en 353,77\$ mensuales. Ubica bajo de la "línea de pobreza" o los hogares cuyos ingresos no alcanzan a cubrir el valor de la CBT y debajo de la "línea de indigencia" a aquellos incapaces de adquirir la CBA. En octubre de 1974, el Gran Buenos Aires registraba un 4,7% de población pobre y un 2,1% de indigentes. La pobreza ascendió al 19,5% en mayo de 1994. En el 2005 pobres e indigentes sumaban el 52,1%, 16% de los ciudadanos con edades entre 15 y 24 años no estudiaban ni trabajaban y cerca de 80% de los menores de 18 años había transitado alguna vez por la pobreza. El 47,2% de los asalariados no gozaban de descuento jubilatorio ni cobertura por Obra Social, potente indicador del trabajo precario. Las medidas efectuadas del Banco Mundial efectuadas a fines de 2004 en base a parámetros diferentes, mostró que un 36,1% de la población argentina se hallaba debajo de la línea de pobreza y 8,6% de la de indigencia, sumado casi 45%.

El contexto impone barreras insalvables y la solución excede las posibilidades personales. El profesional médico es testigo cotidiano de los efectos de la enfermedad, el desempleo, la pobreza y la indelensión de quien enferma. Busca honrar los deberes profesionales, sociales, legales, deontológicos y éticos que le corresponden, reclama y exige con fundamento y recibe respuestas escasas o nulas. Sabe que ofrece menos de lo que debiera de acuerdo con lo aprendido durante su formación universitaria y con lo encomendado por la propia sociedad. Su posición como curador o incluso como abogado de los intereses del paciente no es satisfactoria ni fructífera. La carencia de medios instrumentales, humanos o económicos obliga a recortar o retrasar ofertas y desempeñar labores "a media máquina" y también a dar razo-

nes por este comportamiento. Reconoce que la autonomía de decisión de todos está comprometida. La decisión médica asigna recursos a través de prescripciones diagnósticas y terapéuticas y tiene consecuencias en el estado de salud, en la economía y en las expectativas del paciente. El funcionamiento y rendimiento de PAMI la mayor Obra Social del país y responsable de más de 3 millones de personas, es paradigmático de la situación. Los Hospitales Públicos reflejan la situación. Los pacientes están cada vez más desatendidos y descontentos. No se cuenta con datos que certifiquen resultados respecto de la salud y seguramente los índices sanitarios del período darán cuenta del perjuicio provocado. Médicos y pacientes comparten el malestar.

La insatisfacción local tiene expresión universal. En 1992, Edward Pellegrino y David Thomasma²¹⁸ aseguraban que "...la profesión médica está afligida por una mentalidad de sitio. Sus miembros actúan como los ocupantes de una ciudadela a punto de caer en las manos de fuerzas hostiles: están divididos, desanimados y tentados a desertar". Las inquietudes de los profesionales y de los pacientes se registran en prestigiosas publicaciones.

Mientras tanto los administradores de fondos para la atención de la salud protestan por el escaso beneficio que ofrece la labor. No se explica el interés que lleva a pujar por la obtención de contratos y licitaciones a empresas nacionales y multinacionales. Si la rentabilidad real del quehacer es dudosa, es difícil explicar las exigencias impuestas por la Organización Mundial de Comercio desde 1992: obligan a integrar a grupos internacionales en la provisión de servicios de salud, educación, comunicación y agua potable y sancionan por incumplimiento de la obligación. El interés dinerario es evidente y queda fuera de discusión.

El médico se ve sometido al aumento de presiones por parte de la población y de los medios. Su función es desmerecida por la población y por el mismo Estado. La opinión pública ubica a los problemas sanitarios en 6° o 7° lugar de interés, precedidos por la violencia, el desempleo y la desocupación en compulsas que se efectúan varias veces al año. Médicos y pacientes perciben con mayor o menor evidencia el juego de grandes apuestas económicas, políticas y sociales y sistemas de salud ineficientes, ineficaces e inequitativos en el que ninguno de ellos cuenta. La frustración constituye un condimento común del que-

hacer. La situación no contribuye al bienestar. Todos se sienten damnificados y los ánimos se caldean ante una realidad compleja y amenazante enmarcada por multitud de promesas incumplidas. Los pacientes se sienten descontentos, desconfían de los médicos y se establecen relaciones que generan más enfrentamientos que alianzas. Se resta valor, importancia y reconocimiento a la labor médica y con frecuencia, el médico es catalogado como "inhumano" o "desaprensivo". Se lo responsabiliza por la situación y se expresa el disgusto con violencia creciente, incluso física.

El Estado delega en los médicos la asistencia adecuada y oportuna de la salud. El ejercicio de la profesión está regido por la Ley Nacional 17132/67 y sus equivalentes provinciales. La aparición de normas referidas a transplantes, VIH / SIDA y Habeas Data no han alterado la posición legal. En la medida en que actúe con discernimiento, intención y libertad, el médico satisface las condiciones que marcan la doctrina, las leyes y la jurisprudencia para ser considerado responsable tanto de sus actos profesionales cuanto de las consecuencias que provoque como persona, ciudadano y profesional. Las faltas en contra de la responsabilidad media emergen cuando en un hecho concurren antijuricidad, daño, factores de imputación y relación de causalidad entre conductas y consecuencias dañosas. La antijuricidad corresponde a cualquier comportamiento que contradiga ordenamientos jurídicos. Daño es todo lo que produce menoscabo real y efectivo, actual o futuro de los bienes materiales (daño patrimonial), espirituales (daño moral) o incluso de los sentimientos de una persona. La culpa o responsabilidad subjetiva se explicita en el artículo 512 del Código Civil y establece que "la culpa del deudor en cumplimiento de la obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar". La jurisprudencia considera que "...cuando el profesional incurre en omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación, sea por imprudencia, negligencia o falta a su obligación, se coloca en posición del deudor culpable", así como que "...al incumplir los dictados de su ciencia o especialidad, el médico incurre en la culpa común que supone una noción singular invariable y genérica...". El daño físico o psíquico, la subsistencia del perjuicio o la lesión de un interés exigen la re-

paración por medio de indemnizaciones que se destinan a cubrir los gastos, la incapacidad, el lucro cesante, etc. La obligación civil establece la condición y monto del resarcimiento que corresponde por los daños ocasionados y la obligación penal determina los castigos por aplicar a los actos profesionales cometidos con culpa. Se cuestiona la responsabilidad médica ante aparición de daños, agravios, penas inesperadas o indeseables, contratiempos inesperados o la falta de logro de beneficios deseados. La realidad argentina atenta contra el ejercicio normal de la medicina, pone al paciente en riesgo de ser víctima de errores y al médico de incurrir en ellos. El desorden institucional en el que se trabaja, brinda un campo propicio para los reclamos. La carencia de medios no exime de culpa al galeno aunque éste actúe en relación de dependencia. La privación de la atención oportuna y diligente se constituye en daño cuando mantiene o agrava el estado del paciente o aumenta las consecuencias sobrevinientes o disminuye las posibilidades de sobrevivir o sanar. La jurisprudencia estableció que "...los cirujanos en particular, están sujetos a una acentuación de las responsabilidades que caracterizan al desempeño profesional, debido al sistema de salud inapropiado para la coyuntura social vigente y a la infraestructura incompleta". La concurrencia de malentendidos, accidentes, complicaciones, casos fortuitos e imponderables constituyen el potpurri en el crecen el descontento. La insatisfacción es alentada o promovida por traviosos letrados que se asocian con "estimados colegas" médicos: alimentan la duda sobre presuntas incorrecciones o inconductas, no siempre fundadas ni comprobables. Cuando el estímulo despierta el deseo de retaliación, se lo condimenta con la posibilidad de obtener beneficios económicos, cierta para el promotor legal y potencial para el demandante. El reconocimiento de los derechos de los pacientes, el desamparo de los médicos y el calor del "poderoso caballero" motorizan los reclamos judiciales. La posibilidad de litigar sin costos favorece presentaciones aventuradas. La litis ofrece a las "víctimas" un recurso casi inagotable al cual acudir. En el escenario tribunalicio, casi todo vale para las partes y solo cuenta la hermenéutica forense. Los galenos, inquietos por la amenaza potencial, se ven obligados a efectuar estudios y prácticas que exceden lo necesario para diagnosticar y decidir terapéuticas pero que constituyen un "paraguas legal", car-

dinal ante la aparición de las temidas demandas. Los resultados adversos o calificados como tales, generan la aparición de peritos de "la otra parte" que los requerirán y vulnerarán la posición del médico en caso de no haberlos efectuado. El proceder se conoce como medicina defensiva: aumenta de manera innecesaria las molestias para el paciente y los gastos para el sistema. El médico no procede como debe y el paciente lo percibe: la relación se compromete. Los daños atribuibles al quebrantamiento de pactos y leyes pueden generar demandas en contra de los médicos, las autoridades y aún contra el propio Estado. El fenómeno, ha sido observado en los países más desarrollados, se extiende a todo el orbe y aún no ha encontrado remedio para los excesos. Hoy, alrededor del 20% de los médicos argentinos han tenido o tienen cuestiones judiciales en curso. Los cirujanos ocupan el segundo lugar en las escalas de riesgo profesional y muchos capaces y bien formados evitan los casos complejos u ofrecen tratamientos conservadores para aventar la posibilidad de complicaciones mayores y evitar demandas injustificadas, evaden el trato directo con los pacientes, asumen labores administrativas o se plantean abandonar definitivamente la profesión. Nueve de cada 10 juicios finalizados determinan la inocencia del profesional. El síndrome judicial, descrito por Hurtado Hoyo es una constante frente a las demandas. Asocia vergüenza, inseguridad y desilusión con la práctica médica, sensación que puede persistir por muchos años. Entre el 10 y el 15% del presupuesto de los hospitales y sanatorios está comprometido en solventar esta verdadera "industria del juicio". Las compañías de seguros proyectan para el período 2001/2010, 6600 sentencias con un promedio de 348.000\$ por caso. La siguiente solicitada, publicada en medios gráficos en enero de 2005 y firmada por Sociedades Médicas Científicas y gremiales, entre las cuales figuraba la Asociación de Cirugía, confirma la importancia de la cuestión: La Salud está enferma: Todos los habitantes de la Nación tienen el derecho constitucional de reclamar. Sin embargo, el abuso de demandas judiciales sin fundamento por responsabilidad profesional, ha provocado que hoy su salud esté en peligro. Queremos explicarle cuáles son las razones y aportarles algunos datos para que comprenda el daño que está causando no sólo a profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, obstetras, enferme-

ras e instrumentadoras quirúrgicas, sino al conjunto de la población. Existen proyectos de ley para modificar esta situación. Llevan muchos años en el Congreso Nacional y no son tratados. La relación médico-paciente se está deteriorando sin remedio. Nadie con miedo puede ejercer plenamente su profesión. Los pacientes reciben una atención condicionada por esta situación, los sistemas público y privado tienen menos recursos. Es necesario que más legisladores se sumen a quienes interesan la salud. Con profesionales amenazados e instituciones sin recursos no hay sistema que funcione. Nuestro objetivo es acercarnos a usted para que usted se acerque a nosotros. Ante cualquier duda, consulte a su médico. La judicialización de la relación médico-paciente es un fenómeno universal para cuyos excesos aún no se ha encontrado remedio. Una cuarta parte de los residentes estadounidenses, no volverían a estudiar medicina por esta cuestión. La realidad nacional se enmarca en una maremagnum de declaraciones rimbombantes donde sobran normas y leyes declamatorias. La gestión estatal ejemplifica el principio lógico de contradicción, cada vez que dice que una cosa es un derecho inalienable al tiempo que lo desdice al quebrantarlo, pues "...no prevée, provee ni controla el cumplimiento de las obligaciones establecidas". Son de regla las decisiones vacilantes, las transformaciones inconclusas, desordenadas, ineficientes y aún dañosas para todos. Corresponde a la ética, basada en preferencias y creencias juzgar el bien dentro de los dilemas que se presentan y criticar la moral que guía las disposiciones.

Los códigos deontológicos y éticos puntualizan las obligaciones del cirujano que se reiteran en recientes discusiones sobre profesionalismo. El Manual de Ética y Deontología del Cirujano expresa que "...el médico debe conocer y cumplimentar la legislación... que rige el ejercicio de su profesión,... cumplir las medidas destinadas a mejorar la atención de la salud, asegurar para todos los individuos cuidados de similar calidad o corregir los defectos vinculados con la accesibilidad a los recursos disponibles... e impedir el dictado de disposiciones que coarten la libertad necesaria para la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas convenientes". Entre otros, coinciden al respecto los Códigos de Ética del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, de la Asociación Médica Argentina y del American College of Physicians. La

responsabilidad subjetiva del médico se define por el res ipsa loquitur (las cosas hablan por sí mismas). La imputabilidad de los encargados de custodiar el derecho a la salud corresponde al *verum ipsum factum* (lo verdadero es lo hecho). La falta de elementos necesarios para cuidar de los pacientes habilita el individualismo responsable del médico y proyecta su misión de representar al paciente ante terceros. A partir de entonces, le cabe apelar al sentido de justicia de la mayoría y efectuar reclamos fundados en objeción de conciencia, recursos de amparo e incluso la desobediencia civil, consagradas por la Constitución Nacional Argentina. La objeción de conciencia es el rechazo moral a aceptar mandatos u órdenes que contradicen motivos de conciencia éticos, religiosos o ideológicos. Toda persona tiene el derecho de solicitar amparo a la justicia cuando enfrenta ilegalidades manifiestas o situaciones que restringen, alteran o amenazan derechos o garantías reconocidos. La desobediencia civil es la inobservancia activa o pasiva de alguna ley con ánimo de poner en evidencia en forma no violenta el carácter injusto de alguna norma.

