

¿Es la salud un sistema funcional? Lineamientos para una codificación sistémica de la salud

Is Health a Functional System? Outline of a Systemic Codification of Health

Juan Miguel Chávez* y Francisco Mujica**

RESUMEN: El presente artículo busca explorar la posibilidad de concebir a la salud como un sistema funcional desde las premisas teóricas de la obra de Niklas Luhmann. A partir de la revisión del argumento establecido por Luhmann para no incluir a la salud dentro de la categoría de sistemas funcionales (I), se expondrán los requisitos analíticos para la emergencia y estabilización de un sistema funcional en consonancia con los principios teóricos de la obra de Luhmann (II). Luego, reconstruiremos las derivas evolutivas de la semántica y la estructura del sistema de salud –hasta llegar a su estado social actual (III); con el objetivo de subrayar las particularidades de su emergencia, de su estabilización y de su operatividad como sistema funcional –así como de los obstáculos para su operatividad como consecuencia de sus particularidades como sistema (IV). Se concluye este trabajo con una breve discusión sobre las posibilidades, alcances y desafíos de la codificación sistémica de la salud (V).

PALABRAS CLAVE: Salud; Sistema funcional; Diferenciación; Codificación; Individuo

ABSTRACT: This article seeks to explore whether is possible to conceive health as a functional system (according to Niklas Luhmann's system theory). First, we will discuss Niklas Luhmann's argument on the exclusion of health from the functional system status (I). Then, we will expound Niklas Luhmann's theory on the emergence and social stabilization of functional systems (II). We will reconstruct the social evolution of health's semantics and structure (III); in order to underline the main features of health as a functional system –the distinctiveness of its emergency process, the distinctiveness of its social stabilization process, the distinctiveness of its operations (as well as the obstacles for its functioning) (IV). We will conclude this work with a brief discussion on the implications and challenges for a systemic codification of health (V).

KEYWORDS: Health; Functional System; Differentiation; Codification; Individual

* Universidad de la Frontera, Departamento de Ciencias Sociales, Chile.

** Visiting researcher, Department of Philosophy; Stony Brook University, United States.

I. INTRODUCCIÓN: SOBRE LOS LÍMITES PARA LA DIFERENCIACIÓN DE UN SISTEMA FUNCIONAL DE LA SALUD

A pesar de que la salud exhibe un conjunto de elementos que invitarían a concluir que se trata de un sistema funcional nítidamente diferenciado, como son la evidente emergencia de semánticas (vida saludable, alimentación responsable, etc.) y de estructuras (hospitales, laboratorios clínicos) especializadas en resolver problemas sanitarios –junto con la innegable estabilización comunicativa entre la población mundial de acudir a dicho sistema ante problemas de salud–; Luhmann decidió explícitamente no incluir al sistema de salud en ninguna de las distintas formulaciones de su esquema de comunicaciones basadas en sistemas funcionales (Luhmann, 1971, 1998a, 1998b, 2007; Luhmann y Di Giorgi, 1998).

Esta decisión teórica resulta todavía más curiosa cuando se constata que el sistema de salud actual exhibe la capacidad de ofrecer prestaciones nítidamente diferenciadas a otros sistemas funcionales, lo que desde el punto de vista teórico lo colocaría en el mismo nivel de emergencia que el resto de los sistemas funcionales (economía, ciencia, política, derecho, etc.). Más aún, resulta evidente que en la sociedad actual el sistema de salud no solo ofrece prestaciones a los demás sistemas –enfermerías en los colegios (prestación salud-educación) o en las empresas (prestación salud-economía)–, sino que participa en la formación de nuevos niveles de emergencia en el que dos sistemas reproducen mutuamente complejidad ajena. Luhmann (1991) denomina estos niveles de emergencia intersistémicos acoplamiento estructural.

Lo que indica este concepto es la temporalización permanente de las lógicas operativas de dos sistemas como alimentador de un nivel de emergencia de mayor complejidad operativa. En este sentido, el acoplamiento estructural entre sistemas funcionales señala la transformación de la continuidad propia de la recursividad de sus operaciones a partir de un esquema dual (“esto sí/ esto no”) que permite identificar y procesar en el tiempo a través de este esquema dual irritaciones recíprocas, enlaces comunicativos y desafíos operacionales comunes (Luhmann, 1991).

Encontramos ejemplos clásicos de acoplamiento estructural en las constituciones (acoplamiento política-derecho) o en el gasto fiscal (acoplamiento política-economía) (Chávez y Mujica, 2014). Asimismo, la salud en nuestros días ofrece diversos ejemplos de acoplamiento estructural: salud-educación (medicina), salud-ciencia (farmacología), salud-economía (prestaciones médicas), salud-política (salud pública), por mencionar algunos.

Además del conjunto de evidencias ya destacadas que invitarían a concluir que la salud es sin duda un sistema funcional, resulta aún más sorprendente que, aun cuando el sistema de salud nunca haya sido considerado propiamente como sistema funcional en su obra, el mismo autor en cuestión haya esbozado una caracterización de la salud en tanto sistema funcional.

Al margen de que la posición de Luhmann (1990) sobre la condición específica del sistema de salud no es concluyente, el autor sí distingue en la salud ciertas propiedades privativas de los sistemas funcionales. En primer lugar, este subraya que la activación comunicativa de la salud y su función dependen de la codificación “sano/no sano”. Este código, no solo cubriría todas las coordinaciones y ámbitos de interacciones de un sistema supuestamente funcional de salud, sino que muestra ya una especificidad del sistema de salud a la hora de explicar cómo activa su función, a saber: el sistema de salud se pone en movimiento con el valor negativo. En virtud de la opacidad del lado negativo del código –“no sano” puede significar muchas cosas (y no necesariamente enfermedad)–, el sistema de salud se vería permanentemente conminado una reflexión sobre los valores de su propio código. Esto significa que, en el caso de la salud, el enlace operativo es el estado que se designa como “no sano” el que activa la comunicación sistémica especializada (en un estado de salud previsto o consignado como sano, no existe la

necesidad de que el sistema salud active sus operaciones). En consonancia con lo anterior, los programas estarían dados por los diagnósticos y respectivos procedimientos terapéuticos. Ellos deciden sobre la atribución a uno de los dos valores.

A pesar de lo arriba expuesto, la exclusión del sistema de salud de la categorización luhmanniana de los sistemas funcionales no es una decisión arbitraria. La razón de Luhmann es estrictamente de carácter teórico, a saber: la salud no puede ser considerada un sistema funcional porque las coordinaciones de la constelación comunicativa de la salud mantienen su autorreferencia basal anclada en el individuo y no en el procesamiento social de comunicaciones emergentes como sí ocurre con todos los demás sistemas funcionales: “la selección de una comunicación puede ponerse como fundamento de otras comunicaciones como su premisa” (Luhmann y Di Giorgi, 1998: 189). Más particularmente aún, la exclusión de la salud de la categoría de sistema funcional reside en la inexistencia de un medio de comunicación simbólicamente generalizado propio: “no hay medios de comunicación simbólicamente generalizados para la teología, para el tratamiento de los enfermos y para la educación. En estos casos no se presenta el problema que pone en movimiento la autocatálisis de los medios simbólicamente generalizados” (Luhmann y Di Giorgi, 1998: 189).

