

## La autonomía sanitaria: análisis sobre la construcción de un valor

Health autonomy: analysis on the construction of a value

Antonio Leopoldo Santisteban Espejo

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada.

### Resumen

Medicina, Filosofía y Derecho constituyen tres disciplinas históricamente vinculadas, derivando de ello que las tesis y los planteamientos defendidos por cada una hayan influido en el ejercicio de las restantes. En este sentido, son cada vez más los conceptos que no perteneciendo de manera primaria a la formación del profesional médico se hacen eco en la práctica clínica diaria. Entre ellos, el concepto de autonomía del paciente. El enfoque desde la axiología y el mundo del valor ofrece una fundamentación al análisis de este concepto, y un punto de partida complejo, pero a su vez irrenunciable. En su aprendizaje, resulta central el conocimiento que desde la educación sanitaria se puede aportar en la formación de los actuales usuarios de los sistemas de salud.

### Abstract

Medicine, Philosophy and Law have been linked throughout history. Thesis and approach gave for each one have influenced and suggested new challenges for the other one. For this reason new concepts not directly related with the normal medical academic training are appearing on the daily clinical practice. One of them is the concept of autonomy. Axiology and the world of values give a grounds and starting point too for these problems wich is complex but also required for a good medical practice. On its learning, it would be central the role of the health education system in order to improve the knowledge of current health system users.

*Palabras clave: Medicina-  
Autonomía-Bioética-Educación  
sanitaria*

*Keywords: Autonomy-Bioethics-  
Health Education*

### INTRODUCCIÓN

*¿Cuál es, en resumen, la altura de nuestro tiempo? No es plenitud de los tiempos, y, sin embargo se siente sobre todos los tiempos idos y por encima de todas las conocidas plenitudes. No es fácil de formular la impresión que de sí misma tiene nuestra época: cree ser más que las demás, y a la par se siente como un comienzo, sin estar segura de no ser una agonía. ¿Qué expresión elegiríamos? Tal vez ésta: más que los demás tiempos e inferior a sí misma. Fortísima, y a la vez insegura de su destino. Orgullosa de sus fuerzas y a la vez temiéndolas.*

José Ortega y Gasset

Fortaleza e inseguridad o comprensión e incertidumbre son caracteres que pueden definir también hoy la altura de nuestro tiempo. Einstein ha escrito lo siguiente: "el aumento de nuestro conocimiento de hechos, [...] ha conducido a la situación actual, caracterizada - no obstante sus éxitos - por la incertidumbre respecto de la elección de los conceptos teóricos fundamentales" (1). Esta paradoja que resulta de aumentar los conocimientos y a su vez el grado de incertidumbre, bien descrita en las ciencias físicas desde 1927(2) podemos afirmar que se hace especialmente patente y cobra hoy nueva significación en los sistemas de atención a la salud. Esto, al menos, por tres razones. De una parte, la

mejora cuantitativa en la disponibilidad de los recursos sanitarios existentes, lográndose así acercar la oferta en salud al usuario del sistema; en segundo lugar, la creciente tecnificación de dichos recursos, que amplía las posibilidades del proceso de atención integral a la salud (asistencia, prevención, adaptación social a un problema crónico y promoción de la salud) (3); y, finalmente, el papel central que ocupa hoy la formación de individuos autónomos capaces de gestionar de manera prudente y responsable sus procesos de salud-enfermedad.

El presente artículo tiene por objetivo analizar este último factor, a saber, el concepto de autonomía. Para ello se seguirá el siguiente esquema dividido en cuatro puntos. Puede decirse que los dos primeros pretenden ubicarse en un plano más teórico, en tanto que las consecuencias prácticas que de ellos se derivan aparecerán más claramente en el punto tercero. A las conclusiones que se extraen de lo dicho anteriormente se dedicará el cuarto y último punto.