El médico argentino nace, vive, se educa y practica la profesión dentro de este contexto confuso a pesar de lo cual, sigue reclutando voluntades. La labor es una vocación de servicio, una experiencia humana única, una aventura intelectual cautivante y un compromiso personal de por vida. Según diversas fuentes, se estima la población médica de nuestro país entre 108 y 124.000 profesionales de los cuales entre 12 y 16.000 son cirujanos. Considerados el crecimiento vegetativo de la población en 1.4% anual (alrededor de 500.000 personas) y el índice de mortalidad general en 0.77%, con una tasa de mortalidad de médicos del 0.14% y de retiro del 0.5% anual, se calcula necesario incorporar entre 1300 y 1500 nuevos médicos por año. La realidad excede la necesidad calculada. Entre 2001 y 2004 Argentina aumentó de 309 a 344 médicos por cada 100.000 habitantes. En el próximo lustro se graduarán entre 5000 y 6500 nuevos médicos por año y para el año 2010 se calculan 432 médicos/100.000 habitantes. La distribución profesional es heterogénea: abundan en los grandes centros y escasean en los conglomerados menores, con extremos de 1/86 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y 1/863 en Tierra del Fuego. La calificación laboral es cada vez más exigente. La oferta de cargos para residen-

cias alcanza a para cubrir entre una quinta y una tercera parte de los graduados recientes. Unos 200 optan por cirugía general cada año y suelen quedar vacantes no cubiertas. Aparecen residencias de 2° nivel, cursos de especialistas de diverso contenido y pretensión. La inserción laboral post residencia resulta cada vez más complicada. La certificación se transforma en requisito indispensable para facturar y la recertificación gana peso y sustancia. Los títulos logrados como producto del esfuerzo de educadores y educandos, mantienen su valor académico, pero los cambios de las costumbres, el desinterés de los pagadores y la superpoblación médica restan a la profesión reconocimiento social y económico. No existe carrera médica única y el propio Estado aplica escalas salariales disímiles en diferentes reparticiones para igual cargo, labor, función y carga horaria. Los cargos públicos están congelados o no se concursan. Los cargos privados se concentran en menos manos y aparece la figura de los "equipos". La remuneración o los honorarios pactados con Obras Sociales o Prepagos registran compensaciones diferentes según las zonas y las personas que efectúan el trato. Los convenios de prestación no se suelen registrar. Las variaciones registradas en la última década no guardan relación con otros parámetros económicos utilizados (costo de vida, inflación, PBI, recaudación de los sistemas gerenciadores, CBA, CBT...). Las informaciones dibujan un mapa heterogéneo con respuesta irregular del cumplimiento por parte de los contratantes (patrones).

Los médicos no supieron, no quisieron o consideraron indebido ocuparse de la programación y administración de las acciones sanitarias y también de la relación económica con los poderes públicos y con la sociedad. Durante décadas consideraron impropia la discusión pública de los honorarios y fueron "convidados de piedra" en el banquete de la distribución de los recursos sanitarios. Los informados, confirmarán las controversias que debieron resolverse para incluir el tema como Simposio del 55° Congreso. El interés del cirujano "en lo suyo" parecía obligar a colocar las motivaciones económicas en un sector "no profesional". Las tendencias actuales se han cristalizado en el cambio de estatutos de la Asociación Argentina de Cirugía que concedió espacio oficial a esta inquietud y creó la Comisión de Asuntos Legales y Laborales, de destacado desempeño. A pesar de todo y

en el mejor de los casos, médicos en general y cirujanos en especial, bregamos aislados y no concebimos otro tipo de uniones. Cada uno piensa resolver lo de cada cual y concibe escasos gestos solidarios para con colegas inominados. Llegado el momento de defender los ingresos, seguimos comportándonos según un complejo patrón de individualismo romántico, ultraindependentista... y poco práctico. La apática concurrencia registrada en reuniones donde se tratan honorarios profesionales lo certifica. La necesidad de agremiarse y gerenciar las prestaciones a través de grupos profesionales ha fructificado en pocos centros.

La realidad se enmarca en un maremágnum de declaraciones rimbombantes, normas y leyes declamatorias, subyacen decisiones vacilantes, transformaciones inconclusas, desordenadas, ineficientes y aún dañosas para todos. La gestión estatal ejemplifica el principio lógico de contradicción: dice que una cosa es un derecho inalienable al tiempo que lo desdice al quebrantarlo, pues "...no prevée, provee ni controla el cumplimiento de las obligaciones establecidas". Corresponde a la ética, basada en preferencias y creencias juzgar el bien dentro de los dilemas que se presentan y criticar la moral que guió las disposiciones.

Lo sustantivo para cualquier comunidad puede reputarse de sagrado, aún siendo profano. El credo se cimenta sobre la comunión de los creyentes, que religan sus nexos sobre la fidelidad a las creencias colectivas y establecen mecanismos para honrarlas. La voluntad como realización del principio de autonomía de las personas, da lugar a las diversas versiones de libertad de cuyo concierto derivan los contratos sociales. Todo acto libre y teleológico sólo es moral si armoniza con el derecho y las leyes, sistemas axiológicos que establecen el marco dentro del cual ha de contemplarse toda obligación ética y política de individuos y sociedades. El rol profesional cumple con todas estas cuestiones.

Los problemas detectados en la atención de la salud a partir de su estimación como "otra" mercancía obligan a replantear los postulados de los saberes que apoyan el diseño y aplicación de las "políticas de desarrollo" y que aparecen como causa o concausa de la situación. No son eficientes en los países de primer nivel por lo que poco cabe esperar de su aplicación en aquellos con peores condiciones básicas. Algunos denominan "ciencias prometeicas" a las que se declaran empeñadas en luchar contra las fuerzas hostiles de la naturaleza

y en mejorar las condiciones de la existencia y llamar "ciencias fáusticas" a las que se orientan a trascender la condición humana. Ninguno de estos calificativos corresponde a las disciplinas empleadas para estas propuestas, si se las mide con la vara consecuencialista que las caracteriza.

El análisis arroja una silueta borrosa con sombras indeseables que definen un pretérito imperfecto, un presente irregular y un futuro indefinido con un un modelo declamado, diferente del que se aplica en la práctica.

Lo dudoso atormenta más que lo malo, apuntó Séneca. La aceptación del malestar, en cuanto síntoma potencial de enfermedad, es condición necesaria para promover la búsqueda de soluciones y apunta a un deseable signo de salud, al menos en cuanto a la percepción situacional. La realidad exige a todos y cada uno la definición del qué hacer y cómo hacerlo para afirmar su ser y responder a las demandas de la conciencia individual, profesional y comunitaria. Así podrá mirarse en el espejo del cuento de Baudelaire con el agrado o desagrado íntimos que sólo la conciencia moral satisfecha proporciona para buscar así, una calidad de vida... buena.

A partir de los síntomas, hechos observados y que se interpretan como signos, el examen físico recoge datos objetivos que muestran la presencia de condiciones normales o extrañas, que el terapeuta transforma en signos, indicadores o señales que guían la búsqueda de la causa primera de enfermedad del paciente. La agrupación de síntomas y signos define síndromes, que sintetizan expresiones disfuncionales de órganos o sistemas. Al completar esta etapa, puede definirse el cuadro clínico generador de la consulta y aventurar un diagnóstico de sospecha, que expresa un conjunto de hipótesis fundadas en conocimientos propios de la comunidad científica en el momento en que se efectúan y son necesariamente conjeturales.

5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El contexto analizado contribuye a alterar la paz interior del cirujano y justifica a priori el malestar o "dispepsia vital" que genera la consulta. La sospecha apunta como principal diagnóstico presuntivo al SBO, expresión del divorcio entre lo deseado, lo esperado, lo convenido y lo logrado. Para confirmar o negar la conjetura se requiere de pruebas instrumentales, exámenes complementarios que lo certifiquen o descarten.

6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Para medir la CdV percibida por los cirujanos, se diseñó un cuestionario que se tituló "Encuesta de satisfacción". Reúne material de varias fuentes y consta de 66 preguntas.

Encuesta - justificación, origen, límites y medidas

- Las preguntas 1 a 22 corresponden al Maslach Burnout Inventory. Mide el SBO a través de 8 preguntas relacionadas a la realización personal en el trabajo, 9 dedicadas a establecer el agotamiento emocional y 5 dirigidas a detectar la despersonalización en el trato. Utiliza para las respuestas una escala de tipo Likert de 7 categorías que expresa la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el curso del último año. Las estimaciones van desde 0 ("Nunca") hasta 6 ("Todos los días"). La versión española del formulario y el programa de cálculo fueron provistos por JD Alarcón. El análisis se ajustó a las normas expuestas por Gil-Monte.
- Las preguntas 23 a 40 y 66 exploran la presencia de factores protectores o promotores del bienestar relacionados con cuestiones de la vida personal y relacionados con factores determinantes del SBO. Derivan de observaciones efectuadas en publicaciones referidas al agotamiento emocional y al estrés laboral. Se empleó la escala Likert antes descrita y su valoración se efectuó de manera porcentual.
- Las preguntas 41 a 50 corresponden a la "Escala de autodeterminación" validada por E.L. Deci y RM Ryan y traducida por quien suscribe. Propone 5 situaciones que exploran el reconocimiento del self en cuanto a propio Yo y la sensación de agencia con respecto a la elección de los procedimientos adoptados. La combinación de ambos factores según normas de los autores define un score de autodeterminación. Se emplea una escala que varía entre 0 (nada) y 5 (máximo) para cada uno de sus componentes y suma en el score de autodeterminación con un máximo de 10.
- Las preguntas 51 a 65 corresponden a parámetros explorados por los Dres. Alberto Cariello²⁴³ y Martín Hansen²⁴⁴ y permiten actualizar la situación y validar la muestra. Incluyen datos filiatorios que categorizan a la población oprimante.

Se efectuó una prueba piloto con 30 cirujanos del HIGA Eva Perón. Se corrigió el diseño y la redacción. Se imprimieron 4000 formularios cuya copia se transcribe. Se distribuyeron 800 durante las sesiones de la Academia de Cirugía del mes de noviembre de 2005 y 3200 se incluyeron entre los documentos entregados a los inscriptos en el 76º Congreso Argentino de Cirugía. La Asociación Argentina de Cirugía, la Asociación Médica Argentina e

Intraméd, incluyeron en sus páginas y dieron oportunidad de responderlo durante más de seis meses. Se agradece a el apoyo y difusión. La recolección se efectuó en forma personal o través de correo electrónico. Se contó con la colaboración de la Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General. El material se tabuló en planillas Excel. El Dr. Eduardo Arribalza colaboró en la interpretación de los datos recolectados.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2005

A continuación se muestran una serie de enunciados acerca de su trabajo. Marque la respuesta que le parezca más adecuada. Elija la opción que refleje la frecuencia con que adopta tal actitud, según el siguiente criterio:

- Nunca: 0
- Pocas veces al año o menos: 1
- Una vez al mes o menos: 2
- Unas pocas veces al mes: 3
- Una vez a la semana: 4
- Pocas veces a la semana: 5
- Todos los días: 6

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando despierto y enfrento otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4	Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a los pacientes como si fuesen objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento "quemado" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que con mi trabajo influyo positivamente en la vida de los demás	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que mi trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	No me preocupa lo que le ocurre a alguno de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me estimula trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6
23	Creo ofrecer a los pacientes el trato que les corresponde	0	1	2	3	4	5	6
24	Recibo de los pacientes un trato inapropiado	0	1	2	3	4	5	6
25	Siento que mi poder de decisión terapéutica ha disminuido	0	1	2	3	4	5	6
26	Siento inseguridad cuando tomo decisiones médicas	0	1	2	3	4	5	6

27	Me siento culpable por mis actitudes	0	1	2	3	4	5	6
28	He considerado cambiar de especialidad	0	1	2	3	4	5	6
29	Estoy irritable	0	1	2	3	4	5	6
30	Noto alteraciones del apetito	0	1	2	3	4	5	6
31	Tengo trastornos del sueño	0	1	2	3	4	5	6
32	La relación con mi esposa/esposo/pareja es buena	0	1	2	3	4	5	6
33	Mi esposa/esposo/pareja cree que mi dedicación laboral es excesiva	0	1	2	3	4	5	6
34	La relación con mis hijos es buena	0	1	2	3	4	5	6
35	Mis hijos opinan que mi dedicación laboral es excesiva	0	1	2	3	4	5	6
36	Las labores que desempeño me satisfacen	0	1	2	3	4	5	6
37	Mi relación con los compañeros de trabajo es buena	0	1	2	3	4	5	6
38	Creo que recibo retribución adecuada a mis esfuerzos	0	1	2	3	4	5	6
39	Me molesta la falta de estabilidad de mis trabajos	0	1	2	3	4	5	6
40	Me preocupa la posibilidad de ser demandado por malaprxaxis	0	1	2	3	4	5	6

Lea cada par de enunciados que se ofrecen a continuación.

Elija la afirmación que se aproxime más a su sentir en este momento.

- Si:
- A le parece totalmente apropiada y B completamente impropia la respuesta adecuada es 1.
 - A y B son igualmente apropiadas la respuesta adecuada es 3.
 - B es la más apropiada, la respuesta adecuada es 5.