En otras palabras, mientras en el caso de la economía o del derecho, es el procesamiento autorreferencial de cada uno de estos sistemas, gracias a su respectivo medios de comunicación simbólicamente generalizado, lo que determina qué es una comunicación económica o una comunicación jurídica –lo que tiene como correlato operacional la diferenciación de funciones sistémicas (“satisfacer necesidades”, “cumplir expectativas normativas”) (Luhmann 2007)–; en el caso de la salud sigue siendo el individuo quién tiene la potestad de acudir (o no) a solicitar tratamiento. Pero esto no es todo. La decisión del individuo de acudir al sistema de salud está basada en un criterio poco nítido y no conclusivo: muchas veces la sensación que motiva la consulta no indica nada (o indica algo completamente inesperado o incoherente con respecto a la sensación que gatilló la consulta), así como muchas veces enfermedades gravísimas no tienen ninguna señal sintomática o sensorial. Más aún: hay evidencia de innumerables casos que deliberadamente fueron reacios al tratamiento de una enfermedad –o que nunca lo solicitaron– y que, misteriosamente, superaron un mal diagnosticado como incurable, lo que ratificaría, a juicio de Luhmann, el primado de la autorreferencia del individuo en la constelación de la salud y la ineficacia relativa para procesar estados de salud de los medios de comunicación simbólicamente generalizados: “éstos no son aptos para ámbitos de comunicación cuya función sea la de una transformación del entorno –ya sea una transformación de estados físicos, ya sea una transformación de cuerpos humanos, o bien una transformación de estructuras de consciencia.” (Luhmann y Di Giorgi, 1998: 189).

A partir de la dicotomía recién expuesta, este artículo busca explorar la posibilidad de concebir a la salud como un sistema funcional a partir de las premisas teóricas de la obra de Niklas Luhmann (1991, 2007). La razón es simple: sin una codificación sistémica, la salud quedaría reducida a comunicación social general (Chávez y Mujica, 2016) o a mero ruido del entorno (Luhmann 1991), lo que se contrapone a las evidentes formas de comunicación social diferenciada en torno a las terapias (así como a la innegable especificación de la condición social de la enfermedad).

El argumento general de nuestro trabajo tomará la siguiente estructura. En primer lugar, se expondrán los requisitos teóricos establecidos por Luhmann para la emergencia y estabilización de un sistema funcional (II). Reconstruiremos el derrotero semántico de la salud con el objetivo de explicitar la deriva estructural del sistema de salud –lo que explica el estado evolutivo actual del sistema de salud y su estabilización contingente (III). A continuación, se propondrá

un esquema de codificación sistémica para las comunicaciones terapéuticas con el fin de subrayar la particularidad operativa del sistema funcional de la salud (IV). Se concluye con una breve discusión sobre los desafíos de un sistema de salud funcionalmente codificado (V).

II. CUESTIONES TEÓRICAS: SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA EMERGENCIA EVOLUTIVA Y ESTABILIZACIÓN SOCIAL DE UN SISTEMA FUNCIONAL

Los sistemas funcionales son un tipo específico de constelación –junto con las interacciones y las organizaciones– diferenciada a la largo de la evolución sociohistórica para el encauzamiento de la comunicación (Luhmann, 2007). Más aún: dentro del derrotero sociohistórico, se trata de la constelación más reciente de la que se tiene noticia. Mientras que las interacciones son prácticamente co-originarias al nacimiento de la sociedad y, en lo que respecta a las organizaciones, pueden encontrarse ejemplos de ellas ya en el Imperio romano (Luhmann, 2000); los sistemas funcionales surgen recién alrededor del siglo XVI (Stichweh, 2012).

Lo anterior invita a pensar que los sistemas funcionales son el resultado de una larga deriva evolutiva que tiene determinados requisitos para su emergencia. En este sentido, comprender la emergencia de los sistemas funcionales supone comprender la lógica de la emergencia (Luhmann, 1991). Dicha lógica establece que los acontecimientos no pueden explicarse por las partes que los componen, por el origen atribuido a él o por el estado actual de manifestación del fenómeno. Asimismo, las partes reconocibles en los fenómenos tampoco pueden ser explicadas a partir de la descomposición de un fenómeno mayor. Luhmann encuentra el modelo de esta lógica en las investigaciones de Maturana y Varela (2002) en torno a la evolución biológica: una suma de células no resulta en órganos (sino en un conjunto de células), así como una descomposición de órganos no resulta en células (sino en pedazos de órganos). En este sentido, la existencia es explicable exclusivamente por un proceso recursivo de autoorganización de los componentes elementales que el ente pone en movimiento de manera autónoma (Maturana y Varela, 2002).

¿Qué hay detrás de la noción de emergencia? Básicamente que no es susceptible explicar los niveles evolutivos alcanzados a partir de la disección de sus partes, ni tampoco reducir un determinado nivel de realidad como una prolongación de su origen. ¿Por qué? Porque cada nivel de realidad supone un logro evolutivo que solo es atribuible a la complejidad propia e irreductible del fenómeno en cuestión. Cada sistema pone en las relaciones que puede, los elementos que puede, de las formas que puede; con independencia de su origen y de sus partes (o el origen de y/o lógica de éstas). El manejo de la complejidad cerebral explica la estructura y lógica del cerebro, y la misma ley se da para todos los sistemas de cualquier naturaleza. Luhmann (aprovechará la lógica de la emergencia explicitada por Maturana y Varela para analizar la emergencia de sistemas sociales.

El medio específico en el que pueden emerger sistemas sociales es la comunicación. Para que exista comunicación debe haber a lo menos dos conciencias. Comunicación no es un traspaso de información de una conciencia a otra. Comunicación es selectividad coordinada (Luhmann, 1991), lo que equivale a decir que la comunicación se distingue por la estabilización de cadenas de selección a partir de motivaciones externas e independientes de las conciencias implicadas en la comunicación. Estas motivaciones pueden tomar la forma de vivencia (información-autorreferencia) o de acción (notificación-heterorreferencia) para cada uno de los (al menos) dos participantes supuestos en la comunicación (Luhmann, 1998a). En la vivencia, una conciencia conecta situaciones externamente percibidas con estados internos, mientras que en la acción se explica lo acontecido en el mundo mediante la atribución de lo observado a la

autonomía de una entidad (mi propia consciencia u otro sistema) (Luhmann, 1998b). La comunicación emerge cuando las vivencias y/o las acciones de dos consciencias llevan a cabo selecciones coordinadas, es decir, cuando alter y ego pueden atribuirse mutuamente acciones y/o vivencias respectivas (Luhmann, 1998a). Precisamente por esto la comunicación es la emergencia específicamente social que resulta de la doble contingencia de alter y ego: alter no puede actuar o vivenciar por ego, ni ego por alter (Luhmann, 1991).

Desde el punto de vista evolutivo, la primera y más elemental forma de encauzar socialmente la emergencia comunicativa de la doble contingencia fueron las interacciones (Luhmann y Di Giorgi, 1998). Éstas se caracterizan por reproducir presencialidad. Las interacciones requieren en consecuencia de la delimitación de condiciones espaciotemporales altamente específicas e improbables, así como de la generalización de un lenguaje común. Pero las interacciones no son solo la forma más elemental de procesar la comunicación, sino que –por mucho– la más antigua. En este sentido, podría afirmarse que, hasta la invención de la escritura y, particularmente, hasta la invención de la imprenta, prácticamente la totalidad de las comunicaciones sociales adoptaban la forma de la interacción (Luhmann y Di Giorgi, 1998).

Así como no habría interacciones sin consciencias, tampoco existiría el segundo nivel de emergencia comunicativa sin interacciones –por mucho de que éste no se explique por las interacciones mismas. El segundo nivel de emergencia evolutivo observado por Luhmann son las organizaciones. A diferencia de las interacciones, las organizaciones se distinguen por reproducir decisiones (Luhmann, 2000). La emergencia evolutiva de las organizaciones como forma de procesar comunicación supone la capacidad de escoger a los individuos más dotados y de encontrar los mejores recursos para el cumplimiento de la tarea organizacional. El primer gran ejemplo histórico de la organización como forma de encauzar la emergencia comunicativa se encuentra en el ejército romano; lógica organizativa que muestra ya alcance transcontinental en la organización de los Caballeros Templarios en la Edad media; y que exhibirá por vez primera alcance mundial en las órdenes religiosas de evangelización y educación (jesuitas, salesianos, agustinos) y, finalmente, en las empresas transnacionales derivadas de las compañías originalmente concebidas para colonizar regiones inexploradas del orbe (Stichweh, 2012).