Así, en primer lugar se analizará el propio término "autonomía" con el objetivo principal de destacar el carácter radicalmente equívoco de su significado, y así se estudiará su etimología, su voz ética, su voz política y su voz jurídica, para en un momento ulterior describir la relación que existe entre las definiciones jurídica y ética. En segundo lugar, se definirá la autonomía en tanto que valor y, por

tanto, desde el mundo de la axiología. El objetivo ahora es presentar el proceso de la valoración como un fenómeno biológico y plantear las tesis a él dadas por la historia del pensamiento occidental para concluir que la autonomía se enmarca actualmente dentro del paradigma constructivista del valor. Finalmente, el punto tercero acomete el problema de ejercer la autonomía en el marco de las sociedades líquidas (4), asumiendo así la tesis de Bauman. Sobre ella se tratará de argumentar porqué nuestra época constituye el momento óptimo para la educación sanitaria. De este modo, se pretende afirmar que hoy quizá más que en otro período histórico, los ciudadanos están en la adecuada disposición de entender la autonomía en salud no solo como el derecho a una decisión acotada en el tiempo, sino también como el valor sobre el que edificar un correcto hábito sanitario.

En definitiva, a lo anteriormente expuesto se orientan las próximas líneas. Nada más, pero tampoco nada menos. Esta labor de análisis es una responsabilidad que nos implica, cada uno desde su ámbito, a todos los profesionales en salud. El expresidente de la UNESCO, Federico Mayor Zaragoza (5) ha escrito parafraseando a Martí i Pol que, para realizar un proyecto *¿quién mejor, sino todos?*

## I. ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE AUTONOMÍA

Para Conill, autonomía “quiere decir capacidad de universalización” (6). Su etimología nos remite a la definición kantiana de un individuo capaz en tanto que dotado de racionalidad de darse la ley a sí mismo, es decir, el deber moral. Efectivamente, en griego, los términos *autos* y *gnomos* designan respectivamente «lo propio» y «la ley». El móvil de la acción no puede ser sino la buena voluntad de una razón pura. Así, diremos ahora con Kant que “Por lo tanto, ninguna otra cosa, sino la representación de la ley en sí misma (que desde luego no se encuentra más que en un ser racional) en cuanto que ella, y no el efecto esperado, es el fundamento determinante de la voluntad, puede constituir ese bien tan excelente que llamamos *bien moral*, el cual está ya presente en la persona misma que obra según esa ley, y que no es lícito esperar de ningún efecto de la acción” (7). La voz etimológica expuesta que, como se ve, enraíza directamente con su concepción ética, permite a Kant posteriormente enunciar el imperativo categórico. Este afirma en una de sus formulaciones lo siguiente: “Puesto que he sustraído la voluntad a todos los impulsos que podrían apartarla del cumplimiento de una ley, no queda nada más que la legalidad universal de las acciones en general (que debe ser el único principio de la voluntad); es decir, yo no puedo obrar nunca más que de modo *que pueda querer que mi máxima se convierta en ley universal*” (7).

No obstante sea ética la definición primera que liga el concepto de autonomía a la vida moral del hombre, la concepción original del término no corresponde al ámbito de la filosofía moral sino al de la política, que estudiaremos más adelante. En cualquier caso, sí hemos de afirmar ahora que en contraposición a la heteronomía, la autonomía en Kant es condición *sine qua non* para la libertad, que ella es innegable al ser humano en tanto que éste es un ser dotado de racionalidad y que cuando aún hoy se afirma en el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”, o en su artículo primero, que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (8) e igualmente, en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del año 2005, en su artículo tercero, que “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.” (5), al enunciarlas todas ellas, se está hablando para el mundo pero escribiendo desde Königsberg.