41	A. Siempre siento que elijo hacer lo que hago.							
	B. A veces, siento que no soy yo quien elige las cosas que hago.	1	2	3	4	5		
42	A. A veces, no reconozco mis emociones.							
	B. Siempre me siento dueño de mis emociones.	1	2	3	4	5		
43	A. Elijo hacer lo que debo.							
	B. Hago lo que debo hacer, pero no que lo elija	1	2	3	4	5		
44	A. Raramente me siento yo mismo.							
	B. Siempre me siento yo mismo.	1	2	3	4	5		
45	A. Hago lo que hago porque me interesa.							
	B. Hago lo que hago porque es mi deber.	1	2	3	4	5		
46	A. A veces, cuando logro algo, siento que no fui yo quien lo hizo.							
	B. Siempre que logro algo siento que fui yo quien lo hizo.	1	2	3	4	5		
47	A. Me siento libre de hacer cualquier cosa que decida.							
	B. A veces, lo que hago no es lo que hubiera elegido hacer.	1	2	3	4	5		
48	A. A veces mi cuerpo me parece extraño.							
	B. Siempre me siento dueño de mi cuerpo	1	2	3	4	5		
49	A. Me siento libre para hacer cualquier cosa que elija.							
	B. Con frecuencia hago cosas que no elijo.	1	2	3	4	5		
50	A. A veces cuando me miro al espejo veo a un extraño.							
	B. Cuando me miro en el espejo me veo a mí mismo.	1	2	3	4	5		

Para las siguientes preguntas, elija la respuesta que corresponda:

- 51 Me desempeño como: cirujano no cirujano Especialidad
- en las siguientes instituciones (marque cuantas correspondan):
- Hospital Público Hospital de Comunidad Hospital Privado Sanatorio/Clinica

- 52 Lugar de Ejercicio Profesional: *Localidad*..... *Provincia*
- 53 Mi carga horaria *semanal real* es de < 24 hs 24 y 48 hs 48 y 72 hs > 72 hs
- 54 Forma de Pago: *Salario* *x Práctica* *x Módulos o GRD* *x Cápita*
- 55 Mis ingresos mensuales promedian: <2000 2000-4000 4000-6000 >6000
- 56 Creo que en el futuro mi situación laboral futura será: *peor* *igual* *mejor* *ignora*
- 57 Desempeño tareas docentes: *SI* *NO* Estoy rentado por esta tarea: *SI* *NO*
- 58 Desearía retirarme de la actividad quirúrgica:
Antes de los 50 años *50-55 años* *55-60 años* *60-65 años* *65-70 años* *>70*
- 59 Volvería a estudiar medicina: *SI* *NO* Volvería a elegir cirugía como especialidad: *SI* *NO*
- 60 Estaría satisfecho si alguno de mis hijos decide estudiar medicina y ser cirujano: *SI* *NO*
- 61 Desarrollo alguna actividad deportiva: *SI* *NO*
- 62 Gozo de buena salud: *SI* *NO*
- 63 Datos personales
 Edad: años Sexo: *M* *F* Años de graduado: <5 5-15 16-25 > 25
- 64 Estado Civil: *Soltero* *Casado* *Divorciado* *Convive* *Viudo*
- 65 Hijos: *SI* *NO* Número: 1 2 3 4 >4
- 66 Frente a una situación profesional crítica (complicación, resultado adverso, muerte...),
 me preocupa más: *mi propia crítica* *la de otros colegas* *la de los pacientes*

7- RESULTADOS OBTENIDOS

La encuesta fue respondida por 298 colegas: 202 fueron recolectadas en mano o por vía postal y 96 recibidas por correo electrónico hasta abril de 2006. Los resultados, expresados en porcentajes, se refieren sólo a datos efectivamente respondidos. No se consideran los registros no respondidos (NR) que no superaron en ningún caso el 8% del total.

La muestra corresponde a opiniones de 262 hombres (88%) y 33 mujeres (12%). El rango etario varía entre 25 y 85 años con una media de 44,8 para la serie total y de 36,3 para mujeres. El 42,1% se desempeña en la Ciudad de Buenos Aires, 35,7% en la Provincia de Buenos Aires y 22,2% en otras provincias (13 en Tucumán, 10 en Córdoba, 7 en Santa Fe, 6 en Corrientes, 5 en Salta, 4 en Rosario otro tanto en Chaco, 2 en San Luis, Río Negro, Mendoza, Misiones, Catamarca y 1 a Tierra del Fuego, Santa Cruz, Santiago del Estero, Neuquén, La Pampa, Formosa y Chile).

La distribución según sexo, edad y años de profesión de los participantes se describe en el Cuadro 1.

La mayoría (92 %) goza de buena salud y casi dos terceras partes (63,8%) practica algún deporte. Un 72,1% están casados y 6,8% conviven. Tres cuartas partes (77,3%) tienen hijos; tres o más la mitad de ellos. El 61,1% refiere buena relación cotidiana con la prole y 58,7% con la esposa. Cerca de la tercera parte de las esposas (32,6%) y una cuarta parte (24,8%) de los hijos opinan excesiva la dedicación laboral todos los días. Desempeñan sus labores en distintos escenarios El 63,6% detenta cargos hospitalarios. La mayoría (82,9%) trabaja también en Sanatorios o clínicas. Algo más de la mitad (54,3%) efectúa su práctica en un solo lugar, 36,6% en hospitales públicos. Casi tres cuartas partes (71,6%) trabaja más de 48 horas semanales: 38,2% entre 48 y 72 horas y 33,4% más de 72 horas. Las remuneraciones de 79,7% de los opinantes corresponden a salarios y 39,5% sólo percibe sueldos. Quienes asocian

CUADRO 1

	Numero	< 5 años	6-15 años	16-25 años	>25 años	NR	%	Mujeres	% femenino
- 35	90	37	48	3	-	2	32	18	20.4
36-45	63	1	31	27	2	2	22.2	10	16.4
46-55	80	-	19	11	48	2	28.4	4	5.1
56-65	43	-	-	-	43	-	15.6	1	2.3
>65	15	-	-	-	15	-	5.4	-	-
NR	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	298	38	98	41	108	6	100	33	-
%	100	13.1	33.7	14.1	37.1				12

CUADRO 2

Edad	Numero	< 2000\$	2-4000\$	4-6000\$	> 6000\$	NR	Promedio mensual (\$)
- 3590	51	25	9	-	5	2312	
36-45	63	9	19	22	13	-	4310
46-55	80	4	18	28	26	4	5026
56-65	43	1	12	8	20	2	5305
>6515	2	5	3	4	1	4357	
total	291	67	79	70	63	-	4045
NR7	-	-	-	-	12		

emolumentos de varias fuentes lo hacen como prácticas (80.9%), módulos o GRD (37.3%) o cápitales (18.3 %). Promedian 4045\$ de ingresos mensuales y 50.2% no alcanza a los 4000\$. El Cuadro 2 resume los hallazgos.

Sólo 7.5% considera adecuados los ingresos. Una tercera parte (32.8%) considera que la retribución nunca es adecuada a la labor y una cuarta parte (24.9%), cree que sólo lo es pocas veces al año. La insatisfacción supera a la mitad de los opinantes (57.7%). Algo más de la tercera parte (37.7%) piensa que mejorará su situación económica y un cuarto (25%) que permanecerá sin cambios. Uno de cada cinco (22.2%) estima que su futuro será peor. La mayoría cree ofrecer a los pacientes el trato que les corresponde (77%), y una proporción aún mayor (81.4%) cree recibir trato inapropiado de éstos pocas veces al mes. La propia crítica (61.4%), la de los pacientes (25.6%) o la de sus colegas (12.5%) resultan en diversas asociaciones las mayores preocupación ante situaciones profesionales difíciles.

Pocas veces al año o menos, casi tres cuartas partes, siente que ha disminuido su poder de decisión terapéutica (73%), inseguridad por sus decisiones galénicas (69.3%) o culpa por sus actitudes (74.7%). Pocas veces al mes o menos pre-

sentan trastornos del sueño (69.9%), del apetito (77.4%) o irritabilidad (68.6%).

Casi dos terceras partes (60.4%) refiere buena relación cotidiana con los compañeros y 46.3% satisfacción diaria con la labor. Un tercio (29.4%) halla tal complacencia pocas veces a la semana. Casi tres cuartas partes (74.3%), jamás planteó cambiar de especialidad. La mayoría (83.7%) volvería a estudiar medicina y a elegir cirugía como especialidad (90.9%) e incluso estaría satisfecho si su hijo estudiara esta carrera y eligiera la cirugía (70.8%). Aunque 11% desea retirarse antes de los 55 años, 38% desearía extender su práctica más allá de los 65 años.

Una vez por semana o más, preocupa a 56% la posibilidad de ser demandado por malaproxia y a 52.1% la estabilidad laboral, que a 32.2% inquieta cotidianamente.

Dos terceras partes (75.1%) desempeñan tareas docentes y algo más de una cuarta parte (26.3%) reciben renta por la labor.

Los resultados muestran escasa despersonalización, moderado de desgaste emocional y elevada calificación del logro personal. El siguiente Cuadro compara los valores obtenidos con los esperables para la expresión máxima del SBO y la ausencia absoluta del mismo.

	Despersonalización	Desgaste emocional	Logro Personal
Promedio de la serie	8.4	23	40
Ausencia de SBO	0	0	48
SBO completo	30	54	0

La respuestas referidas al SBO se describen en el siguiente cuadro.

	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días	Número	%
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	X	X	X	X				208	69.8
Me siento cansado al final de la jornada laboral	X	X	X	X				99	33.2
Me siento fatigado cuando despierto y enfrento otro día de trabajo	X	X	X	X				185	62.1
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes							X	186	62.4
Creo que trato a los pacientes como si fuesen objetos impersonales	X	X	X	X				259	86.9
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	X	X	X	X				159	53.4
Trato eficazmente los problemas de los pacientes							X	200	67.1
Me siento «quemado» por mi trabajo	X	X	X	X				223	74.8
Creo que con mi trabajo influyo positivamente en la vida de los demás							X	179	60.1
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión	X	X	X	X				202	67.8
Me preocupa que mi trabajo me esté endureciendo emocionalmente							X	170	57
Me siento muy activo							X	177	59.4
Me siento frustrado en mi trabajo	X	X	X	X				234	78.5
Creo que estoy trabajando demasiado	X	X	X	X				133	44.6
No me preocupa lo que le ocurre a alguno de mis pacientes	X	X	X	X				245	82.2
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	X	X	X	X				230	77.2
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	X	X	X	X					
Me estimula trabajar en contacto con mis pacientes							X	132	44.3
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							X	153	51.4
Me siento acabado							X	152	51
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	X						X	198	66.5
Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	X	X	X	X				125	41.9
								240	80.5

Las determinaciones referidas con la autodeterminación muestran una media de 4.01 para el reconocimiento del propio Yo y de 2.97 para la sensación de agencia de sí (autonomía), con un score de autodeterminación de 6.98.

La relación entre los valores porcentuales de autodeterminación y los de SBO se exponen en la Tabla 3.

	Reconocimiento del Yo	Agencia de sí	Score de autodeterminación
Promedio de la serie	4.01	2.97	6.98
Máxima autodeterminación	5	5	10
Mínima autodeterminación	0	0	0

TABLA 3

Despersonalización	Desgaste emocional	Logro personal	Existencia de sí	Autonomía	Score de autodeterminación
48.1	60.2	67.4	45.4	32	31 - 40
39.4	54.1	77.2	54.4	39.8	41 - 50
23.6	48.1	80.7	63.2	49.7	51 - 60
30.6	45.1	83.7	79	51.8	61 - 70
28.8	41.7	82.3	86.9	63.6	71 - 80
21.9	33	87	91.52	79.5	81 - 90
12	25.7	91.4	96.9	94.1	90 - 100

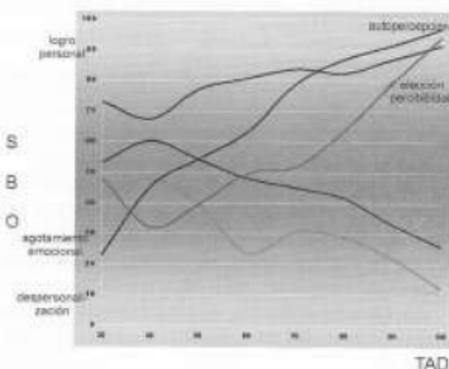
8. INTERPRETACIÓN: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES Y FINALES

El índice de respuestas corresponde al 5% de los 4000 cuestionarios impresos. La tasa de retorno de la red no es calculable pues se ignora el número de destinatarios alcanzados. Se agradece a quienes han otrendado los 20 a 30 minutos que insume la tarea. Quienes no respondieron ejemplifican la falta de solidaridad y compromiso con empeños comunitarios propia del status posmoderno.

La mayor parte desempeña tareas en capital y conurbano y más de la mitad supera los 16 años de graduado. Las cirujanas constituyen alrededor del 6.5% de los MAAC y su masa crece año a año. Cerca del 70% de los alumnos de las escuelas médicas y del 40% de las plazas de residencias quirúrgicas están ocupados por mujeres. Sus juicios coinciden con la de los pares masculinos. Casi dos terceras partes de los encuestados ocupan cargos hospitalarios y desempeñan labores quirúrgicas por más de 48 horas semanales. Las remuneraciones promedian 4045\$ mensuales. La mayoría lo percibe en forma de salarios al que asocian prácticas. Más de la mitad se muestra descontento con el monto. Sólo un tercio estima que su situación ha de mejorar y está inquieto por la inestabilidad de sus trabajos. La mayoría recibe trato apropiado por parte de los pacientes, no registra vulneración de la autonomía, no siente inseguridad cuando toma decisiones técnicas ni se culpa por sus actitudes. Algo más de la mitad teme ser demandado por cuestiones profesionales una vez por semana o algo más. Mantiene buenas relaciones con los compañeros de labor. Menos de la mitad logra satisfacciones cotidianas con la tarea y un tercio lo logra pocas veces por semana.