La emergencia de una lógica de resolución especializada de problemas sociales como consecuencia de la mundialización de las organizaciones en distintos ámbitos a partir del siglo XVI –empresas de alcance mundial (economía), compañías de teatro internacionales (arte), iglesias internacionales (religión); por mencionar algunas– jugó un rol estratégico en la emergencia de los sistemas funcionales. En primer lugar, la universalización de la lógica de las organizaciones significa, al mismo tiempo, el comienzo del fin de la inclusión social como consecuencia de la estratificación y la correlativa universalización del principio de inclusión social por competencias contextuales. En la medida en que las organizaciones son los sistemas con la prerrogativa de seleccionar a sus miembros en virtud de su aptitud para la tarea, la emergencia de organizaciones de carácter mundial deriva necesariamente en la emergencia de problemas sociales de referencia a ser solucionados de manera general; problemas sociales que ya no se especifican en términos particularistas (por referencia a una persona o a un grupo determinados), que no refieren a una determinada región o tradición particulares (por eso son generales) y que no remiten a un problema de voluntad (o a un determinado tinte moral). Es precisamente en virtud de lo anterior que este tipo de problemas sociales solo pueden ser resueltos en referencia a su condición técnico-problemática (y no por recurso a la pertenencia a un determinado estrato o tradición social, ni en nombre de un cierto principio moral) (Luhmann, 2007). Gracias a lo anterior estamos finalmente en condiciones de exponer los prerequisites teóricos y las características privativas de los sistemas funcionales.

Los sistemas funcionales surgen evolutivamente con la finalidad de resolver un problema. Se trata entonces de un tipo de comunicación que solamente se hace presente en este sistema diferenciándose así de otras esferas sociales de la sociedad. Esta comunicación específica informa sobre la existencia de un déficit (de algo percibido como problemático), el cual tiene que ser superado. Más específicamente: en ellos recae el rendimiento evolutivo de ofrecer soluciones a problemas sociales extremadamente específicos y, al mismo tiempo, extremadamente generales (generalidad en la que descansa su reconocimiento típico a lo largo de la evolución). Para dar tratamiento a los problemas sociales de referencia recién mencionados, los sistemas funcionales desarrollan una función, es decir, soluciones que se caracterizan por tener un alto grado de generalidad (aplica en todos los casos) y un alto grado de especificidad (aplica para un solo problema). En este sentido, la función de la economía es la satisfacción de necesidades productivas y esto aplica para cualquier tipo de necesidad productiva (la de una empresa, del gobierno o de una persona); pero no para validar una teoría o encontrar pareja (Luhmann, 2017).

La perpetuación de los problemas sociales de referencia asociados a cada sistema funcional (economía-satisfacción de necesidades, ciencia-validación de enunciados generales, intimidad-tratamiento de la especificidad de cada individuo; por mencionar algunos), estabiliza un horizonte comunicativo que solo puede ser satisfecho con prestaciones por funciones (y no ya por decisiones o presencialidad): cada función a continuación tiene que enlazarse al sentido ya generado. De allí entonces que los sistemas funcionales alcancen un nivel de emergencia en el cual pueden ser descritos como un procedimiento de comunicación que se enlaza recursivamente a sí mismo: se trata ahora de una constelación comunicativa específica claramente reconocible (por su perduración) y que además cumple con una función específica para la sociedad. Tal función es ahora prerrogativa de ese sistema funcional y ella determina la utilidad o rendimiento social de cada sistema funcional (Luhmann, 2007).

Es en virtud de lo anterior que la estabilización social de sistemas funcionales supone la formación de estructuras. La continuidad de la comunicación de un sistema funcional sólo puede ser asegurada a través de la formación de estructuras encargadas de garantizar las posibilidades de enlace en el registro propio de las funciones. Gracias a la estructura del sistema funcional es que se garantiza la producción autopoietica de distinciones que permiten al sistema darse una organización o forma específica y reconocible por observadores situados en distintas posiciones (Ciencia-investigación/Economía-producción/Arte-creación, etc.) (Luhmann, 1991).

Asimismo, con el fin de garantizar la eficacia social de su función, algunos sistemas funcionales desarrollan un sustrato organizacional, vale decir, una base real que asegura la efectividad de las operaciones sistémicas, a través de la posibilidad de contar con la prerrogativa de seleccionar a los miembros y recursos más aptos para las distintas funciones (economía-empresas, derecho-tribunales, política-partidos, arte-museos, etc.) (Luhmann, 2007).

Pero la eficacia social de la función requiere un grado de especificidad aún más alto que el ofrecido por el sustrato organizacional. Es por esto que los sistemas funcionales suponen una operatividad por codificación. El código de cada sistema funcional es un esquema que regula las relaciones de inclusión/exclusión sistémica en términos de la prestación al entorno que su función respectiva entrega (Luhmann, 1991). De aquí que el criterio de operatividad de cada sistema funcional resida en su codificación.

La prerrogativa rendimental de los sistemas funcionales [*Alleinzuständigkeit*] en sus respectivas esferas tiene como consecuencia que cada problema específico a su función tiene que ser dirimido o decidido. Esta decisionalidad es garantizada a través de la orientación exclusiva a dos valores opuestos: se tiene derecho o no, un conocimiento verdadero o falso, un pago se realiza o no. El desvío a valores terceros está excluido: con ello queda marcado el límite respecto

de los otros sistemas. Podría decirse, entonces, que los códigos otorgan libertad por limitaciones y, en la medida que posibilitan que los sistemas se refieran a sí mismo, realizan o marcan también los límites del sistema. Con todo, lo central para la operatividad de los sistemas funcionales es lo siguiente: el código acopla selectividad y motivación mediante un enlace de ambas. Por ejemplo, con un medio de comunicación simbólicamente generalizado como el dinero —y su código pagar/no pagar— advertimos inmediatamente que se trata de la capacidad de pago: “Los acontecimientos se diferencian, ahora, en codificados y no codificados. Los acontecimientos codificados actúan en el proceso comunicativo como información; los no codificados, como interrupción” (Luhmann, 1991: 144).

Si la codificación garantiza la alta especificidad de la función sistémica —así como su clausura operativa con respecto al entorno—, los programas en cambio posibilitan la apertura hacia el entorno (condición indispensable para realizar y perpetuar su función). Los programas son la forma específica en la que se orientan los sistemas funcionales hacia el entorno. Al ser las operaciones prerrogativa de cada sistema funcional, la relación con el entorno se hace a través de la temporalización o programación de las operaciones del sistema; es por eso que los programas renuevan los códigos de inclusión/exclusión, y representan la única dimensión del sistema abierta al entorno y, por lo tanto, susceptible de ser intervenida. En este sentido, de existir una interrogante en torno a uno de los valores de la codificación, se decide en función de los programas; los cuales ponen a disposición los correspondientes criterios acerca de lo que tendría que valer como lo correcto. Ya que un sistema funcional no puede recurrir a analogías selectivas del entorno para la elección de sus programas, se ve así conminado a desarrollar él mismo sus criterios de validación: es en esta capacidad de auto programación donde radica la autonomía sistémica. Todo sistema funcional —codificado binariamente— sólo puede reaccionar a las diferencias del o en el entorno en el marco de sus propias selecciones (Luhmann, 1991).

Pero la programación no es la única forma que tienen los sistemas funcionales de perpetuar la estabilidad de sus selecciones codificadas. Todos los sistemas funcionales desarrollan semánticas, es decir, un nivel de estabilización de sus propias operaciones. Las semánticas reflejan la estabilidad evolutiva de las selecciones del sistema, lo que sirve de guía a las relaciones con el entorno y a la re-especificación de códigos y programas —Ciencia-“Hechos”/Economía-Eficiencia/Intimidad-Pasión/Derecho-Leyes (Luhmann, 2007).