Como se anticipó, el uso original del término autonomía hace alusión a un concepto político antes que ético. Para conceptualizarlo, conviene retener que ahora el objeto al que se dirige el uso del término no es el individuo, sino la comunidad, en concreto la

polis o ciudad-estado griega. La autonomía define así la capacidad que ostenta la ciudad-estado de defensa frente a la polis vecina y con ello el poder de dictar para sus integrantes las leyes propias. El poder de ser un estado autónomo. Para Vicente García (9) “en la filosofía política griega se definía la autonomía como la condición de una comunidad política de dictarse leyes a sí propia”, en este sentido precisa más adelante que “Aristóteles (Politeia VI) habla de «comunidad de hombres libres» y agrega que «la polis es autónoma porque es buena y porque es autárquica en lo ético y en lo económico»” (9). Todavía aún hoy tiene esta voz un espacio en nuestro lenguaje natural cuando hablamos de la autonomía de las C.C.A.A., de los Organismos Autónomos o la autonomía de los Entes Locales. El aspecto de la autonomía territorial y la integración de las Entidades Locales en estructuras organizativas mayores constituye un tema complejo en el derecho político y ahora no entraremos en él en detalle. Para analizar las cuatro doctrinas que históricamente han fundamentado este principio político (la doctrina del *pouvoir municipal*, la doctrina germánica de la asociación comunal, la doctrina francesa de la descentralización y el *selfgovernment* inglés) se remite en este punto al lector a los textos de Iglesias Martín (10) y de Vicente García (9).

La voz “autonomía” al estudiarse desde un marco etimológico, ético y político muestra ya su carácter polisémico. Este hecho permite afirmar a Giannini que introduciéndose en el lenguaje natural o lenguaje no formalizado, el concepto de autonomía otrora fundamento de la moral o de la organización política de un estado, no ha hecho sino fragmentarse, diluirse en una matriz de significados que dificultan su clarificación terminológica: “el concepto de autonomía ha perdido hoy toda conexión con su origen filosófico-jurídico y, al incorporarse plenamente al vocabulario ordinario, se ha visto privado de toda significación precisa” (9). Corresponde ahora continuar su análisis estudiándolo desde un enfoque jurídico para finalmente, concluir este primer punto contrastando dicha visión y la ética, y establecer la relación que liga a ambas.

Así, jurídicamente el ejercicio de la autonomía en los sistemas de salud se encuentra regulado en la Ley 41/2002 del 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica, por medio de la cual entra a formar parte del ordenamiento jurídico el derecho al ejercicio de la autonomía (11). El precedente de la misma se encuentra en la Ley General de Sanidad de 1986 (12) y, de manera más amplia, en toda una doctrina o teoría del consentimiento informado desarrollada en EEUU a lo largo de la primera mitad del siglo XX (13). El análisis de la evolución de la jurisprudencia norteamericana durante este período refleja la situación de conflicto y ambivalencia que al respecto protagonizó la sociedad estadounidense.

La sentencia del juez Benjamin Cardozo en el caso *Schloendorff* contra la *Society of New York Hospital* de 1914, parte de la cual se muestra a continuación, o el caso *Jacobson* contra el *Hospital de Massachusetts* de 1905 constituyen quizá una buena representación de ello (13):

“Cada ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable”

El consentimiento informado es el proceso que jurídicamente garantiza el derecho al ejercicio de la autonomía. Así se expresa en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en su artículo 6: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”. Su aplicación en el caso de personas carentes de la capacidad para aportar su consentimiento es el cuerpo del artículo 7, mientras que el derecho al respeto de la autonomía se enuncia en el artículo 5 al afirmar que “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás” (5). De este modo, se definen las características de voluntariedad, conformidad libre e información adecuada que ha de reunir el consentimiento in-

formado para ser jurídicamente válido (11), se garantiza también el derecho a su ejercicio en la Declaración de la UNESCO, y queda habitualmente por definir una cuestión de fundamento, a saber, qué se entiende por *autonomía de la persona* o *autonomía de los demás*. En este sentido, ¿garantiza el ejercicio del derecho a la autonomía la decisión autónoma?, ¿son intercambiables los conceptos de derecho a la autonomía y autonomía moral? Ahora se definirá el vínculo entre lo ético y lo jurídico.