A pesar de todo, la mayoría jamás planteó cambiar de especialidad: volvería a estudiar medicina, a elegir la cirugía como especialidad y estaría satisfecho si algún hijo siguiera el mismo camino. Cerca de 40% desearía extender su práctica después de los 65 años de edad. La propia crítica o la de los pacientes constituyen las fuentes de preocupación principales frente a situaciones profesionales complejas. La mayoría goza de buena salud, sin alteraciones en el sueño, el apetito o la irascibilidad. Cerca del 80% ha constituido familia, tiene hijos y más de la mitad guarda con ellos buenas relaciones.

La graficación de la relación entre valores de TAD y de SBO, volcando en ordenadas el score de autodeterminación y en abscisas los valores de despersonalización, desgaste emocional y logro personal, muestra que cuanto mayor es la conciencia de sí y la autodeterminación, más alta es la sensación de logro personal y menor la despersonalización y el agotamiento emocional. Confirma las hipótesis de Ryan y Deci^{1, 2}.



TAD

El descontento con las remuneraciones, las cuestiones legales y la inestabilidad laboral no parecen afectar aspiraciones e ideales de la mayoría. La falta de correlación entre la conformidad lograda y el monto de los ingresos coinciden con observaciones efectuadas en el exterior por Cariello en el Relato y Hansen en la investigación sobre cirujanos jóvenes³. Deben atribuirse, probablemente el logro de recompensas intrínsecas a la carrera que resultan importantes para los cirujanos. La evidencia instrumental muestra venturosas relaciones laborales, personales y familiares y un mediano a elevado grado de satisfacción profesional que corresponden con una CdV razonablemente buena.

El hallazgo desmiente el diagnóstico presuntivo. Enfrenta a lo esperable y obliga a reinterpretar los síntomas y signos detectados a través o del examen físico y a considerar la adecuación de los estudios propuestos.

La nueva anamnesis debe resolver asuntos puntuales. ¿Es cierto que la CdV del cirujano es buena? ¿Si es así, por qué motivo los diálogos cotidianos reiteran malestares, desconciertos, ansiedades y desesperanzas profesionales? ¿Cuál es el valor, peso e inserción comunitarios del cirujano y de su práctica? ¿Las condiciones sanitarias y sociales de nuestro país permiten ejercer la profesión de manera adecuada? ¿Cuál es el motivo de la creciente violencia verbal, psíquica o incluso física ejercida en contra de los médicos, que muchos han sufrido y todos atestiguan? Las condiciones de extracción y el volumen de la muestra pueden alterar la sensibilidad y especificidad de la prueba. El tamaño muestral, la distribución etaria y la dedicación docente de tres cuartas partes de los opinantes sintetiza las apreciaciones de una porción no representativa del universo. El perfil de opinión recogida se ajusta al de profesionales con dedicación académica y acuerda con el sistema de entrega y recolección empleados. No exponen la situación profesional y personal de la mayoría de los cirujanos. Los resultados son valederos sólo para los opinantes. A pesar de todo, confirman algunas medidas previas, detectan tendencias y plantean nuevos interrogantes.

El replanteo ha de efectuarse en base a evidencias aportadas por estudios efectuados en otras culturas e interpolarlos de manera válida, sirviéndose de la globalización, como factor de homogeneización. A mediados del siglo XX, se produjo una

edad de oro del ejercicio médico y de las profesiones en general. Se estimó que llegaba el tiempo final⁴. La medicina fue la excepción heroica que sostuvo la tradición del ejercicio independiente durante la mayoría del siglo pasado^{5, 6}. A partir de 1980 aparecen publicaciones que muestran el deseo creciente de abandonar la medicina ante el escenario brindado por las transformaciones sociales, económicas y político-sanitarias. En "La píldora más amarga: los doctores, los pacientes y las esperanzas fallidas", Martin Lipp observa que "...los médicos están asaltados desde adentro por la imposibilidad de saber lo que creen que deben saber y desde afuera por la imposición de un sistema de alianzas conflictivas que les quitan autoridad y fuerza. Las quejas sobre la medicina bombardean al médico. La ciencia médica no es suficientemente científica y el arte galénico no es suficientemente artístico. El mundo real de la práctica no aporta al sentido íntimo de devoción que muchos aún profesan y quienes se desalientan, inevitablemente desaniman a los pacientes". El prestigio y la autonomía del médico disminuyen. La sobrecarga laboral⁷⁻⁹, las obligaciones burocráticas, la intensidad y complejidad de la labor^{9, 10}, las penas por los errores médicos^{11, 12} y las sanciones por responsabilidad profesional^{13, 14, 15, 16, 17} ganan peso. Los hábitos de prescripción se modifican para peor¹⁸, se piden estudios en exceso¹⁹ y se contiene menos al paciente²⁰. La falta de medios e incentivos para ofrecer cuidados de calidad óptima, la ausencia de correlación entre tarea y recompensa y la disminución del tiempo concedido a los pacientes, resaltan como quejas coincidentes²¹. Aumenta entre los profesionales la incidencia de conflictos familiares y personales y de enfermedades físicas (HTA, ACV, IAM e infertilidad, entre otras)²². El enfrentamiento entre responsabilidades profesionales y personales, denominado interferencia trabajo-hogar^{23, 24, 25} genera tensiones que cada uno pesa según la imagen-objetivo elegida como modelo^{26, 27, 28}. Muchos ponen la vida personal en suspenso y priorizan lo profesional con la esperanza de retomar los hilos de lo íntimo cuando la emergencia se resuelva. La estrategia de supervivencia fracciona la vida y cada vez menos personas están dispuestas a asumirla. La disminución de reconocimiento económico contribuye al malestar, pero no es determinante^{29, 30}, a pesar del aumento de interés en beneficios dinerarios, demostrado desde el pregrado en los Esta-

dos Unidos de Norteamérica. El deseo de los médicos de lograr estilos de vida controlables^{31, 32, 33} condice cada día menos con algunas especialidades y diverge, en general de lo exigible para la cirugía. El abuso de alcohol y drogas compromete a cerca del 10% de la población galénica estadounidense. Se asigna al médico el papel de "doble agente", que exige el desempeño de roles jánicos y generan inevitables dilemas. La tradicional relación fiduciaria e inviolable con el sujeto enfermo le obliga a actuar en representación y defensa del paciente³⁴. Al mismo tiempo, se le exige, respetar y resguardar la hacienda comunitaria, preservar los mandatos e intereses de las instituciones gubernamentales, de las empresas de salud y de las cortes judiciales³⁵ aún en contra de los intereses del paciente. La relación médico-paciente se degrada y decae la imagen que la sociedad concibe del médico³⁶. La población manifiesta disgusto creciente con la atención recibida^{37, 38, 39}, cuestiona la autoridad del médico y la calidad de lo ofrecido y demanda a los galenos, cara visible del sistema de salud.

Gerald Dworkin⁴⁰, imaginó hace años una búsqueda laboral para médicos: "importante empresa busca profesionales dispuestos a desempeñar labores con horario prolongado, en condiciones inadecuadas o adversas, carente de servicios de apoyo pertinentes y sin compensación correlativa. Habrán de demostrar la aptitud para asumir obligaciones no especificadas sin notificación previa y desempeñar sus labores sin esperar reconocimiento de los superiores y aún menos de los clientes, que preferirían evitar dicho papel. Han de responder por la calidad del desempeño y por los resultados obtenidos ante clientes desaprensivos y gerentes desinteresados. Los candidatos recibirán salarios fijos y no deben proyectar mejorías de ingresos en valores constantes durante el resto de su vida. Enviar su curriculum Vitae a ———".

La profesión es una ocupación cuyo elemento sustantivo es el trabajo destinado al servicio de terceros. Quienes se comprometen, enfrentan impedimentos para cumplir su rol. La imposibilidad de superar los inconvenientes se interpreta como muestra de incapacidad o ineficiencia genera culpa⁴¹. La vergüenza por el desempeño inadecuado produce descontento^{42, 43, 44, 45, 46, 47}, ansiedad y frustración⁴⁸ y alcanza el hartazgo con la labor y con el sistema. Entre las actitudes de defensa se cuentan el aislamiento de los colegas, la disminución

del interés en el trato con pacientes y la búsqueda de alternativas para retirarse lo antes posible^{49, 50}. El agotamiento emocional y la despersonalización afectan el presentismo, la dedicación y la calidad y los resultados de la labor⁵¹. El público, los pacientes, ignoran o prefieren ignorar la situación y protestan en contra del médico. La fatiga y la ira se dilatan sobre el descreimiento en la comunidad general, la institución y los propios colegas. La conciencia de inadecuación del desempeño constituye estrés y la persistencia del estímulo conduce a fatigar la compasión. Se pierde la relación personal con la humanidad y se vulnera el compromiso primario de la profesión.

El SBO se demuestra en el 30% a 60% de los médicos estadounidenses^{52, 53, 54, 55, 56}. Se detecta a partir del Internado^{57, 58, 59}, empeora durante la residencia^{60, 61, 62} y culmina en quienes alcanzan cargos destacados⁶³. Es menos frecuente en quienes desempeñan labores académicas que entre los que desarrollan práctica privada^{64, 65, 66, 67, 68, 69}. Los jóvenes son más sensibles al daño y reclaman más tiempo para su vida personal; menos presión laboral. Existen planteos relacionados con la pérdida de condición profesional de la medicina⁷⁰. Cada especialidad enfrenta tribulaciones propias^{71, 72}. En los Estados Unidos de Norteamérica se discute si la cirugía es hoy una práctica invalidante⁸⁰. Cada vez quedan más plazas quirúrgicas vacantes^{73, 74, 75, 76} y cerca del 25% de los residentes renuncia en el primer año⁷⁷. La elección de la especialidad disminuye en todo el mundo^{78, 79}.

Los médicos parecen estar velando la inminente desaparición de la identidad profesional y se comportan como los deudos alrededor del lecho de un moribundo. Dice Paul Sporken que ante la muerte se atraviesan fases de ignorancia, inseguridad, negación implícita de la posibilidad y exigencia de información veraz sobre la situación. Al enfrentar la realidad, atraviesan las etapas descritas por Kübler-Ross: negación, agresividad, ira, negociación, depresión y aceptación final⁸¹. El desinterés por la CdV, mostrado por la consideración tardía en relación con las expresiones detectadas, puede corresponderse con la etapa de negación de Sporken. En ella, cada uno actúa convencido de que el desengaño personal que le producen los hechos cotidianos se corresponde con factores locales, ocasionales y transitorios, propios del singular mundo laboral y profesional, y que difiere de lo que ocurre a otros. Oculta el malestar tras este

piadoso manto y disminuye la carga de angustia y frustración. No revisa ni socializa la cuestión... pero no logra mejorar su bienestar profesional. Crece el SBO y decrece la CdV.

Los paros y protestas públicas emprendidos en defensa de los derechos de los médicos son innumerables en países donde cuentan con representación laboral⁸⁹. La American Medical Association intenta sin éxito, agremiarlos médicos 1999⁸⁵.

Hans Christian Andersen cuenta en *Las nuevas ropas del Emperador*⁹⁴ la historia de un gobernante vanidoso. Unos pícaros y embusteros tejedores ofrecen vestirlo con lienzos preciosos, invisibles para los ojos de los imbéciles y de los funcionarios indignos. El soberano acepta la oferta. Completada la hechura, ni el príncipe ni sus consejeros logran ver el tejido, que en realidad no existe. No lo confiesan por temor de ser tildados de necios o incompetentes. El monarca viste este "ropaje" para concurrir a una reunión pública. Todos celebran la elegancia y magnificencia de su atavío, excepto que un niño pregunta asombrado por qué el Emperador está desnudo. Todos ignoran el comentario y la farsa se perpetúa. El pequeño, no comprometido por ninguna sanción e ignorante de todo preconcepto expresa lo que ve y muestra el valor de la postura objetiva. La narración ejemplifica la admisión de lo inexistente cuando la pena o premio por aceptarlo se considera importante. Este Relato intenta ocupar el lugar del infante de la historia. Aceptar el estado real de la CdV del cirujano puede dar lugar a cambios que permitan "volver a vestir al soberano", al propio cuerpo.

Las evidencias recogidas en el universo médico, proyectan sombras poco auspiciosas sobre la CdV vida del cirujano argentino, sometido al imperio de los mismos estímulos, exigencias y penas. La dispepsia vital parece fundada. El tema ha despertado escaso interés en el ámbito académico⁹⁵ nacional y sólo se lo cita, entre lamentos y denuncias de todo tipo, en periódicos destinados a profesionales de la salud.