Sin embargo, la mera estabilización de la disponibilidad social de la función no implica que el sistema funcional generará autónomamente la motivación requerida para la activación de su función. Esta es la misión específica de los “medios de comunicación simbólicamente generalizados” (Luhmann, 1998b). Estos son condensaciones significativas de selectividad coordinada que deben su eficacia a su condición de síntesis de comunicación, la que motiva a la selección a través de la delimitación de temas, expectativas y suposiciones comunes en contextos respectivos: “se trata de que una pluralidad es atribuida a una unidad y simbolizada por ella” (Luhmann, 1991). Es en virtud de este condensado comunicativo que estos medios: “transforman, de manera que de veras suscita estupor, las probabilidades del no en probabilidades del sí (...) la prestación de los medios (...) consiste en volver continuamente posible una combinación altamente improbable de selección y motivación” (Luhmann y Di Giorgi, 1998: 128). En este sentido, estos cumplen la neurálgica tarea de propugnar y universalizar la motivación a hacer uso de la función que los sistemas funcionales vuelven socialmente disponible: tener dinero permite activar la comunicación económica (pago/no pago) y, eventualmente, esto re-actualiza (o vivifica) la función del sistema económico (satisfacción de necesidades). Procesos análogos ocurren con los medios del poder (para la política) o de la verdad (para la ciencia) (Luhmann, 2007).

La permanente motivación a actualizar la función de los sistemas funcionales no agota el neurálgico rol de los medios de comunicación simbólicamente generalizados. En tanto solo ellos generan la motivación para sobreponerse a la clausura operativa de las consciencias individuales (capacidad de aceptación de comunicaciones sociales incentivada por el dinero, el poder, el amor, etc.), puede afirmarse que estos generan una permanente ampliación y estabilización de las funciones sistémicas hacia las consciencias (entorno del sistema social). No por casualidad, cada medio cuenta con un mecanismo simbiótico; sustrato biológico que permite el empalme entre los individuos y las operaciones sociales motivadas por estos. En este sentido, puede afirmarse que la emergencia evolutiva de sistemas funcionales es indisociable de la emergencia de medios de comunicación simbólicamente generalizados (Luhmann, 2007). A su vez, la emergencia de estos es explicable retrospectivamente gracias a la utilización contingente y aprovechamiento social de avances preadaptativos (Luhmann, 1998b), a saber: sal como medio de pago (de ahí la palabra “salario”) antecedente del dinero; reglas consuetudinarias como fundamento de la codificación legal o la poesía juglar como estrategia de seducción amorosa (Luhmann y Di Giorgi, 1998).

En la medida en que los medios de comunicación simbólicamente generalizados ayudan a perpetuar y a amplificar la función sistémica hacia el entorno, estabilizan un ideal operativo de sus operaciones con respecto al entorno. Esto es lo que indica el concepto de fórmula de contingencia (Luhmann, 1991). Los sistemas funcionales reproducen complejidad reduciéndola desde su fórmula de contingencia específica, por lo que observan (y pretenden movilizar) el mundo en esos términos. Esto estabiliza una referencia de sentido más o menos compartida entre sistema y entorno —lo que le permite al sistema reconocerse a sí mismo y al entorno asociarlo con determinadas operaciones (decantando en la coordinación de expectativas entre sistema y entorno): por eso nadie va al banco a rezar o al estadio a estudiar. De aquí que los distintos sistemas puedan legítimamente suponer que sus acciones o vivencias activarán lo que la fórmula de contingencia de cada sistema propugna. El espectador sabe que, al mirar un cuadro del Bosco se consigue una originalidad que su propia visión de la realidad no contiene. Siendo una sedimentación semántica de la recursividad de las funciones de cada sistema, la fórmula de contingencia vuelve uniforme para el propio sistema la movilización permanente con la que el medio de comunicación simbólicamente generalizado reactualiza y expande la función sistémica. La variabilidad y las formas de coordinación que derivan y devienen necesarias a partir de las distintas representaciones de los sistemas de sí mismos (y del entorno) no hace más que intensificar la cuestión de la identidad de cada sistema funcional activada por su fórmula de contingencia. No es casualidad entonces que cada sistema funcional se represente a sí mismo de una forma concordante con la estructura general de su organización, que es a lo que apela el concepto de representación interna; resultante de la recursividad de sus operaciones de diferenciación con respecto al entorno (Luhmann, 1991). Con todo, la representación interna como estrategia de autorrepresentación del sistema implica que el sistema realiza un esfuerzo de posicionamiento para con el entorno; operación de la cual emerge una representación externa, a saber: forma en que se presenta el sistema hacia el entorno a partir de evolución de las posibles formas de acoplamiento que el entorno atribuye al sistema. En tanto cada sistema funcional tiene la prerrogativa de determinar sus propias operaciones, el juego de observaciones y autoobservaciones de su representación interna y su representación externa resulta necesariamente en la estabilización de observaciones de segundo orden para cada sistema funcional (Luhmann, 1991). A continuación, se presenta, a modo de ejemplo, un cuadro sinóptico de las características fundamentales de tres sistemas funcionales nítidamente diferenciados y evolutivamente estabilizados de acuerdo con

los criterios y requisitos establecidos por Luhmann (2007) para ostentar el rango de sistema funcional:

TABLA 1: Sistemas funcionales

	Economía	Ciencia	Intimidad
Problema social de referencia	Hacer disponibles recursos escasos o indivisibles	Validación enunciados	Tratamiento individualidad
Función sistémica	Satisfacción de necesidades	Codificación cognitiva de afirmaciones	Confirmación de la interioridad psíquica
Medio de comunicación simbólicamente generalizado	Dinero	Verdad	Amor
Código inclusión	Pago/no pago	Verdadero/falso	Ama/no ama
Fórmula de contingencia	Escasez	Realidad	Felicidad
Representación interna	Mercado	Academia	Encuentro
Representación externa	Banca (Finanzas)	Expertos	Unión (Pareja, familia)
Observación de segundo orden	Precios	Teoría	Vida privada
Sustrato organizacional	Empresas	Centros de investigación	Familia*
Programas	Inversiones	Investigación	Proyecto de vida
Mecanismos Simbióticos	Necesidades	Percepción	Sexualidad

FUENTE: elaboración propia a partir de Luhmann (1996, 2008, 2017).

Este cuadro ilustrativo nos servirá de criterio de comparación para la caracterización de la salud como sistema funcional que intentaremos en el apartado IV de este texto. Pero antes de acometer la cuestión de si la salud puede ser descrita como sistema funcional, se debe tener una idea de su evolución sociohistórica. Como hemos tratado de mostrar en este apartado, la emergencia de sistemas funcionales es una cuestión evolutiva (y la salud no puede escapar a esta premisa). Justamente por esto, continuaremos nuestro trabajo con una reconstrucción de la evolución del sistema de salud. Esa será la tarea a la que abocaremos el próximo apartado.

III. DE LA SEMÁNTICA A LA ESTRUCTURA: SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y SU ESTABILIZACIÓN SOCIAL

La salud es, qué duda cabe, uno de los problemas más antiguos que se haya tenido que enfrentar en las distintas sociedades. Ella muestra distintos tratamientos y concepciones sociales en las distintas sociedades de las que se tiene noticia. Para ilustrar su evolución, ocuparemos la taxonomía de Luhmann (2007: 502-614) sobre los distintos tipos de orden social evolutivamente estabilizados. Solo esto nos permitirá comprender el rol de la salud en cada sociedad y los desafíos y acontecimientos que ayudan a comprender su deriva evolutiva y su significación social actual.