Inicio preguntando para ello qué es previo, si el derecho a la ética o ésta al derecho. La necesidad de individuos en sociedad (y por ende también de usuarios de los sistemas de salud) que ejerzan su autonomía en el marco de relaciones justas, puede cuestionarse si se fundamenta bien desde el derecho o bien desde la ética. No es una pregunta falta de complejidad. Recordemos que en Rawls las condiciones de imparcialidad para emitir un juicio justo “incluyen un «velo de ignorancia» que impide a los miembros de la sociedad o a sus representantes tener acceso a diversos tipos de información que podrían inclinar su decisión acerca de qué principios sostener”(14), sería ésta por decirlo así, una justicia *pura* o *a priori*, la obtenida en la situación original rawlsiana. Podría acordarse entonces, siguiendo a Gracia, que el “El derecho es siempre un epifenómeno social”, basándome para argumentar esta afirmación en los textos de Rawls y Gracia que siguen. Según Gracia:

“Tampoco es suficiente decir que nace [el derecho] de la voluntad del pueblo soberano, bien directamente, bien a través de sus representantes. Porque la cuestión es entonces saber cómo actúan o deciden los ciudadanos. Y la respuesta no puede ser más que una: de acuerdo con lo que creen que es correcto e incorrecto, bueno y malo. Pues bien, en eso consiste la ética. [...] Son dos espacios distintos, cada uno con sus objetivos y dotado de su propia especificidad. Hasta tal punto son distintos, que ni todo lo jurídico tiene porque ser siempre moral, ni viceversa” (5)

Para Rawls:

“lo que está faltando es una definición adecuada de un statu quo que sea aceptable desde un punto de vista moral. No podemos tomar algunas contingencias como conocidas y preferencias individuales como dadas y esperar aclarar el concepto de justicia (o de equidad) a través de teorías de la negociación. La concepción en la posición original está diseñada para enfrentar el problema del statu quo apropiado” (14)

La ley, la costumbre y los principios generales del Derecho son las fuentes del ordenamiento jurídico, en cambio su fundamento es el humus ético de una sociedad. Fuentes y fundamento no son palabras unidas por una relación de sinonimia. Ortega llamaría a esta textura ética “conjunto de creencias”, en ellas no se piensa sino que en ellas sencillamente se está, y por ello no son ideas, sino convicciones. Así, para decir con Ortega “El diagnóstico de una existencia humana [...] tiene que comenzar filiendo el repertorio de sus convicciones. Son éstas el suelo de nuestra vida. Por eso se dice que en ellas el hombre está”(15). La relación que une ética y derecho es aquella por la que los principios éticos que una sociedad educada ha acordado como propios constituyen un ideal (llámese democrático, de justicia o de salud), a cuya sustantivación y salvaguarda mediante leyes se orienta el derecho. No existe gnomo sin ethos. Es más, la ausencia de realización efectiva de un ideal ético en una sociedad no justifica su abandono. Recuérdese que la ética no trata de lo que es (de ello se encarga otra disciplina: la ontología), la ética trata de aquello que aún no siendo, todos pensamos que, cuanto antes, debería ser. Bajo esta concepción, la autonomía no agota toda su significación de modo único a través del derecho a la decisión autónoma, sino como un deber, y dado el carácter constitutivo del deber moral para el ser humano, un deber que implicará a ambas partes de la relación clínica. Al médico, en tanto que profesional capaz de aportar la información adecuada, de dar el consejo de quien está formado en modo óptimo sobre la materia que se trata y de gestionar el sistema de valores que el paciente aporta. A éste, al paciente, corresponde garantizar una decisión formada e informada, prudente y responsable. Si la autonomía se analiza no como un momento sino como un proceso, ambos polos aparecen igualmente carga-