El llamado a servir, el deseo de ayudar y la visión social de las tareas por desempeñar constituyen expresiones vocacionales sustantivas que guían la elección de la medicina y a las cuales se compromete el médico, devenido en cirujano. La pobreza del medio, la falta de equitativa distributiva y el racionamiento de los recursos provocan retrasos terapéuticos y desmerecimiento y de los pacientes. La posibilidad de desempeñar la ta-

rea está obstaculizada y se trabaja según reglas de triage, resolviendo apenas lo emergente. La sobrecarga laboral acontece ante la disminución de vacantes en espacios donde son necesarias. Los contratos de trabajo no brindan la tranquilidad necesaria para el desempeño. Los profesionales desocupados sufren psicológicamente, pierden ingresos y también la capacidad que poseían. Los que trabajan, lo hacen en exceso, temen perder su ubicación y conocen las dificultades que enfrentarán cuando se intentan reinsertarse en el mercado laboral. Aceptan condiciones difíciles de imaginar. Los deberes incumplidos, derivan en sensaciones culposas y cuadros compatibles con estrés secundario o postraumático. La sensación de inutilidad habilita espacios para la depresión. La traición obligada al rol profesional ideal proyecta sombras funestas sobre el futuro personal y grupal dentro de un contexto donde se pierden el sentido de pertenencia al propio grupo y a la comunidad. Todos reciben retribuciones inadecuadas al esfuerzo formativo, a la responsabilidad y al riesgo de la práctica. La insatisfacción incide en el uso efectivo de los recursos y en la calidad del cuidado brindado y la conformidad del paciente disminuye. La desconfianza y la agresión del público se monta sobre los atropellos cometidos por instituciones públicas y privadas y aún por el propio Estado, sordo a opiniones y demandas y mudo frente a la realidad. La legislación laboral, civil y penal responsabiliza al médico pero incumple obligaciones de prever y proveer. El malestar profesional es esperable, daña a la comunidad general... y está ocurriendo.

Los fundamentos morales se adquieren en el regazo materno y se aplican a cada acción donde el individuo juzga en conciencia sobre su bondad o malicia. Hace más de veinte siglos, Cicerón⁹⁶ aseguró que "...todo lo moralmente justo deriva de una de cuatro fuentes: de la percepción plena o la deducción inteligente de lo que es cierto, de la preservación de una sociedad organizada donde cada hombre reciba lo que merece y todas las obligaciones sean fielmente cumplidas, de la grandeza y la fuerza de un espíritu noble e invencible y de la templanza y dominio de uno mismo que derivan en el orden y la moderación de todo lo dicho y lo hecho". Negar la proyección de lo conocido, que se conoce dañoso es incorrecto. Muestra incapacidad o inopia científico-técnica, desequilibrio esquizofrénico, descuido moral inaceptable y error

legal demandable. La labor del cirujano se desarrolla fuera de situaciones ideales, con presión adicional negativa de pacientes, familias, sistemas y normas regulatorias que en la práctica, difieren en sus prioridades con las de los médicos. El contexto conspira contra el bienestar cuando altera la posibilidad de selección de funcionamientos por reducción de la capacidad para combinar alternativas de quehaceres y seres. Para alcanzar el bienestar son fundamentales la habilidad y la posibilidad de perseguir y lograr funcionamientos valiosos que procuran recursos o satisfacen necesidades. El autorrespeto, el papel en la vida social y la felicidad en el trabajo se relaciona con la selección personal de los objetos de valor en relación con el medio laboral y social. Requiere establecer las demandas que se estiman relevantes, según la personalidad y los recursos disponibles, aportados por el Yo o por el medio. Es necesario hacerse cargo de las obligaciones comunitarias y profesionales e intentar promover lo mejor y evitar males mayores.

Sin duda, la CdV no es ni puede ser buena en un contexto que desmerece a todos los habitantes del país. La comunidad quirúrgica argentina, líder de la educación y la atención médica durante años fue tradicionalmente sensible y creativa. No le cabe deshonrar sus obligaciones ni negar la veracidad de lo dicho. Su espíritu exige enfrentar la realidad donde y como sea menester y actuar con prudencia e inteligencia ante un contexto que impide la adecuada labor, entorpece para brindar el debido servicio y en consecuencia, dificulta la vida profesional digna. Los dichos de Eladia Blázquez en Honrar la Vida, alcanzan a todos y comprenden a los cirujanos:

*No permanecer ni transcurrir,
no es perdurar, no es existir
...honrar la vida.
Hay tantas maneras de no ser
tanta conciencia sin saber, adormecida.
Merecer la vida no es cañar ni consentir
tantas injusticias repetidas.
Es una virtud, es dignidad,
es la actitud de identidad mas definida.
Eso de durar y transcurrir
no nos da derecho a presumir
porque no es lo mismo que vivir
honrar la vida.
No permanecer y transcurrir
no quiere siempre sugerir
honrar la vida.*

*Hay tanta pequeña vanidad
en nuestra tanta humanidad
enceguecida.*

*Merecer la vida es erguirse vertical,
mas alla del mal, de las caídas.
Es igual que darle a la verdad
y a nuestra propia libertad,
la bienvenida.*

9. PROPUESTA TERAPÉUTICA

La CdV es un constructo multifactorial definido por la OMS como "la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes". La CdV del médico no ha recibido demasiada atención. En los últimos 115 años, las revistas médicas han publicado 70.000 artículos sobre depresión y 57.000 sobre ansiedad; 5700 relacionados con satisfacción de la vida, 2958 concernientes a la felicidad, 851 con la alegría y algunas decenas sobre el bienestar de los colegas^{87, 88}. El descontento de los médicos es un hecho^{89, 90, 91, 92, 93}. Su incidencia y las consecuencias que se le atribuyen han merecido la consideración de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)⁹⁴. Considera esencial impulsar acciones destinadas a promover el bienestar del médico. La tarea es exigible a las comunidades de pares y a las instituciones. Estiman que los resultados del quehacer mejorarán si se permite a los profesionales participar en las decisiones de la organización y a controlar sus compromisos. Sugiere proveer medidas de soporte y control para facilitar el trabajo⁹⁵ y desarrollar programas que estimulen comportamientos autónomos^{96, 97, 98, 99, 100, 101}, ofrecer espacios y oportunidades para compartir aspectos emocionales y existenciales, y promover el balance entre la vida profesional y la vida privada. La identidad profesional madura es terapéutica para el paciente y para el médico¹⁰². Otros¹⁰³ sugieren atender a otras fuentes de satisfacción y felicidad como la familia y los amigos, la actividad física y los intereses espirituales o metafísicos^{104, 105, 106}.

La alteración de la CdV del cirujano argentino se puede comparar con una lesión "inflamatoria", derivada de condiciones del hábitat donde se desempeña. El estímulo exige respuestas adaptativas que expresan el malestar como síntomas y signos intensidad variable. El presupuesto terapéutico ha

de plantear conductas factibles y viables, adecuadas para cada individuo. Han de armonizar criterios apoyados en las mejores evidencias disponibles y en las posibilidades técnicas del terapeuta. Se admiten dos líneas de acción. Una, pretende la resolución puntual del inconveniente detectado. La otra, procura disminuir la molestia, limitar las consecuencias y eventualmente curar la presunta dolencia. Utiliza conceptos holísticos y concibe al sujeto como un todo y no sólo como portador de desequilibrios. Las preferencias, valores y deseos del paciente orientan para efectuar el presupuesto terapéutico y favorecen su consentimiento. El control evolutivo del paciente permite conocer los resultados finales.

Con el objeto de lograr la mejor CdV para el cirujano, cabe sugerir consejos higiénico-dietéticos por aplicar en diversos niveles del desarrollo y actividad de los galenos.

En lo personal, las condiciones específicas del ser médico exigen aunar el bienestar profesional y el personal. El médico debe cuidar de sí mientras se ocupa del cuidado del paciente y así ambos lograrán mejores resultados¹⁰⁷. Una vida de buena calidad, compatible con la felicidad personal requiere conciencia de sí y del medio en que se vive y satisfacción de ideales, valores, deseos, sentimientos, preferencias e intereses individuales y comunitarios. La gestión del proceso requiere como condiciones necesarias la libertad y la voluntad sometidas al juicio de la razón. Marta Nussbaum opina que los individuos son diversos pero no independientes unos de otros ni racional ni idealmente. Interactúan inmersos en el contexto general que le ofrecen las instituciones preexistentes. Lo que resulta bueno para la vida de cada individuo en cuanto a satisfacción de preferencias debe contemplar las "reglas de tránsito" que los disciplinan y expresan la pluralidad de compromisos contraídos con la comunidad. Agencias y capacidades son vulnerables a influencias potencialmente injustas o inadecuadas del medio donde se forman, transforman o deforman. La multiplicidad de bienes es evidente y las sociedades han de buscar caminos que contemplen las capacidades y oportunidades de actuar de todos, que vulneren la menor cantidad de principios y personas y que satisfagan la mayor cantidad de demandas individuales. La necesidad de lo universal no permite subestimar la singularidad, la pluralidad y la complejidad de las tradiciones. Los conflictos de valo-

res exigen profunda reflexión en busca de respuestas que permitan aplicar principios y no sólo formularlos. La autonomía destaca como condición necesaria aunque no suficiente para lograr una buena CdV. Si se quita al hombre la posibilidad de pensarse como individuo y concebir el mundo de acuerdo con sus deseos y preferencias como agente de sí, se le priva de la libertad en su sentido más profundo. Las miserias derivadas de la pérdida de la autonomía se ejemplifica en diversas obras literarias, entre las que destacan 1984 de George Orwell. Un Mundo Feliz de Aldous Huxley, Fahrenheit 351 de Ray Bradbury y Los Archivos del Mañana de Lawrence Sanders. Bienestar y agencia de sí son interdependientes y difieren de la utilidad personal y de los ingresos, entre otra causas como base de igualdad justa. La gestión de la autonomía requiere cultivo y educación, que proporcionan elementos a la razón y habilitan mayores grados de libertad. Nada es consecuente como felicidad o bienestar si no es lo deseado, lo buscado¹⁰⁸. Isaac Asimov, en El hombre Bicentenario describe con profundidad la facultad de elegir aún la opción de ser mortal y lo muestra como sumum de la realización personal. Los médicos deben identificar y establecer las metas de la carrera y de la propia vida¹⁰⁹ y desde allí desarrollar y defender sus valores e intereses si desean lograr satisfacciones personales y profesionales.

En el pregrado - La educación ha de ser veraz, realista y objetiva respecto de las expectativas que la carrera ofrece. Comprende hechos y datos sobre la población a la cual dedicarán su labor, el medio en que habitan, el sistema en que habrán de practicar¹¹⁰, las condiciones de la praxis^{111, 112, 113, 114} y los ingresos por lograr¹¹⁵. La conciencia de realidad es profiláctica a la vez que terapéutica: evita divorcios entre anhelos científicos y pretensiones comunitarias infundadas. Los contenidos del plan de estudios han de incorporar conocimientos sociales, económicos, psicológicos, históricos, filosóficos y bioéticos que permitan alcanzar la competencia cultural adecuada¹¹⁶.

La satisfacción de los médicos del futuro depende de que consigan lo que esperan lograr. La desorientación y el descontento germinan con facilidad en las fisuras que crean el conocimiento incorrecto o incierto o el incumplimiento de alguno de los contratos establecidos. Conocer los errores ayuda a plantear más temprano estrategias defensivas que han de evitar daños mayores.

En el posgrado - La Residencia Médica es un proceso de desarrollo durante el cual se adquieren habilidades, se desarrollan actitudes, se acepta la necesidad indispensable de formación continua y se siembran los gérmenes de los hábitos buenos y malos, mientras se modifica la autorrepresentación individual¹¹⁷. La meta más trascendente de la residencia es el logro de la identidad profesional como autoimagen de curador competente. Periodo intenso y prolongado donde lo aprendido en el pregrado busca su porqué, su para qué y su para quién y despunta lo que el profesional habrá de hacer y ser. Implica gran sacrificio económico y dedicación exclusiva. El entrenamiento "por inmersión", tradicional en las residencias, impide contactos con el medio externo. El desconocimiento de la realidad extrainstitucional: acota la comprensión del escenario donde se habrá de profesar la profesión y vivir la vida. El compromiso afectivo con los pacientes es agotador. Se incita a suprimir emociones y a ocultar secretos y penas. Guardar silencio frente a los errores evita enfrentar la desaprobación de los pares y de los superiores. Los desafíos a la honestidad e integridad personales son tan frecuentes como los abusos por parte de pares, superiores, instituciones y pacientes. Son similares a los que habrá de enfrentar el resto de sus días. Los ideales se buscan, no se encuentran por casualidad.

Los fines generales se expresan como objetivos específicos para distintas esferas. Deben abandonar posturas omnipotentes y omniscientes que determinan enfrentamientos entre vulnerabilidad o invulnerabilidad para reconocer que no todo es curable y que la muerte es una realidad vital. Deben saberse falibles y balancear la obligación y el deseo de curar con el de cuidar y desarrollar sentimientos de empatía y comprensión con el paciente. Deben aprender que la inseguridad y la arrogancia perjudican la alianza terapéutica. Deben abandonar conceptos mágicos incompatibles con la realidad de los hechos biológicos y sociales. Deben reconocer lo que pueden y lo que no pueden hacer como médicos, negarse a lo que les parece inadecuado o excesivo y solicitar ayuda cuando lo necesiten. Deben aprender a negociar y aceptar el medio en que viven, evitar los excesos y los abusos en el trato con colegas y pacientes. Deben desarrollar capacidades de comunicación oral y escrita¹¹⁸ y establecer límites adecuados entre la vida privada y la vida profesional.