Desde el punto de vista metodológico, nuestro argumento tomará la forma “de la semántica a la estructura”. No por un capricho intelectual, sino porque la única manera de reconstruir la estabilización de estructuras sociales es mediante el escrupuloso examen de las distintas semánticas históricas y su eventual potencial de materialización estructural: “Si, en cambio, es necesario enamorarse antes, entonces, como enseña el romanticismo, el mundo entero se vuelve tema de la comunicación en el espejo del amor” (Luhmann y Di Giorgi, 1998: 352). En este

sentido, es gracias a la “simbología de la autoilusión” del excedente de semánticas proto-codificadas que se vuelve posible explicar los rasgos específicos y los aspectos diferenciales de las estructuras que, en nuestro caso, estabilizó evolutivamente el sistema de salud.

En términos generales, la salud ha sido siempre un concepto extremadamente difícil de definir. Si se observa con atención la definición de salud propuesta por la OMS –“Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”-, tendremos que concluir que todos estamos enfermos. Pero la dificultad a la hora de definir la salud no es solo una cuestión de delimitación analítica. La pérdida de la salud no parece responder a un esquema binario del tipo 0/1: la enfermedad y la salud muestran una cierta gradualidad que hacen muy difícil designar el momento exacto de pérdida de la salud y de comienzo de la enfermedad. En ese sentido, la enfermedad no es nunca una condición total o un estado absoluto: incluso los enfermos crónicos experimentan periodos de mejoría, de empeoramiento y de crisis de su condición –sin por esto dejar de estar enfermos (Mujica, 2018). A esta dificultad se agrega lo que Romano (2010) llamó “la condición acotencial de la enfermedad”: al igual que quien se enamora; el enfermo ya está enfermo antes de tener consciencia de su enfermedad. No por casualidad enfermedad se dice, en francés, “maladie” (mal-a-dire, literalmente, “difícil de decir”, “difícil de explicar”).

Veamos, entonces, cómo se ha hecho frente a los desafíos indicados por la salud en las distintas sociedades.

Las sociedades segmentarias se articulaban a partir de un consenso normativo incuestionable y considerado sagrado; el que se perpetuaba gracias a un sistema de supersticiones y tabúes y que se transmitía gracias a la potencia consuetudinaria que ostentaban las tradiciones particulares (Clastres, 1980). No por casualidad, las sociedades segmentarias mostraban una lógica de operación concéntrica, en tanto la totalidad de sus coordinaciones se encontraba supeditada a las prestaciones de un núcleo legitimador de las operaciones sociales (Durkheim 1986). De aquí el rol central que jugaba la religión en las sociedades segmentarias.

En tanto se trataba de sociedades sin herramientas especializadas para reconstruir su propia historia -escritura, medios de comunicación de masas (Luhmann y Di Giorgi, 1998)-, la pregunta por el origen se infiltraba en las distintas comunicaciones de las sociedades segmentarias: la única forma de explicar el origen era a través de la re-religión (re-ligar, volver a unir al hombre con su origen).

Por cierto, que la concepción de la salud no podía escapar a la centralidad que ostentaba la religión en las sociedades segmentarias. El hombre concebido como creatura –como resultado de la acción divina- no puede ser imperfecto: la creatura no puede indicarse desde el lado negativo. Por eso, la salud tenía que aparecer como el estado natural, mientras que la enfermedad será concebida desde sus orígenes como un misterio (particularmente como el misterio de la pérdida del estado natural asociado a la salud).

Pero la estructura de las sociedades segmentarias también ayuda a comprender el concepto de salud. Como indica su nombre, el elemento basal de las sociedades segmentarias son segmentos sociales autónomos y desperdigados territorialmente –tribus, “oikos” (Arendt, 1993)-, que se organizan para garantizar su subsistencia mediante estrategias de producción doméstico-artesanales. De aquí que la filiación en las sociedades segmentarias fuera considerada fuerza de trabajo (Arendt, 1993) –lo que exponía a los individuos a un sinfín de peligros naturales en su perenne afán de alcanzar la subsistencia (envenenamientos, accidentes, picaduras, etc.). La muerte de Heráclito (1985: 61-62) proporciona una imagen perfecta de esto: “vivía en las montañas comiendo yerbas y plantas (...) a raíz de esto enfermó de hidropesía (...) y terminó su vida con sesenta años”.

Pero no solo se luchaba permanentemente por la sobrevivencia en las sociedades segmentarias, se luchaba también por la autarquía. Es por esto que las sociedades segmentarias vivían en un estado de guerra casi constante (Bataille, 2014). Con todo, se trataba de un estado de guerra hacia el exterior: el enemigo externo es el gran mecanismo que tienen las sociedades segmentarias para preservar su identidad comunitaria, su sentido de pertenencia; su condición misma de segmentaria (Clastres 1980).

En tanto la vida en las sociedades segmentarias era una eterna lucha -interna y externa- por la sobrevivencia, la enfermedad tenía necesariamente que ser considerada como un agente externo que venía a manchar o teñir la condición natural de salud; agente externo generalmente derivado de la lucha: “la herida o el golpe en combate cuerpo a cuerpo. No había casi espacio (...) para los dolores crónicos, esos que acompañan a las largas enfermedades” (Rey, 1993: 16, traducción nuestra).

No es casualidad, entonces, que la terapia en las sociedades segmentarias fuera concebida como el esfuerzo de extraer del cuerpo y/o del alma el agente extraño que “introducía” la enfermedad en el cuerpo sano de la creatura (Lévi-Strauss, 1958). De aquí que el rito de sanación en las sociedades segmentarias se concibiera a partir de un modelo analógico –metafórico–, como el esfuerzo de retrotraer al estado natural un estado considerado como “anormal” o de enfermedad (Lévi-Strauss, 1958).

Las sociedades segmentarias se veían enfrentadas a una dualidad constitutiva en su concepto de salud; la que se articulaba con la idea de creatura y salud natural en la dimensión semántica y, al mismo tiempo, una indefensión casi absoluta en la dimensión estructural. Es justamente por esto que las sociedades segmentarias acudieron a la noción de equilibrio –particularmente a la dificultad de alcanzarlo- para explicar la contradicción inherente a la salud.

En virtud de lo anterior, salud y enfermedad son parte de un equilibrio superior –¿cósmico?–, en la medida en que ambas se presuponen mutuamente: “La enfermedad hizo agradable y buena la salud” (Heráclito, 1985: 57). En este sentido, la cuestión de la salud se juega ahora en comprender qué hace que el cuerpo y/o el alma pierdan su equilibrio consustancial: “Como la araña, estando en medio de la tela, siente inmediatamente cuándo la mosca rompe alguno de sus hilos (...) así el alma del hombre, habiéndose roto alguna parte del cuerpo, se apresura allí” (Heráclito, 1985: 48).

Pero la noción de equilibrio no tenía un carácter estático en las sociedades segmentarias. No por casualidad pensaba Aristóteles (1985: 161) que la salud era alcanzable a través de un determinado despliegue del comportamiento: “cuando comemos o bebemos en exceso, o insuficientemente, dañamos la salud, mientras que si la es proporcionada la produce”. Al igual que la virtud, la salud parece encontrarse en el equilibrio –en el justo medio- del exceso y del defecto; equilibrio que el virtuoso vuelve un hábito en el constante ejercicio de la sabiduría práctica (*Phronesis*): “El moderado ocupa el término medio entre estos extremos (...) y cuantas cosas agradables conducen a la salud (...) las deseará con medida y como se debe” (Aristóteles, 1985: 205). Con todo, la prudencia en el actuar no bastaría para garantizar el equilibrio privativo de la salud: “tampoco la salud y el médico son, del mismo modo, causas del estar sano”. (Aristóteles 1985: 388).