dos de responsabilidad. Los usuarios de los sistemas de salud son autónomos y lo son también sus decisiones en salud en tanto que se establece un diálogo fecundo con su interlocutor, es decir, el conjunto del equipo asistencial. Solo ahora cobra su significado la condición que Cortina propone para hablar de autonomía y según la cual “Hablar de autonomía exige-a mi juicio- habérselas con un sujeto competente para elevar pretensiones de validez del habla, legitimado para defenderlas participativamente a través de un diálogo, igualmente legitimado para forjarse un juicio sobre lo correcto, aunque no coincida con los acuerdos fácticos, con tal que no entre en contradicción pragmática con los supuestos racionalizadores del diálogo. Un sujeto capaz de actuar por móviles morales[...]. Y un sujeto moral se forja en el diálogo intersubjetivo, pero no menos en el intrasubjetivo”. (16)

Se podría optar por concluir el análisis en este punto, afirmando que el ejercicio de la autonomía en salud es, previamente a un derecho del paciente, un deber moral que se desarrolla y que progresa a través del ejercicio de la palabra, es decir, del diálogo que constituye el suelo de la relación clínica. Pero este análisis sería manifiestamente incompleto. Porque entonces la pregunta es ¿qué fundamenta los deberes morales? En este plano se halla (bien entendida) la reflexión bioética y por tanto nos corresponde ahora el estudio de la estructuras que deberían sustentar cualquier propuesta ética o bioética, es decir, de los valores.

## II. LA AUTONOMÍA COMO VALOR. EL ANÁLISIS DESDE LA AXIOLOGÍA.

Valorar es una capacidad de la inteligencia humana cuyo objetivo es transformar el medio natural en que nacemos en el medio cultural donde vivimos. El fenómeno de la valoración es primariamente práctico y no teórico y así lo afirma Gracia: “Valorar es una necesidad biológica tan primaria como percibir, recordar, imaginar o pensar. [...] De ahí el carácter primario de la noción de valor. [...] la valoración es un elemento, o un momento, de ese proceso de transformación de la naturaleza en cultura que el ser humano necesita imperiosamente hacer en orden al logro de su propia subsistencia.” (17). El ser humano no vive en el medio, sino en la cultura. Y la cultura es una construcción de la inteligencia humana a través del proyecto. Un momento de ese proyecto es siempre el valorativo y sin él no hay proyecto y por ende, cultura. Zubiri ha definido la inteligencia humana como un rasgo fenotípico que por medio de la ejecución de proyectos permite la adaptación darwiniana al medio, pero ahora como “adaptación del medio” al ser humano” (17). A este respecto, Marina afirma que la inteligencia humana es “la transfiguración de la inteligencia animal por la libertad” (18). Si acordamos que la razón autónoma es condición para el acto libre, pero que esta no es ni debe ser pura, sino vital y construida con el lenguaje, propongo la siguiente definición de inteligencia humana: la inteligencia humana es *la facultad proyectiva de una razón vital moldeada por la libertad y construida y expresada a través del lenguaje*.

Una vez descrito el carácter biológico del acto valorativo y definido el concepto de inteligencia, corresponde ahora estudiar las tesis que se han dado acerca de la naturaleza del valor. Ellas nos permitirán enfocar el concepto de autonomía en su última acepción, es decir, la axiológica. Estas han sido fundamentalmente tres. No se analizarán aquí de manera rigurosa las dos primeras tesis, a saber, la basada en la teoría platónica de las ideas puras y que desemboca inevitablemente en un monismo axiológico inaceptable en la actualidad; ni por contra, la propuesta originada en la obra de los filósofos británicos del siglo XVII y XVIII, que son conducentes al subjetivismo moral, también inaceptable en la actualidad. A su modo cada una, ambas acaban por privar al fenómeno del valor de la dimensión que aquí nos interesa: su análisis en orden a demostrar que es posible llegar a acuerdos en cuestiones de valor de carácter razonable. Sin menoscabar la importancia que el conocimiento de ambas tesis tiene por sus consecuencias prácticas en el orden de los acuerdos sobre el deber, en consecuencia y en lo restante, dedicaremos este apartado a la justificación de una tercera propuesta que configure el modelo óptimo para la educación sanitaria basada en valores.