Deben reconocer y seleccionar los estándares profesionales, ajustarlos a la escala propia de valores individuales y proyectarlos a la sociedad con criterio realista. El esfuerzo del educando es necesario pero no es suficiente si carece de guías que sólo o tal vez sólo los mayores pueden brindar. En esta etapa, también se pueden adquirir los gérmenes de minusvalías individuales y profesionales¹¹⁹. Los preceptos corresponden también a los sistemas de educación alternativos, diferentes a las residencias. Cuanto más integral sea la formación lograda, más posibilidades ofrece cada sujeto de enfrentar con éxito las tareas profesionales y lograr mejor CdV.

En la praxis - La práctica profesional, incluye la relación con los pacientes y con otros colegas. Reconoce obligaciones morales que exige su propio yo, derivadas de convicciones íntimas, preferencias individuales, creencias religiosas, concepción de familia conceptos grupales o comunitarios. Integra deberes establecidos por códigos deontológicos y legales. Desde siempre, los médicos concibieron la práctica de la medicina como una actividad destinada a cuidar de otros de acuerdo con ideales sociales nobles y altruistas que prevalecen sobre los intereses pecuniarios. Constituyen una cierta elite, con dimensiones sociales y económicas propias y cuyo reconocimiento pecuniario ha variado según las épocas. En general, quienes asumían el lugar de curadores, lo hacían informados de los riesgos y los beneficios de la actividad. Esto ha cambiado. La panacea del mercado ha transformado los cuidados médicos en una commodities que requieren flujo de aportes y demanda del público. Los economistas, entienden la labor médica como una actividad propia del capitalismo de autoservicio¹²⁰. Consideran a los pacientes como consumidores, usuarios o clientes y su meta es satisfacerlos para obtener beneficios. Califican a los médicos como empleados o efectores o proveedores del sistema que los contrata para satisfacer ciertos servicios. Cada uno debe cuidar de sí mismo, ser pragmático y cumplir las promesas para continuar en el mercado. Modifican la postura de los galenos y alteran la relación con los enfermos. El médico debe combinar la habilidad de curar con la de cobrar. Ambas artes benefician al médico y al paciente. En la medida que se actúe según la ética profesional, el segundo no debe afectar al primero¹²¹. Los mandatos de la profesión exigen comportamientos compatibles con el respeto de lo

que se cree justo y con la promoción de soluciones adecuadas. Los resultados no tienen precio, pero la labor bien desempeñada y dirigida a una meta declarada y razonable, tiene valor¹²². Los honorarios o salarios deben tratarse de manera honesta.

Se comprueban en el quehacer diario.

Catalogar de pésimo lo actual y vivir enferrado es fácil y define a una gran parte de la población médica... y general. Las airadas protestas escuchadas en reuniones sociales (bares y buffet no se acompañan de acciones que pretendan corregir los errores. Pensar y hacer, gozan de menos predicamento que opinar en lugares donde no se trabaja. Al decir de Matías, en la contratapa de Clarín, "Muchos compensan retirándose temprano del trabajo las veces que llegan tarde (tanto de sus obligaciones profesionales cuanto del pensamiento, el compromiso y las acciones.

Cumplida la declaración de principios, sólo cabe a la población y a los médicos exigir y lograr su aplicación, labor aún no emprendida. El incumplimiento de las leyes y la violación taxativa de los derechos, la asimetría entre lo prometido y comprometido y lo ofrecido, no es justo. Las demandas en pro del cumplimiento de los pactos satisfarán al menos la obligación de justicia que abona una buena CdV.

En las sociedades científicas - Las sociedades científicas no existen de por sí. Son lo que los miembros quieren que sean. La sociedad es cuestión de todos y corresponde a cada uno aportar su parte. El interés por el par es la clave de la supervivencia personal y una manera de fundar la fidelidad grupal es desarrollar cuidados mutuos. En la década del '80, el *New York State Journal of Medicine* publicó los "Consejos para matar una Sociedad"¹²³ y describen comportamientos frecuentes que permiten a los consocios exhibir conductas "políticamente correctas", aparentemente fundadas y que habilitan para evadir responsabilidades, lesionar intentos comunes y propender a la inacción grupal. La escasa colaboración prestada por los cirujanos para encuestas laborales, unificación de criterios y aportes generales para el bien común de los colegas, subrayan la incapacidad para lo solidario y certifican el aislamiento de todos y la indefensión de cada uno. Después de todo, los cirujanos, los médicos, no somos más que hombres que habitamos "mayores circunstancias", dentro del mundo posmoderno. Entre las me-

didias de soporte propuestas por la JCAHO para desarrollar acciones en pro de todos, se cuentan la creación de grupos de reflexión¹²⁴ dirigidos a destacar el valor de las creencias y aumentar la conciencia de sí mismo, y a promover el autocuidado. Cuando se abre un espacio para compartir y examinar las situaciones diarias. Subráyase la pertenencia al grupo, se marca la pertinencia del actuar y se fortalece la identidad personal y profesional. El rendimiento clínico mejoran. Entre las recomendaciones útiles para conceder una vida pujante, creativa y representativa capaz de proponer conductas benéficas para la comunidad, ellas destacan mantenerse informado y conectado, concurrir y participar de las reuniones, efectuar aportes fundados, honestos y sinceros y colaborar con voluntad e interés en Comisiones o Comités. El nuevo énfasis en el profesionalismo¹²⁵ exige a las sociedades más obligaciones. Superando las posturas tradicionales de la exclusiva dedicación científico-técnica, incluye el interés declarado en cuestiones laborales y gremiales, económicas (honorarios y salarios) y legales y requiere identificar los hechos inconvenientes e indeseables, proponer soluciones y socializarlas donde y como correspondan. La Asociación Argentina de Cirugía ha emprendido estas labores.

Si la medicina como tal no es un negocio, debe reconocerse que actúa al menos como promotora de consumo de medicamentos y tecnología. El manejo de los fondos depende de los sistemas encargados de administrarlos. La población requiere ser atendida, las empresas farmacéuticas y de instrumentos dedicados al uso médico merecen sus ganancias. ¿Quién decide qué corresponde a quién y dónde se ubica al médico?¹²⁶. La equidad y el costo efectividad reclaman ofrecer servicios de calidad adecuada y cantidad apropiada para la gente que lo necesite y reconocer a los médicos honorarios o salarios acordes con la obligación y desempeño¹²⁷. Cuando una sociedad prioriza lo contractual, está obligada a custodiar el cumplimiento de los pactos instituidos. Esto no ocurre. Las transacciones comerciales se constituyen sobre contratos de compra-venta y aceptan reparos éticos. El acuerdo debe considerarse mutuamente benéfico, fundado en decisiones racionales, voluntarias y conscientes, libres y por tanto no sujetas a coacción. La elección no puede basarse en la razón si se sustenta en engaños, no es voluntaria si la efectúa un incapaz temporario y aún

conciente, no es libre si está sujeta a condicionamientos, amenazas o castigos. Las mismas objeciones se aplican a las ofertas sobre las cuales se efectúan los contratos. La idea de marketing que enseñan las escuelas de negocios, asocia "las 4 P". La versión ética se corresponde con la seguridad y eficacia del *producto*, la *posición* en que se lo ubica según la posibilidad de distribución, la relación que existe entre el *precio* que se le otorga y el beneficio que produce y la honestidad de su *promoción*. Cuando se refiere a temas médicos, se sugiere agregar una quinta P: *profesionalismo* en cuanto al proceder, cómo debiera ser y hacer¹²³. No es ética si ofrece un producto inseguro, ineficaz, inexistente, inalcanzable o inaplicable. No es voluntaria si la efectúa un incapaz temporario y no es libre si se la sujeta a condicionamientos, amenazas o castigos, aunque pueda ser conciente. Los incentivos destinados a premiar omisiones u acciones no declarables como honorarios, prestaciones o salarios no constituyen reglas contractuales dignas para los médicos ni para los pacientes. Promueve acciones moralmente incorrectas. Es tan perverso evitar la indicación de tratamientos o pruebas diagnósticas adecuadas según el criterio médico como hacerlo por lograr beneficios secundarios (premios, retornos, reconocimientos dinerarios o de otro tipo). El 10% del gasto en salud de los Estados Unidos de Norteamérica se emplea para cubrir fraudes, abusos y gastos innecesarios y ha dado lugar a la creación de normas que peñan todo artificio al respecto (HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act)¹²⁹. El reconocimiento de beneficios en razón de la intermediación entre el demandante de servicios o productos (el paciente) y los proveedores del material (empresas o laboratorios) es materia corriente en el campo de los negocios. Para el médico (y para el paciente) la medicina no es un negocio sino una relación de confianza mutua donde no tiene lugar el concepto de intermediación. La participación de honorarios en desconocimiento del paciente corresponde a la misma categoría. Los códigos éticos y deontológicos^{130, 131, 132, 133, 134, 135, 136} catalogan estos procedimientos como improcedentes, aunque de eso no se hable ni se conozcan sanciones al respecto.

Toda política sanitaria se dirige a promover mejoras salutaríficas. En el mundo están ocurriendo cambios que consideramos malignos, más por la tendencia a eliminar cosas que consideramos bue-

nas que por lo que en sí mismo representan¹³⁷. Una vez reconocidas, exigen soluciones adecuadas. La inequidad permite a los grupos interesados perpetuar el mito de la controversia individuo vs estado que sirve más a los intereses corporativos que a los pacientes o los médicos. El establecimiento y aplicación de normas que aseguren un sistema más equitativo, eficiente, accesible, adecuado es solidario y justo para pacientes y para médicos. La postura enfrenta planteos economicistas, aunque el cuidado de la salud se ha incluido entre los derechos de todos los argentinos y su garantía ha devenido una de las obligaciones del Estado. La mayoría de estas actividades no forman parte del quehacer de los médicos ni de sus comunidades^{138, 139}.

La sociedad que cumpla con estos procedimientos aumentará la contención de los miembros y otorgará los espacios sugeridos adecuados para desarrollar estas acciones. Aumenta la satisfacción del sujeto consigo, con el trabajo, con los pares y con la familia. Los resultados mejorarán cuando cada uno aporte más esfuerzos. El bienestar promovido, concurrirá a lograr mejor CdV en el presente y proyectar un futuro más venturoso.

En la esfera ético-moral - La cirugía es, tal vez, la última especialidad artesanal de la medicina. Impone compromiso "cuerpo a cuerpo" con el paciente y exige respetar principios, virtudes, derechos y deberes propios de la función profesional. La labor demanda humildad, compasión y comprensión de los temores, necesidades afectivas, espirituales o religiosas del paciente e impone el respeto por la autonomía. La intervención quirúrgica resulta una experiencia extrema con sentido propio y quien necesita de ella se encuentra en posición de máxima vulnerabilidad. A cambio del eventual rescate del estado de enfermedad admite la invasión de la intimidad y la violación de la integridad corporal y sus secretos orgánicos. Se acepta cuando se plantean resultados redentores, aunque se tomen en cuenta los efectos adversos. Implica dolor, temor, disconfort y riesgo, aún de muerte. La sobrevivida no es gratuita ni está prometida y las cicatrices físicas, psíquicas y morales persisten de por vida. Suma dependencia por disminución parcial y transitoria de la autonomía, insersión en un medio ajeno y cierto grado de alienación y pérdida de control sobre el tiempo y el espacio. Se supone que el cirujano cuenta con conocimientos de base, prudencia y experiencia, ca-

pacidad técnica y juicio práctico que le permiten efectuar diagnósticos y proponer tratamientos adecuados. La honestidad es indudable y se exige su presencia indelegable^{140, 141} en los períodos inmediatos y mediatos a la operación¹⁴². La confianza del paciente en la persona a la que reputa portadora de tales condiciones, genera un grado particular de intimidad dentro del cual se establece el contrato terapéutico. La adecuación como ser humano supera la condición de profesional habilidoso o sabio: la primera no descide la segunda aunque ésta no determinan necesariamente la primera. El paciente espera el cumplimiento del compromiso y el cirujano lo ha de satisfacer. El descuido de estas labores daña la imagen de todos los cirujanos, más allá de la situación personal de quien no los respeta.