Visto que la conducta prudente no asegura la consecución del equilibrio, hace su entrada la gran contribución de la religión judía a la salud: el concepto de higiene. De aquí que el judaísmo se distinga por generar todo un sistema de procedimientos y dispositivos, más que para alcanzar la salud, para prevenir la enfermedad: todos sus ritos –circuncisión, alimentación, la crianza y faena de los animales- son ejecutados con altos niveles de limpieza y prolijidad; llegando al punto de ser la primera religión en prohibir alimentos específicos (mariscos, cerdo, etc.). Es por esto

que, a pesar de ser Yahvé un dios celoso y vengativo, autoriza la queja (incluso la recriminación) ante la enfermedad injusta: “ella es un mal fuera del alcance de la inteligibilidad, pero frente al cual el hombre está autorizado a quejarse si se ve injustamente golpeado (...) como lo testimonia Job” (Le Breton, 1995: 89, traducción nuestra).

Pero la inexplicabilidad de la enfermedad injusta, hace que la noción de higiene sea rápidamente cuestionada como forma de procesar el problema de la salud en las sociedades segmentarias.

“Entonces se acercaron a Jesús ciertos escribas y fariseos de Jerusalén, diciendo: ¿Por qué tus discípulos quebrantan la tradición de los ancianos? Porque no se lavan las manos cuando comen pan”, leemos en Mateo 15:1. Pero la cuestión ya no es la higiene –ni siquiera el cuerpo–, sino el corazón: “¿No entendéis que todo lo que entra en la boca va al vientre, y es echado en la letrina? Pero lo que sale de la boca, del corazón sale; y esto contamina al hombre”. El corazón será –con el cristianismo– el centro del alma, la quintaesencia de la salud: “del corazón salen los malos pensamientos, los homicidios, los adulterios, las fornicaciones, los hurtos, los falsos testimonios, las blasfemias. Estas cosas son las que contaminan al hombre; pero el comer con las manos sin lavar no contamina al hombre”.

La salud adquiere una tal complejidad semántica con el cristianismo, que su concepto de salud se perpetuará –en distintas variantes– en la comprensión que tuvo de la salud la sociedad estratificada¹.

Debe destacarse que, con el cristianismo, la enfermedad pierde su condición de castigo –de mal– que tuvo durante siglos. En este sentido, la enfermedad es una experiencia que acerca al cristiano a dios: “instancia pedagógica, recordatorio de humildad (...) dichoso el que sufre porque se acerca al Reino de Dios” (Le Breton, 2010: 36, traducción nuestra). Pero también se modifica el sentido de la salud en el cristianismo: ella pierde su condición de privilegio de unos pocos (“Católico” quiere decir “universal”). Todos los mortales son hijos de dios y, en consecuencia, todos –sin importar su condición estamental– experimentarán el milagro de la sanación (Jesús fue el primer gran sanador entre los fundadores de religiones). Todo hijo de dios está tocado por la gracia –“Bienaventurados los que lloran, porque ellos serán consolados”– y la gracia sanará a todo quien tenga fe, porque la fe es –en palabras de San Pablo– “la materia de la esperanza” (Heidegger, 2006).

Pero la contribución del cristianismo no termina con su propuesta de una dimensión positiva en la enfermedad, ni con la democratización de la sanación por la gracia. En tanto el cristianismo promete vida eterna, la noción cristiana de salud ofrece un recurso invaluable para la concepción de la salud y de la enfermedad en el Medioevo.

La sociedad medieval se organizaba según estratos. Para esto, se prescribían funciones y prerrogativas a cada estrato social –nobleza-guerra/clero-rezar/siervo-trabajo– (Huizinga, 1982), con el fin de organizar toda la comunicación social en torno a la lógica de la estratificación: el

¹ La extensión de este artículo no permite profundizar en las distintas semánticas religioso-terapéuticas estabilizadas en las diversas sociedades segmentarias. Asimismo, su condición de segmentarias hacía más difícil que sus semánticas particulares se expandieran socialmente (en virtud de su particularismo y del aislamiento territorial de cada segmento). Mientras el islamismo interpreta la enfermedad como un decreto divino –Islam quiere decir «sumisión a Alá»–, el hinduismo comprendía la enfermedad como consecuencia del *Karma* particular (articulado a partir de la justicia cósmica). Por eso, entre otras cosas, la masturbación femenina es aceptada en el Islam: en tanto no supone desperdicio de gametos, ella sigue los decretos de dios. A su vez, el desamparo cósmico del individuo en el budismo da cuenta del primer principio en donde se establece una relación de responsabilidad entre individuo y enfermedad (particularmente el llamado a la imperturbabilidad del individuo frente a su enfermedad). Para una excelente discusión de estas cuestiones, Le Breton (1995).

siervo es vasallo del conde, como el conde es vasallo del marqués; el marqués del duque (y el duque del rey o del emperador). No por casualidad los problemas sociales se resolvían subordinando el problema al estrato superior —el siervo lleva su problema a su señor el conde y el conde hace lo propio con su problema al llevarlo al marqués (y así sucesivamente) (Luhmann, 2007)

Pero estratificación no equivale a inamovilidad: la prescripción medieval de identificar atribuciones con estratos hacía de la vida una perpetua lucha por prerrogativas, privilegios y supremacías entre los señores -y al interior de cada familia de señores (Elias, 1987). La sociedad feudal no era solo un mundo de guerra, sino también de conspiraciones, traiciones, intrigas y complots: “Largos años vivió Margarita en aquella atmósfera de persecución y terror, hasta que entró en el estadio de la violencia pública y sangrienta la gran disensión de familia entre los Lancaster (...) perdió Margarita su corona y sus propiedades” (Huizinga, 1982: 27).

En un mundo saturado por la violencia física y basado en la guerra, la enfermedad no es, en estricto rigor padecida, sino que soportada: ella es una variante más del sacrificio a través del cual el ascetismo monacal y el heroísmo caballeresco buscan acercarse a dios (Rey, 1993). No es de extrañar que la enfermedad se vuelva casi insoportablemente pública en un mundo tan privado como el Medioevo (“Los leprosos hacía sonar sus carracas y marchaban en procesión; los mendigos gimoteaban en las iglesias y exhibían sus deformidades” (Huizinga, 1982: 13)): ella era una variante más del sacrificio que nos acerca a Cristo vía prueba de fe, un verdadero medio de redención. No por casualidad San Luis, Rey de Francia, escribe a su delfín a días de asumir el trono: “Si nuestro Señor enviárete persecución, enfermedad u otro sufrimiento, debes soportarla bondadosamente y agradecerle y saludarlo, pues hay que comprender que lo hace por tu bien”.

Pero esta dulce resignación ante la universalidad de la enfermedad contrastaba con la manera en que la sociedad estratificada se esforzaba por tratarla.

En tanto la estructura de la sociedad estratificada prescribía tareas a partir de la delimitación de un territorio (feudo), la suerte individual era indisociable del destino territorial. De aquí que una primera estrategia terapéutica medieval fuera reenviar al enfermo a su lugar de origen — él y su enfermedad eran un problema de cada feudo (Foucault, 1981). Shakespeare ya dio testimonio de este curioso tratamiento en las sociedades estratificadas:

“-Sepulturero: Hamlet, el que está loco y fue enviado a Inglaterra.
 -Hamlet: ¡Vaya! Y por qué lo enviaron a Inglaterra.
 -Sepulturero: Porque estaba loco y allá recobrará la razón y si no la recobra, no importará gran cosa.
 -Hamlet: ¿Por qué?
 - Sepulturero: No se notará. Allá son todos tan locos como él.”

Pero las estrategias terapéuticas de las sociedades estratificadas no solo variaban por región, sino que por la manera de cada estrato para procesar la enfermedad.