Aunque solamente sea porque el subjetivismo moral tomado en serio exige de la responsabilidad de llegar a acuerdos y porque en 1933 Kurt Gödel demostró la incompletitud de los sistemas formales(19), nos vemos obligados a describir una tercera vía: el constructivismo axiológico. El origen de este se encuentra, en acuerdo con Conill en el concepto nietzscheano de "Unwertung der werte" o "transvaloración de los valores" que permitiría al ser liberarse de la "eticidad de la costumbre" y convertirse en un individuo creativo, en un ser dotado de voluntad de poder, en fin, en un ser al que "le es lícito hacer promesas" (20). Y aquí la conexión del pensamiento del alemán con la obra de Zubiri. Efectivamente, si la oferta de una revisión profunda de la moral tradicional es realizable, ello impele a los valores un carácter de mutabilidad, de destrucción y recreación que los hace susceptibles también de ser reconstruidos. El proyecto es una forma de promesa. De manera que los valores ya no van a definirse como construidos, inmutables y objetivos (modelo objetivista), ni tampoco como productos de la pura emotividad o pasiones subjetivas (modelo subjetivista) sino como productos de la inteligencia humana que ésta construye en su dimensión de contenido a través de un proceso complejo donde se involucran fenómenos históricos, educativos, culturales, psicológicos... y que, en cambio, continúan gozando de un carácter de realidad, gracias a su momento formal. Así, "Todas [las cualidades de las cosas, los valores] son reales, porque tienen como base el momento formal e inespecífico, la llamada formalidad de realidad. Pero su contenido está claramente construido" (17) y como sigue "La valoración es parte sustancial del ejercicio de la intelección humana, cuando esta se entiende de modo correcto. [...] No se trata de un estrecho intelectualismo, añadía Zubiri, sino de un amplio inteleccionismo.". La altura del cambio es muy significativa. Digamos ahora, y para nuestro cometido, que la variación introducida consiste en afirmar la posibilidad de llegar a acuerdos deliberativos en cuestiones como la correcta o incorrecta promoción del valor autonomía en relación a la salud, la justa o injusta distribución de los limitados recursos sanitarios sobre una colectividad, el consenso sobre qué se entiende por beneficencia en el marco de usuarios de los sistemas de salud cada día con mayor accesibilidad a la información sanitaria o qué límites tienen cuestiones de una tradicional problemática como, por ejemplo, la objeción de conciencia. A la base de cada una de estas cuestiones se hallan procesos que gestionan valores (el económico también lo es, es un valor instrumental o de cambio) y acometer este análisis es comprometerse con aportar soluciones válidas a cada uno de ellos. No es un puro *bios theoretikós*. No afirmo, empero, que existan pautas de contenido universalizables, pero sí que durante la mayor parte de la historia del pensamiento, y en consecuencia, también de la reflexión sobre el ejercicio de la medicina, las tesis centrales han defendido la imposibilidad de llegar a acuerdos en cuestiones de valor. El siglo XX nos ha demostrado la falsedad de este aserto. El avance tecnológico abre nuevas puertas a la clínica y, sin duda, también a la reflexión. Hoy también disponemos del aparato conceptual y filosófico necesario para abordar los retos que este avance nos plantea. Es, a todas luces, un momento histórico complejo y apasionante este que nos ha tocado vivir.