Según Laín Entralgo¹⁴³ los conocimientos médicos incluyen elementos invariantes, transeúntes y progredientes. La conducta médico profesional acepta las mismas calificaciones. El sujeto y objeto de la medicina es el bienestar del paciente: esto es invariante. Lo técnico y lo científico corresponden a lo transeúnte. El proceder respecto de lo invariante y lo transeúnte es progrediente y responde al medio, las costumbres y los tiempos. Por analogía, dichas categorías se proyectan a la CdV. Son invariantes las preferencias, los deseos personales y la libertad para cristalizarlos. Son transeúntes las condiciones momentáneas de la existencia y del medio. Es progrediente la escala axiológica que ajusta la evaluación de la calidad de la vida. La fe racional en el liderazgo del propio Yo observa los requerimientos morales de la comunidad y los somete a análisis éticos. La ideología personal, la responsabilidad social y el control de la verdad dictan la respuesta. El libre arbitrio permite plantearlo como algo que busca todas sus acciones libres y que responde a lo que cree que 'debe ser'. Todos comparten el concepto de que el fin del bien excede la apetencia e incluye el logro para alcanzar la satisfacción subjetiva. Todo acto humano es hecho por un fin y pretende un cierto bien como objeto formal de la voluntad. No todos coinciden respecto en el mismo bien objetivo como fin último. La ética realista debe atender esta razón so pena de terminar utópica y deshumanizada. Los bienes imperfectos o limitados se relacionan con preferencias y deseos en diversas dimensiones y tienden al bien perfecto del que participan como constituyentes. El bien mayor orienta todas

las voliciones y depende de logros que resulten útiles para el individuo, para la profesión y para la comunidad en general. La ética médica admite supuestos diferentes según sea considerada por médicos o por administradores. Enfrenta valores de distinto cuño y oculta o desvela conflictos de interés. El galeno considera que debe ofrecer todo lo que sea beneficioso para el paciente y abogar por los intereses de éste sin tomar en cuenta costos o consecuencias para terceros. Los pacientes forman parte de un universo interconectado por lo cual han de cuidarse los recursos para atender a todos. Los economistas y administradores, estiman correcto, bueno o ético sólo lo que está incluido en el contrato de prestación. Los modelos de mercado dependen de la colocación eficiente de bienes y servicios y el racionamiento es un factor común. Es casi sacramental que la clave de las operaciones sea el precio que define la relación entre lo que alguien quiere vender y otro desea comprar. Cuando los sistemas se basan en el intercambio la equidad es compleja: quien no tiene nada para ofrecer, no puede obtener algo a cambio. El médico se pregunta si debe atender las necesidades del paciente o servir a los intereses de las compañías que los contratan para la labor. Satisfacer a ambos se hace casi imposible. La resolución requiere aclarar la situación dentro de la profesión y compartir la preocupación con la sociedad a quien se sirve. La ética del cuidado sugiere asistir a quien lo necesita y así como salud es más que ausencia de enfermedad¹⁴⁴ la CdV, supera la falta SBO o distress^{145, 146}. Se relaciona con el logro de metas personales y profesionales¹⁴⁷ acordes con valores e intereses personales, fuente del real significado de la vida^{148, 149, 150}. Los factores del medio y de las organizaciones laborales que alteren estas metas morales deben ser estudiados y corregidos^{151, 152}.

10. CONCLUSIONES

El cirujano, complejo entramado de ideales, deseos y realidades, incluye entre sus postulados vitales cumplir obligaciones que derivan de convicciones íntimas relacionadas con el deseo de servir, propias de la imagen del yo como curador, como técnico y como médico. La práctica de la medicina combina elementos románticos y heroicos en una situación que fue siempre de privilegio, pues se le atribuyó el cuidado de la vida, algo

importante y que tiene valor intrínseco. El ejercicio de la profesión requiere honestidad, dignidad y responsabilidad. Honesto es quien resulta incapaz de engañar, defraudar o apropiarse de lo ajeno. Digno es quien merece por su obrar el respeto y la estimación de los demás y de sí mismo. La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana. Dar cuentas o rendirlas frente a uno mismo incumbe al campo de la ética. Hacerlo frente a otros corresponde a lo jurídico. En la praxis todo es excepcional: lo que se da, lo que se recibe, la entrega exigida y las recompensas otorgadas observa Diego Gracia. La tarea supera el compromiso mensurable. No ofrece satisfacción adecuada y disminuye la posibilidad de felicidad en cuanto a bienestar.

La vida del cirujano argentino es diversa y aventurada, con factores comunes con su pares universales que resultan más evidentes cuanto más se profundiza el análisis. La CdV lograda no es buena o lo es menos de lo que debiera serlo a nivel universal. El núcleo gordiano es la disarmonía entre lo esperado y lo hallado, entre lo prometido y lo brindado, entre lo exigido y lo reconocido, entre aquello para lo que fue entrenado, lo que la comunidad exige y lo que el medio laboral aporta para desempeñarlo. La labor es poco reconocida por la sociedad, mal paga y sometida a riesgos legales crecientes. Las consecuencias deletéreas exceden al profesional y se proyectan sobre la población general a través del desencanto de los médicos con su labor. La vocación, el deseo de servir y la sensación de ser, explica porqué a pesar de todo, pocos abandonan la tarea. Es importante tomar conciencia de lo que está pasando.

Aceptar sin más que todo pasado fue mejor sin actuar implica bajar los brazos. Renunciar a la lucha, es falta de coraje y obliga a declarar la incapacidad para lo que fuimos capaces o responsabilizar a otros por nuestro fracaso. Se necesita conciencia tanto de la amenaza planteada cuanto del valor de cada uno para enfrentarla. La sociedad está en pleno cambio y exige hacerse cargo y controlar las nuevas condiciones. Los animales habitan en un medio que resulta el ámbito de las respuestas naturales. El hombre es el único animal capaz de decir "no" según Max Scheler, vive en un mundo de sentido y en él residen respuestas morales que exceden lo natural y valores, preferencias, razón, voluntad deber guiar la libertad para plantear de manera responsable sus obser-

vaciones y críticas, ofrecer y exigir respeto mutuo por opiniones diferentes y requerir de quien corresponde la aplicación de políticas que se apoyen en evidencias, de la misma manera que se requiere este requisito para las acciones médicas. Médicos, gobierno, instituciones y público deben establecer relaciones dialógicas, reconocer legitimidad de las partes y establecer expectativas realistas sobre la naturaleza de la medicina, las incertidumbres, la cultura de la culpa y los límites del cuidado

*"Hoy es siempre todavía
toda la vida es ahora
y ahora, es el momento
de cumplir las promesas que nos hicimos
porque ayer no lo hicimos
porque mañana será tarde... Ahora"*

Antonio Machado

Todas las propuestas que mejoren la CdV concurren para lograr mejor relación y atención de los pacientes, favorecen la pertenencia y la pertinencia de los esfuerzos profesionales y abonan la buena atención médica. Cada médico debe plantearse como compromiso ser más gentil, delicado y cariñoso consigo mismo y con los demás para gozar de la vida más plena. La vida es el objeto fundamental de la filosofía: contiene el ser de la persona y es la raíz última de la concepción del mundo que aparece a partir del hecho mismo de estar inmerso en él¹²³. El impulso vital integra componentes biológicos y culturales entre los que se cuentan los correspondientes a la esfera profesional. Los deberes profesionales incluyen tareas por cumplir que dentro de este marco, pueden brindar bienestar y constituir el camino de la felicidad, cuestión final que debiera preocupar a todos.

Ismael Serrano, ofrece en DEJATE CONVEN-CER consejos respecto del amor, que resultan útiles para recordar que la propia vida es el sine qua non que habilita el planteo sobre su calidad. Dice:

*Un día la vida echará abajo tu puerta,
rendida, acorralada,
te pedirá cuentas por este fracaso,
que el amor se encuentra antes si se busca.
que el hecho de estar vivo siempre exige algo...
...y no encontrarás a nadie que te ponga a salvo...*

Comparto yo también los mismos miedos.
También busco una cinta para atar el tiempo
Y arrastro conmigo una cadena de sueños...
Digamos a veces alguna verdad,
que ya mentimos a diario...

Un ensayo es una ofrenda de intimidad...busca la revelación de un ser en su tiempo¹⁴. En el poder de las facultades afectivas asegura Kant. "Sería una presunción censurable entretener a otros con la historia íntima de mis lucubraciones... tendría importancia para mí pero ninguna validez para todos... pero si esta atención sobre mí mismo y la percepción resultante de ella, aún siendo una cosa necesaria y conveniente no es tan frecuente como para que sea exigible a todos, puede disculparse al menos la molestia de entretener a los demás con las sensaciones particulares". Esta ha sido la intención declarada de la presentación.

¡La discusión sobre CdV queda abierta!

OBRAS CONSULTADAS

Abbagnano. Diccionario de Filosofía. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1996.

Beauchamp T. Childress. Principios de Bioética Médica.

Díaz Esther. La ciencia y el imaginario social. Ed. Biblos, Argentina, 1996.

Diccionario de uso del Español de María Moliner, Ed 1999.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 21ª Ed. 1992.

Garzón Díaz, FA. Bioética, Manual Interactivo. 3R Ed. Ltda., Colombia, 2000.

Jordi Cortés Morató y Antoni Martínez Riu Diccionario de filosofía en CD-ROM. Empresa Editorial Herder S.A., Barcelona. 1996.

Lipovetzky G La era del vacío. Ed Anagrama, 1994.

Nozick Robert. Meditaciones sobre la vida. Editorial Gedisa, Barcelona, 1997.

La calidad de vida CdV Nussbaum M y Sen A. (comp.) Ed. Fondo de Cultura, Mexico, 1996.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., & Reis, H. (1996). *What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person*. Personality and Social Psychology Bulletin, 22, 1270-1279.
- Sheldon, K. M. (1995). *Creativity and self-determination in personality*. Creativity Research Journal, 8, 61-72.

- Hansen M, Situación laboral de los cirujanos jóvenes. Jornadas de Otoño 2005.
- Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books, 1982: 82.
- National Center for Education Statistics. *Job satisfaction among America's teachers: effects of workplace conditions, background characteristics, and teacher compensation*. Statistical analysis report, July 1997. <http://nces.ed.gov/pubs97/97471.pdf>.
- Steinbrook R. *Nursing in the crossfire*. N Engl J Med 2002; 346: 1757-1766.
- Freeborn DK. *Satisfaction, commitment, and psychological wellbeing among HMO physicians*. West J Med. 2001; 174: 13-18.
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. *The work lives of women physicians results from the physician work life study*. The SGIM Career Satisfaction Study Group. J Gen Intern Med. 2000; 15: 372-380.
- Bachman KH, Freeborn DK. *HMO Physicians' use of referrals*. Soc Sci Med. 1999; 48: 547-557.
- Meier DE, Back AL, Morrison RS. *The inner life of physicians and care of the seriously ill*. JAMA. 2001; 286: 3007-3014.
- Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. *The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians*. J Gen Intern Med 1992; 7: 424-431.
- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. *Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors*. N Engl J Med. 2002; 347: 1933-1940.
- Lavery JP. *The physician's reaction to a malpractice suit*. Obstet Gynecol. 1988; 71: 138-141.
- Charles SC. *Coping with a medical malpractice suit*. West J Med 2001; 174: 55-58.
- Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuels SJ, Mobley S. *Physician career satisfaction across specialties*. Arch Intern Med 2002; 162: 1577-1584.
- Newman M. *New Jersey doctors find unity in fight to limit malpractice awards*. New York Times, February 3, 2003: B1.
- Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. *The new medical malpractice crisis*. N Engl J Med. 2003; 348: 2281-2284.
- Melville A. *Job satisfaction in general practice: implications for prescribing*. Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]. 1980; 14A: 495-499.
- Schmoldt RA, Freeborn DK, Kievit HD. *Physician burnout: recommendations for HMO managers*. HMO Pract. 1994; 8: 58-63.
- DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, et al. *Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study*. Health Psychol. 1993; 12: 93-102.
- Davidoff F. *Time*. Ann Intern Med 1997; 127: 483-485.
- Kobasa SC. *Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness*. J Pers Soc Psychol 1979; 37: 1-11.
- Cooper CL, Rout U, Faragher B. *Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners*. Brj. 1989; 298: 366-370.

24. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. *Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands.* Am J Med. 2001; 111: 170-175.
25. Warde CM, Moonesinghe K, Allen W, Gelberg L. *Marital and parental satisfaction of married physicians with children.* J Gen Intern Med. 1999; 14: 157-165.
26. Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E. *Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention.* Am J Obstet Gynecol 2002; 186:601-612.
27. Purdy RR, Lemkau JP, Rafferty JP, Rudisill JR. *Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows?* Fam Med. 1987; 19: 203-208.
28. Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK, Anzinger RK, Revicki DA. *A study of occupational stress and depression among emergency physicians.* Ann Emerg Med 1992; 21: 58-64.
29. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, et al. *Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the Physician Worklife Study Health Serv Res 2002; 37: 121-143.*
30. Puddester D. *The Canadian Medical Association's policy on physician wealth and well being.* West J Med 2001; 174: 5-7.
31. Whang EE, Perez A, Ito H et al. *Work hours reform: perceptions and desires of contemporary surgeons.* J Am Coll Surg 2003; 197: 624-630.
32. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. *Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students.* JAMA 2003; 290: 1173-78.
33. <http://www.facs.org/education/residencyassist.html>
34. Buchanan A. *Managed care: rationing without justice but not unjustly.* J Health Polit Policy Law. 1998; 23: 617-634.
35. Abrams RN. *The Doctor with two heads: The patient versus the cost.* N Eng J Med 1993; 328: 975-976.
36. Campbell DA, Jr, MD, Seema S, Sonnad, PhD, Frederic E, Eckhauser et al. *Burnout among American Surgeons Surgery.* 2001; 130: 696-705.
37. Lichtenstein RL. *The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: a literature review.* Med Care Rev 1984; 41: 139-179.
38. Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Koscoff J. *Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices.* Med Care 1985; 23: 1171-1178.
39. Haas JS, Cook EF, Pucopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. *Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?* J Gen Intern Med. 2000; 15: 122-128.
40. gworkin@mail.uh.edu
41. Sheldon GF. *Professionalism, managed care, and the human rights movement.* Bull Am Coll Surg 1998; 83: 13-33.
42. Chuck JM, Nesbitt TS, Kwan J, Kam SM. *Is being a doctor still fun?* West J Med 1993; 159: 665-669.
43. Massachusetts Medical Society. *Physician satisfaction survey 2001.* <http://www.massmed.org/pages/physiciansatisfaction.asp>.
44. Kaiser Family Foundation. *National survey of physicians part III: doctors' opinions about their profession 2002.* <http://www.kff.org/kaiserpolls/20020426c-index.cfm>.
45. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. *National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England.* BMJ 2003; 326: 22-22.
46. Zuger A. *Dissatisfaction with Medical Practice.* New Eng J Med 2004; 30:69
47. Edwards NE, Kornacki MJ, Silversin J. *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done.* BMJ. 2002; 324: 835-838.
48. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. *Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners.* J Organiz Behav 2000; 21: 425-441.
49. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser Fe et al. *Burnout Among American Surgeons Surg 2001; 130: 696-705.*
50. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE et al. *Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health.* Health Care Manage Rev. 2001; 26: 7-19.
51. Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, Rudisill JR. *Correlates of burnout among family practice residents.* J Med Educ 1988; 63: 682-691.
52. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. *Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians.* J Clin Psychol 1986; 42: 488-492.
53. Lemkau J, Rafferty J, Gordon R Jr. *Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice.* Fam Pract Res J. 1994; 14: 213-222.
54. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR. *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians.* Br J Cancer 1995; 71: 1263-1269.
55. Goldberg R, Boss RW, Chan L, et al. *Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth.* Acad Emerg Med 1996; 3: 1156-1164.
56. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. *Burnout in the internist-intensivist.* Intensive Care Med. 1996; 22: 625-630.
57. McCue JD, Sachs CL. *A stress management workshop improves residents' coping skills.* Arch Intern Med. 1991; 151: 2273-2277.
58. Deckard G, Metarko M, Field D. *Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships.* Med Care 1994; 32: 745-754.
59. Bellini LM, Baime M, Shea JA. *Variation of mood and empathy during internship.* JAMA. 2002; 287: 3143-3146.
60. Mayberry J. *Residency reform Halsted Style.* J Am Coll Surg 2003; 197: 433-35.