Aquejado el Rey David por una miríada de enfermedades en su vejez, temblaba ya de frío y sus médicos decidieron: “Que se busque para mi señor el rey una joven virgen para que atienda al rey y sea quien lo cuide; que ella se acueste en su seno y entrará en calor mi señor el rey”. Bien distinta fue la suerte del Lazarillo de Tormes: “Fue tal el golpecillo, que me desatinó y sacó de sentido, y el jarrazo tan grande, que los pedazos de él se me metieron por la cara, rompiéndomela por muchas partes, y me quebró los dientes”. No solo nadie le buscó una joven virgen al Lazarillo, sino que la misma persona que le rompió los dientes fue -¡oh ironía!- la encargada de curarlo (en consonancia con las reglas de su estrato): “quise mal al mal ciego, y,

aunque me quería y regalaba y me curaba, bien vi que se había holgado del cruel castigo. Lavome con vino las roturas que con los pedazos del jarro me había hecho”².

El paso a las sociedades centro-periferia es resultado de la dinámica inherente a las sociedades estratificadas. El feudalismo lleva en sí el germen de su propia destrucción. En tanto el señor vencido se vuelve vasallo del vencedor, a largo plazo, un señor se convertirá en señor de todos los señores y concentrará, finalmente, el monopolio de la violencia y de las herramientas decisionales (Elias, 1987): la ciudad imperial -Viena, Londres, París (y finalmente Europa)- se vuelve el centro y, todo el resto, es periferia de ese centro (Luhmann, 2007). Pero la situación también cambia para los siervos: con los nobles instalados en la ciudad, el siervo es expulsado del feudo: el feudo se vuelve propiedad privada y las cosas –por primera vez en la historia- se producen para ser vendidas (y no consumidas): el trabajo comienza a tener un precio, lo que convierte al siervo en proletario (Moore, 2002). Asistimos, así, al nacimiento del salario, ergo del dinero, ergo del capitalismo: régimen económico que, a través del trabajo humano, produce mercancías como estrategia de generación de un excedente de carácter sistemático –todo producto concebido para ser vendido genera siempre un excedente (Marx, 1980).

Evidentemente que estos procesos cambiarán radicalmente los conceptos tradicionales de salud y enfermedad. En primer lugar, la formación del Estado absoluto implica el fin del estado de guerra permanente: el cuerpo humano puede por fin ocuparse de otra cosa que de la lucha (con la consecuente modificación del patrón epidemiológico). Asimismo, la formación de un proletariado urbano³ en las grandes ciudades de Europa implica, por un lado, la introducción de todo un sistema de seguridad en la relación del cuerpo con las máquinas (sindicatos, etc.) y, al mismo tiempo, lo que Foucault (1981) denominó “la gran internación”: todo el que no pertenezca –o a la vida burguesa o al aparato productivo-industrial- será encerrado en virtud de su “anormalidad”. La clínica moderna nace, en este sentido, por defecto: ella es consecuencia de la indiferenciación que la categoría “anormal” aprovechó para internar a todo quien no trabajaba –pilluelos, truhanes, pícaros, “lumpen”, vividores, borrachines, personajes, inadaptados, inconformistas etc. (Foucault, 2015).

La particularidad diferencial de la condición evolutiva de la salud en la sociedad centro-periferia es la siguiente: el hombre puede por fin vivir cotidianamente sin luchar y trabajar sin poner en riesgo su integridad. En este sentido, el cuerpo humano deja de ser una mera herramienta para el desempeño de la función asociada a cada estrato social, y se convierte en una preocupación legítima del sujeto (Schotte, 1976). Más aún, la sociedad centro-periferia trae con

² La Iglesia durante el Medioevo se encontraba atrapada entre el universalismo de la misión católica de sanar a todos y el particularismo de la estratificación -los monasterios tenían potestad jurídica sobre su territorio y no se permitía el ingreso de laicos (menos aún armados). La Iglesia medieval era, en estricto rigor, “refugio de pecadores”: ella tenía el curioso rol de acoger a quienes –por alguna razón- se veían expulsados de su feudo (mujeres solteras embarazadas, plebeyo amante de una noble) y, particularmente, a los heridos en la batalla que no lograban (o por traición a su señor, no podían) regresar a su feudo. Esta es la razón de la especialización del clero en el desarrollo de analgésicos cutáneos –pomadas, ungüentos (piénsese en la botánica de Santa Hildegarda)-; tradición que el lenguaje popular sintetiza en la expresión “mano de monja”. Para una exposición de este problema, Gourevitch (2012).

³ La “cuestión social” explicita una situación de extrema desigualdad de las chances de participación en las prestaciones sociales. La política verá en ello un peligro a sus intereses de poder cuando comienza la organización de los excluidos vía sindicatos y partidos políticos. Esta es la razón de la formación de los sistemas de salud pública en el siglo XIX. Asimismo, la asalarización del trabajo profetizada por Marx (1980) significó un incremento exponencial del acceso a la salud como consecuencia de los seguros laborales (con la consecuente universalización de la expectativa social de acceder a salud especializada, formal y jurídicamente normada). Para una discusión pormenorizada de estas cuestiones, Kuczynski (1967).

ella el nacimiento de la consciencia del cuerpo subjetivo, al punto de que él se convierte en el patrimonio más valioso e inalienable de cada individuo: el cuerpo será, desde ahora, el fundamento último de la libertad individual y del valor social del individuo.

Por cierto que la Reforma protestante jugó un rol central en esta nueva concepción del cuerpo (la que implicará cambios sustanciales en la idea de salud): la purificación del comportamiento es la gran forma de superar el pecado original y la salud corporal es, tanto como el éxito material, un elemento central a la hora de demostrar la predestinación personal. En este sentido, todos los esfuerzos técnicos y personales serán válidos para luchar contra la enfermedad: “ella es percibida como un mal a evitar” (Le, Breton 1995: 96, traducción nuestra).

La racionalización de la enfermedad y la objetivación del cuerpo introducidas por la cosmovisión protestante tiene como consecuencia la autonomización de la consciencia subjetiva del cuerpo individual. La condición individual ya no se agota en lo indicado por las sensaciones (cuerpo), sino que debe convivir con el registro de la reflexión (consciencia) y del sentimiento (voluntad). Se trata de una tensión –no solo muy difícil de procesar- sino que se instalará como constitutiva de la subjetividad moderna: la sensación no entrega certeza racional y, al mismo tiempo, las razones del intelecto no coinciden con las “razones del corazón”.

En este sentido, el individuo moderno debe convivir –y conciliar y aprender a procesar- con un conjunto de fuerzas contrapuestas –y a veces contradictorias- que se reproducen en su interior. Esto es lo que el gran experto belga en idealismo filosófico, Marc Maesschalck (1997), ha denominado “la antropología de las tendencias”: toda subjetividad es irrenunciablemente la experiencia de tener que hacer frente a tendencias que emanan desde su interior –y que operan en diferentes registros (pensamiento, sensación, sentimiento, deseo)-, al punto que un desbalance estructural entre tales tendencias al interior de la subjetividad tiene como consecuencia su estabilización compensatoria como psicopatologías. Algo de esto sabía Novalis (2007: 204) cuando describió –¿perfecta descripción de la neurosis obsesiva?- cómo un mismo sentimiento subjetivo puede tener consecuencias contrapuestas: “La autoalienación es el origen de todo rebajamiento, como también, al contrario, el fundamento de toda verdadera elevación”.

Pero la subjetivización protestante del cuerpo no solo tiene como consecuencia el nacimiento de la enfermedad mental⁴, ella también juega un rol clave en el nacimiento de la enfermedad crónica. A pesar de que hay factores estructurales que explican la prolongación general de la vida en la sociedad centro-periferia (fin de la guerra permanente, sistema de tratamiento de aguas y de alimentos, etc.), la separación de consciencia y cuerpo introducida por el protestantismo le entrega al individuo la inédita posibilidad de reflexionar sobre su propio cuerpo (así como sobre la historia de su cuerpo en las distintas etapas de su vida): “Bien singular el miedo que me produce a esta hora el dolor, al menos este dolor. Es soportable y, con todo, *no lo puedo soportar*”, escribirá Alphonse Daudet (2007: 72, traducción nuestra; cursivas del autor) en el diario que llevó desde que contrajo sífilis hasta su muerte. Esta realidad le otorga por primera vez a la enfermedad una conexión personal con el individuo que la padece, conexión que: “contribuirá a la profesionalización y a la especialización de la medicina” (Rey, 1993: 84, traducción nuestra).