### III. LA AUTONOMÍA EN EL MARCO DE LAS SOCIEDADES LÍQUIDAS: EL MOMENTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA

Marina ha escrito que la contextura de una sociedad depende de los proyectos que acometen sus individuos (18). No obstante el acto humano de proyectar sea una estructura compleja, esta definición es válida para analizar el modo en que los individuos proyectan sus decisiones en salud y, por tanto, modelan también la contextura de su sociedad. La sociedad moderna se caracteriza según Bauman, por su semejanza con las propiedades de los estados líquidos de la materia, es decir, porque las relaciones entre individuos, en otro momento sólidas o rígidas, hoy se definen por sus caracteres de levedad o liviandad (4). Como el propio Bauman afirma "Éstas razones justifican que consideremos que la "fluidez" o la "liquidez" son metáforas adecuadas para aprehender la naturaleza de la fase actual- en muchos sentidos nueva- de la historia de la modernidad".

Bien entendido, que no solo se hace alusión a lo efímero de algunas ideas en la actualidad o a la facilidad con que, gracias a los avances de la técnica, hoy puede fluir la información entre sujetos separados entre sí por grandes distancias; sino que el concepto debe precisarse definiendo *qué estructuras sólidas* son aquellas que han sido sometidas al proceso de licuefacción. Este es el aspecto fundamental para después justificar que la educación sanitaria sea el vehículo óptimo a la hora de formar a individuos en el ejercicio adecuado de la autonomía como valor. Bauman así lo precisa: "Los sólidos que han sido sometidos a la disolución, y que se están derritiendo en este momento, el momento de la modernidad fluida, son los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y las acciones colectivos- las estructuras de comunicación y coordinación entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas-."(4). Al presentar este modelo sociológico, se quiere argumentar que la ruptura de los vínculos entre lo individual y lo colectivo puede analizarse esencialmente de dos modos, a saber, el primero bajo una óptica desesperanzada y, el segundo, esperanzadora. La actualidad es el momento de la segunda. Y esto por tres razones. Primera, porque podemos afirmar que hoy la fluidez en lo social influye también en el modo en que el usuario de los sistemas de salud se acerca a sus procesos de salud-enfermedad, al exigir de un mayor acceso a una información sanitaria contrastada en orden a la gestión autónoma de su salud (21); en segundo lugar, porque el proceso de ruptura que en lo social representa el individuo y la colectividad no está presente en el core del ejercicio médico, es decir la relación clínica. Como afirma Jovell: "los usuarios y los pacientes manifiestan tener una gran confianza en la profesión médica como agente principal del sistema"(21); y en tercer lugar, porque si se asume en profundidad la tercera tesis axiológica, se obtiene el único modelo conceptual viable mediante el cual educar, fundamentar y llegar a acuerdos en cuestiones de valores sanitarios, entre otros, el valor autonomía. Es decir, una sociedad fluida donde los valores sanitarios son objeto de análisis y, en cuyo seno, ahora sí puede afirmarse, la educación sanitaria adquiere todo su potencial como método para formar a pacientes adultos en la gestión prudente de su salud.

Entiendo por "educación sanitaria", aquella actividad que promueve conjuntamente la alfabetización sanitaria y la educación cívica (21) según la definición de Jovell. No es momento ahora de definir el concepto de educación sanitaria con precisión, pero sí es cierto que Freire ha escrito, haciendo alusión al concepto general de educación, que ésta es un acto político (22). Debe entenderse por ello que, efectivamente, en cualquier sistema educativo conviene discernir entre los términos espontaneísmo, autoritarismo y democracia (22) y que, aquí, el objetivo sería orientarse a una educación democrática en valores sanitarios según un paradigma constructivista, aún reconociendo su efectiva dificultad dada la práctica ausencia de estos temas en los programas docentes de la enseñanza obligatoria.