61. DaRosa D, Bell RH, Dunnington GL et al. *Residency program models, implications and evaluation*. Surgery 2003; 133: 13-23.
62. Stockinger ZT, Ellis MS, Mc swain NE. *Residents and medical students in the 21st century: Better, worse or just different?* BACS 2004; 89: 21-23.
63. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. *Mid career burnout in generalist and specialist physicians*. JAMA 2002; 288: 1447-50.
64. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. *Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians*. J Clin Psychol 1986; 42: 488-492.
65. Whippen DA, Canellos GP. *Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists*. J Clin Oncol 1991; 9: 1916-1920.
66. Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH. *The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians*. J Infect Dis 1992; 165: 224-228.
67. Kash KM, Holland JC, Breitbart W, et al. *Stress and burnout in oncology*. Oncology 2000; 14: 1621-1634, 1636-1637.
68. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. *The well being of physicians*. Am J Med 2003; 114: 513-519.
69. Schroen AT, Brownstein MR, Sheldon GF. *Comparison of private versus academic practice for general surgeons: A guide for medical students and residents*. J Am Coll Surg 2003; 197: 1000-1011.
70. Haug MR. *A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization*. Am Surg. 2003 Jan; 69 (1): 53-55.
71. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. *Mid career burnout in generalist and specialist physicians*. JAMA 2002; 288: 1447-50.
72. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhasuser Fe et. *Al Burnout Among American Surgeons Surg*. 2001; 130: 696-705.
73. Schroen AT, Brownstein MR, Sheldon GF. *Comparison of private versus academia practice for general surgeons: a guide for medical students and residents*. J Am Coll Surg 2003; 197: 1000-1011.
74. Zuger A. *Dissatisfaction with medical practice*. N Engl J Med 2004; 30: 69.
75. Gelfand DV, Podnos YD, Wilson SE, et al. *Choosing general surgery: insights into career choices of current medical students*. Arch Surg 2004; 137: 941-945.
76. Gelbland KI, Isaacs G. *Contemporary trends in student selection of medical specialties: the potential impact on general surgery*. Arch Surg 2002; 137: 259-267.
77. Russel TR. *From My perspective*. Bull Am Coll Surg 2002; 84: 4-5.
78. Lind DS, Cendan JC. *Two decades of student career choice at the University of Florida: increasingly a lifestyle decision*. Am Surg 2003; 69: 53-55.
79. Marshall JG, Karimuddin AA. *Decline in popularity of general surgery as a career choice in North America: Review of postgraduate residency training selection in Canada 1996-2001*. World J Surg 2003; 27: 249-252.
80. Krizek TJ. *Ethics and philosophy lecture: Surgery: is it an impairing profession?* J Am Coll Surg 2002; 194: 352-365.
81. Daugird A, Spencer D. *Physician reactions to the health care revolution: a grief model approach*. Arch Fam Med 1996; 5: 497-500.
82. Kravitz RL, Shapiro MF, Linn LS, Froelicher ES. *Risk factors associated with participation in the Ontario, Canada doctors' strike*. Am J Public Health 1989; 79: 1227-1233.
83. Greenhouse S. *Angered by H.M.O.'s treatment, more doctors are joining unions*. New York Times. February 4, 1999: A1.
84. Andersen, HA. *The Complete Fairy Tales: The Emperor's new clothes*. Pp.89-95. Wordsworth Editions, Great Britain, 1997.
85. Frutos Ortiz E. *El estrés del cirujano*. Rev Argent Cirug (en prensa).
86. Cicerón. *De Officiis I, 5*
87. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. *A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices*. West J Med 2001; 174:19-23.
88. Myers DG. *The funds, friends, and faith of happy people*. Am Psychol 2000; 55: 56-67.
89. McMurray JE, Williams E, Schwartz MD et al. *Physician job satisfaction: developing a model using qualitative data*. J Gen Intern Med. 1997; 12: 711-714.
90. Leplege A, Hunt S. *The problem of quality of life in medicine*. JAMA 1997; 278: 47-50.
91. Smith R. *Why are doctors so unhappy?* BMJ 2001; 322: 1073-4.
92. Edwards NE, Kornacki MJ, Silversin J. *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done*. BMJ 2002; 324: 835-8
93. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. *The well being of physicians*. Am J Med 2003; 114: 513-519.
94. <http://www.jcaho.org/>
95. Revisions to selected Medical Staff Standards. Physician Health. <http://www.jacwo.org>.
96. Linzer M, Konrad TR, Douglas J, et al. *Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study*. J Gen Intern Med. 2000; 15: 441-450.
97. Burdi MD, Baker LC. *Market-level health maintenance organization activity and physician autonomy and satisfaction*. Am J Manag Care. 1997; 3: 1357-1366.
98. Bates AS, Harris LE, Tierney WM, Wolinsky FD. *Dimensions and correlates of physician work satisfaction in a midwestern city*. Med Care 1998; 36: 610-617.
99. Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L. *Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study*. Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. Arch Intern Med. 1999; 159: 1417-1426.
100. Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. *Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction*. J Gen Intern Med. 2001; 16: 675-684.
101. Landon BE, Rischovsky J, Blumenthal D. *Changes*

- in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001.* JAMA 2003; 289: 442-449.
102. Epstein RM. *Just being.* West J Med 2001; 174: 63-65.
103. Baroness JA. *Medicine and professionalism.* Arch Intern Med 2003; 163: 145-149.
104. Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF. *Mid-career burnout in generalist and specialist physicians.* JAMA 2002; 288: 1447-1450.
105. O'Connor JP, Nash DB, Buehler ML, Bard M. *Satisfaction higher for physician executives who treat patients, survey finds.* Physician Exec 2002; 28: 17-21.
106. Dunstone DC, Reames HR Jr. *Physician satisfaction revisited.* Soc Sci Med 2001; 52: 825-837.
107. Candib L. *Medicine and the Family: A Feminist Perspective.* New York: Basic Books; 1995.
108. Quill TE, Williamson PR. *Healthy approaches to physician stress.* Arch Intern Med. 1990; 150: 1857-1861.
109. Puddester D. *The canadian medical association's policy on physician health and wellbeing.* West J Med 2001; 174: 5-7.
110. Bhargava R. *What happened.* London: BMJ Publishing Group, 2001. <http://bmj.com/cgi/eletters/322/7294/DC2#14377>.
111. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. *Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001.* JAMA 2003; 289: 442-449.
112. Schlitz P. *On being a happy, healthy and ethical member of an unhappy, unhealthy and unethical profession.* Vanderbilt Law Rev 1999; 52: 871-951.
113. Donelan K, Blendon RJ, Lundberg GD, et al. *The new medical marketplace: physicians' views.* Health Aff (Millwood) 1997; 16: 139-148.
114. Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman AB. *Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems.* N Engl J Med 1998; 339: 1516-1521.
115. Nicholson S, Souleles NS. *Physician income expectations and specialty choice.* National Bureau of Economic Research working paper 8536. <http://www.nber.org/papers/w8536>.
116. Fox R. *Cultural Competence and the Culture of Medicine.* N Eng J Med. 2005; 353: 1316-1319.
117. Brent DA. *The Residency as a developmental process.* J Med Ed. 1981; 56: 417-422.
118. Dennis H, Novack DN, Suchman AL, Clark W, Epstein RM et al. *Calibrating the physician: Personal awareness and effective clinical care.* JAMA. 1997; 278: 502-509.
119. Cassell EJ. *Historical perspective of medical residency training: 50 years of changes.* JAMA 1999; 281: 1231.
120. Mathew M. *Medicine as a Business.* The Mount SINAI J of Medicine 2004; 71: 225-30.
121. Rhodes R, Moros DA. *Issues in Medical Ethics; Mixing money and medicine.* The Mount SINAI J of Medicine 2004; 71: 217-8.
122. Little M. *Ethonomics- the ethics of the unaffordable.* Archives of Surgery 2000; 135: 17-21.
123. *Boletín informativo de la Asociación Argentina de Cirugía, Vol 38: diciembre de 1988, pp.12.*
124. Rabow MW, McPhee SJ. *Doctoring to Heal: fostering well-being among physicians through personal reflection.* West J Med. 2001; 174: 66-69.
125. Baroness JA. *Medicine and professionalism.* Arch Intern Med 2003; 163:145-149.
126. Valone D. *A history of medical payments: Continuity or crisis?* The Mount SINAI J of Medicine 2004; 71: 219-24.
127. Baily MA. *Ethics, economics and physician reimbursement.* The Mount SINAI J of Medicine 2004; 71: 231-35.
128. Latham SR. *Ethics in the marketing of medical services.* The Mount SINAI J of Medicine 2004; 71: 243-50.
129. Stell LK. *Two cheers for physicians' conflicts of interest.* The Mount Sinai J Med 2004; 71: 236-242.
130. Rhodes R, Moros DA. *Issues in Medical Ethics: Mixing money and medicine.* The Mount SINAI J of Medicine 2004; 71: 217-8.
131. Gruen RL, Arya J, Cosgrove EM, et. al. *Professionalism in Surgery.* J Am Coll Surg. 2003; 197: 605-608.
132. Council of Medical Specialty Societies. *Ethics statement.* Chicago. http://www.cmss.org/print.cfm?itemid_1100.
133. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1996; 128: 576-594.
134. *Manual de ética y deontología del Cirujano. III-Relaciones con la sociedad.* Asociación Argentina de Cirugía, 1996. *Declaraciones fundamentales.* Rev Argent Cirug 2001.
135. *Código de Ética, Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, arts. 4 y 10.*
136. *Código de ética para el equipo de salud. Capítulo 2 De los Derechos de los pacientes.* Asociación Médica Argentina, 2001.
137. Debas HT. *Surgery: a noble profession in a changing world.* Ann Surg 2002; 236: 263-269.
138. Astlin AW, Green KC, Korn WS. *The American Freshman-Twenty year trends.* Los Angeles: Higher Education Research Institute, Graduate School of Education, University of California, Los Angeles; 1987.
139. Sax LJ, Astlin AW, Korn WS, Mahoney KM. *The American Freshman: National norms for fall 1998.* Los Angeles: Higher Education Research Institute, University of California, Los Angeles; 1998.
140. Little M. *The fivefold root of an ethics of surgery.* Bioethics 2002;16:183-201.
141. Little M. *Is there a distinctively surgical ethics?* Surg 2001; 129: 668-671.
142. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice.* New York: oxford University Press, 1993.
143. *Lain Entralgo P. Historia de la medicina.* Salvat, Barcelona, 1979
144. St Claire L, Watkins CJ, Billingham B. *Differences in meanings of health: and exploratory study of*

- general practitioners and their patients*. Fam Pract. 1996; 13: 511-516.
145. Yamey G, Wilkes M. *Promoting wellbeing among doctors*. BMJ 2001; 322: 252-253.
146. Recapturing the Spirit of Medicine. West J Med 2001; 174.
147. Spilker B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. New York: Lippincott-Raven; 1996.
148. Riff CD Singer B. *Psychological well-being: meaning, measurement and implications for psychotherapy research*. Psychother Psychosom 1996; 65: 14-23.
149. Massimini F, Delle Fave A. *Individual development in a bio-cultural perspective*. Am Psychol 2000; 55: 24-33.
150. Myers DG. *Medical Marriages: A Look at the Problems and Their Solutions*. New York, NY: Plenum Medical Book Co; 1994.
151. Buchbinder SB, Wilson M, Melick CF, Powe NR. *Estimates of costs of primary care physician turnover*. Am J Manag Care. 1999; 5: 1431-1436.
152. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, Pathman DE, Linzer M, McMurray JE, Gerrity M, Schwartz M. *Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health*. Health Care Manage Rev 2001; 26: 7-19.
153. Dilthey W. *Teoría de las concepciones del mundo*. Traducción de E. Imaz, F.C.E., México, 1954.
154. Kovadióff S. *Ensayos de intimidad*. Emece, 2003.

La propuesta ajusta a la tradición profesional y apoya en el concepto de "mens sana in corpore sano".

Nota: El autor posee más fichas bibliográficas a disposición de quien desee consultarlas.