### IV. CONCLUSIONES

La realidad científica, técnica y social de nuestros días es, en palabras de Laín, "riquísima" y "en cierto modo conflictiva"(23). A este conflicto y, de modo general, a la complejidad que define la medicina de nuestro tiempo contribuyen dos razones: el avance de la técnica y las jerarquías de los valores que se ponen en juego en la relación clínica. La autonomía es uno de estos valores. Tras haber realizado su análisis, podemos concluir que el modelo constructivista permite llegar a acuerdos entre individuos a través del diálogo y que, por ello, asumiéndolo como base, la educación sanitaria es el vehículo óptimo para llevar a cabo la promoción y el ejercicio adecuados de dicho valor. Al reconocer la imposibilidad de desarrollar una autonomía en términos kantianos en el seno de modelos líquidos de sociedad, la deliberación aparece como el método para acceder a acuerdos a través del diálogo y ello se aplica también al diálogo establecido en el seno de la relación clínica. De este modo, el reducto de esta autonomía vendría a radicar, en palabras de Gomá, más que en negar la guía de los otros, en la racionalidad del deseo que nos une a ellos(24).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Einstein A. En Barnett L. El universo y el doctor Einstein. Fondo de Cultura Económica de México; 1957.
2. Navarro J. El principio de incertidumbre de Heisenberg. ¿Existe el mundo cuando no lo miras? R.B.A National Geographic; 2015.
3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en promoción y educación para la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
4. Bauman Z. Modernidad líquida. Fondo de Cultura Económica de España; 2002.
5. Mayor Zaragoza F. Capítulo introductorio: La Bioética y los Derechos humanos como objetivos de la UNESCO. En Gros Espiell H, Gómez Sánchez Y. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Comares; 2006.
6. Conill J. Estética y pragmática de la libertad. En Conill J. Ética hermenéutica. Tecnos; 2006.
7. Kant I. Capítulo primero: Tránsito del conocimiento moral común de la razón al conocimiento filosófico. En Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Edición Martínez de Velasco L. Colección Austral; 1990.
8. Sánchez Luis I, González J. Textos Internacionales Generales. Declaración Universal de los Derechos Humanos. En Sánchez Rodríguez Luis I, González Vega J. Derechos humanos. Textos internacionales. Tecnos; 1987.
9. de Vicente J. Pluralidad de significados del término autonomía. En de Vicente García J. La autonomía local: un estudio a través de la Constitución, la Jurisprudencia y el Derecho Comparado. Nº6. UIM; 2002.
10. Iglesias A. Autonomía municipal, descentralización política e integración europea de las Entidades locales. Ariel Derecho; 2002
11. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.
12. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE n.º 102, de 29 de Abril de 1986.
13. Gracia D. La tradición jurídica y el criterio de autonomía: Los Derechos del enfermo. En Gracia D. Fundamentos de Bioética. Triacastela; 2007
14. Barry B. Teorías de la justicia. Gedisa; 2009
15. Ortega y Gasset J. La historia como sistema. En Ortega y Gasset J. La historia como sistema y otros ensayos filosóficos. SARPE; 1984.
16. Cortina A. Límites de una ética postkantiana de principios. En Cortina A. Ética sin moral. Tecnos; 1990.
17. Gracia D. La valoración, fenómeno biológico. En Gracia D. La cuestión del valor. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; 2011.
18. Marina José A. Tratado del proyectar. En Marina José A. Teoría de la inteligencia creadora. Anagrama; 1993.
19. Gutiérrez C. El teorema de incompletitud de Gödel (Versión para no iniciados). Revista Cubo Mat. Universidad de la Frontera. 1999; 1: 68-75.
20. Conill J. La invención de la autonomía. Revista Eidon. 2013; 39: 2-12.
21. Jovell A. El paciente del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navarra. 2006; 29 (Supl. 3): 85-90.
22. Freire P. Séptima carta: De hablarle al educando a hablarle a él y con él; de oír al educando a ser oído por él. En Freire P. Cartas a quien pretende enseñar. Siglo XXI Editores; 2004.
23. Laín Entralgo P. Tres advertencias previas. En Laín Entralgo P. La medicina actual. Triacastela; 2010.
24. Gomá J. ¿Puede ser sujeto autónomo quien imita a otro? En Gomá J. Imitación y experiencia. Taurus; 2015.