Evidentemente que un tal nivel de conexión entre subjetividad y enfermedad implica un cambio en el concepto de salud: ella es ahora concebida como consecuencia de la responsabilidad

⁴ Por cierto que la enfermedad mental ha existido siempre –ya Platón hablaba de la manía en *Fedro*- y la locura era atribuida a una posesión diabólica en el Medioevo (Huizinga 1982). La novedad es que, en la sociedad centro-periferia, la enfermedad mental se vuelve distinguible. Por eso el sujeto –y la sociedad- la pueden reconocer y el individuo ya no está “poseoso” por ella (además de la novel consciencia relativa del sujeto de tener algo que ver en la génesis y perpetuación de su enfermedad mental).

personal (Gadamer, 2018). *Mutatis mutandis*, lo personal solo podía tratarse en el seno de la intimidad: la reclusión en el hogar –y los cuidados ofrecidos por la vida privada– serán, como puede leerse en los casos clínicos de Freud o en las novelas de Thomas Mann, el gran sello terapéutico de la sociedad centro-periferia. Por eso la enfermedad en la sociedad centro-periferia es vivida como una situación: ella es descrita como un quiebre biográfico del individuo, en la que el sujeto se ve repentinamente limitado –no solo por sus síntomas–, sino, particularmente en su situación personal y espacial –de ahí la palabra enfermo (“enfermement”; “encerrado”) (Schotte 1976).

Pero el concepto de salud como responsabilidad personal colisiona con dos datos estructurales: los riesgos ambientales de la vida moderna y la incapacidad relativa de la vida privada de actuar como proveedor de salud (sumado a las desigualdades de la vida privada entre centro y periferia). Asimismo, la sociedad funcionalmente diferenciada activa un proceso de cambio estructural en el sistema de salud como consecuencia de los requisitos de acoplamiento estructural con otros sistemas funcionales –economía (salud laboral), política (Declaración de Ottawa, salud pública), ciencia (medicina moderna).

En este sentido, uno de los sellos del surgimiento del sistema de salud moderno es su emergencia como consecuencia de la necesidad de acoplamientos estructurales: ante la eventualidad de gastos (economía) o derechos (política); se requiere de una codificación especializada de la condición de “sano/enfermo” (lo que le permitirá finalmente a la salud misma darse su codificación autopoiética).

Pero el acoplamiento estructural más determinante para la salud en la sociedad funcionalmente diferenciada es con la ciencia. Se trata, sin duda, de un acoplamiento estructural de tipo estricto (Luhmann, 1991). No por casualidad la salud contemporánea puede perfectamente ser descrita como un proceso de farmacologización del cuerpo (y de la conducta) de los individuos –al punto de que la lucha contra la automedicación se ha vuelto casi tan difícil como la lucha contra la enfermedad (Hoekendijk, 2017).

El acoplamiento estructural entre ciencia y salud no solo generó una universalización de los tratamientos, sino que estabilizó entre la población la expectativa de acudir a la salud frente casi a cualquier malestar: la salud contemporánea no solo convive con una sobrecarga de demandas y expectativas (Luhmann, 1983a), sino que con un patrón epidemiológico irónicamente resultante de su incansable esfuerzo por sanar (enfermedades degenerativas).

Pero hay más. Luego de siglos de indefensión contra la enfermedad, no debe extrañar que el hombre se fascinara con los inéditos rendimientos terapéuticos de la ciencia y la técnica contemporáneas. La tecnificación de los diagnósticos y las terapias (radiografías, endoscopias, etc.), permitió penetrar la lógica del cuerpo: la medicina en la sociedad funcionalmente diferenciada explicita los misterios del organismo, al punto de pedirte rendimientos terapéuticos a la técnica que ésta no puede dar (Jaspers, 1988). Es justamente esta presión la que devela un gran misterio: junto con descubrir el funcionamiento del organismo, la salud moderna descubre su opacidad constitutiva. Al igual que la carne, es privativo del organismo humano una profundidad –una impenetrabilidad– que tiene a la opacidad como condición de posibilidad de sus propias operaciones (Merleau-Ponty, 2001). Por eso tiene nuestra época un concepto operacional de enfermedad: en tanto la dimensión explicitable del organismo llega hasta su funcionamiento, el sentido atribuible a la enfermedad se acaba en un impedimento operativo del mismo (Toombs, 1993). No por casualidad define Lacan (2003: 618) la cura –no como ausencia– sino como el “saber qué hacer con el síntoma”: como no se alcanza a tener un sentido completamente nítido del síntoma, la opacidad del organismo nos obliga a concluir que basta con que él sea capaz de continuar con su funcionamiento para declararlo sano. En la hipertecnificación de la salud

contemporánea; salud y enfermedad tienden a disociarse: aun teniendo una enfermedad se puede, en la sociedad actual, estar sano (siempre y cuando el organismo funcione).

A continuación, se presenta un cuadro resumen de la evolución del sistema de salud en los distintos tipos de sociedad:

TABLA 2: Evolución del sistema de salud en distintos tipos de sociedad.

Tipo de sociedad	Patrón epidemiológico	Herramientas terapéuticas socialmente disponibles	Rendimiento Social	Sentido social enfermedad	Concepto Salud
Segmentaria	Primado enfermedades ambientales (Intoxicaciones/ gangrena)	Magia/rito	Muy bajo	Introducción agente externo	Equilibrio (armonía)
Estratificada	Primado enfermedades infectocontagiosas (Lepra/viruela)	Cuidado estamental/Plegarias	Muy bajo	Prueba de fe	Cumplir función estamental
Centro-periferia	Primado enfermedades auto-adquiridas (Sífilis/neurosis)	Reclusión (hogar, médico de confianza)	Bajo	Imprudencia personal	Autovalencia subjetiva
Funcionalmente Diferenciada	Primado enfermedades crónico-degenerativas (Cáncer/Alzheimer)	Medicina moderna/farmacología/salud pública	Muy alto	Impedimento relativo-operacional	Operatividad orgánica

FUENTE: Elaboración propia a partir de Luhmann (2007), Rey (1993), Schotte (1976) y Toombs (1993).

El derrotero evolutivo expuesto nos entrega una serie de datos a considerar en el intento de codificar la salud: autonomización psiquis/cuerpo, opacidad del organismo como consecuencia de la cientifización de la salud, disociación parcial entre salud y enfermedad, sobrepretensión en torno a la universalidad y a los rendimientos del sistema de salud. Pero ¿es suficiente este estado evolutivo del sistema de salud como para intentar una codificación funcional del mismo? Se ofrecerá una respuesta a esta cuestión a continuación.

IV. ILUMINAR LA OPACIDAD: HACIA UNA CODIFICACIÓN DE LA SALUD

En este capítulo se intentará una codificación del sistema funcional de salud en la sociedad actual. Evidentemente que toda descripción del sistema de salud como sistema funcional supone tomar en cuenta el estado evolutivo de la salud (como intentamos subrayar en los apartados anteriores). En ese sentido, nos parece que la conclusión de Luhmann sobre el estado evolutivo alcanzado por la salud en el siglo pasado no se condice exactamente con los rendimientos que exhibe hoy por hoy el sistema de salud: “para el tratamiento de los enfermos (...) se han especificado sistemas sociales de funciones que deben resolver sus problemas sin disponer de un medio propio de comunicación y que, por eso, dependen sustancialmente de la interacción organizada” (Luhmann y Di Giorgi, 1998: 189). Nuestra hipótesis es que la salud sí es, en estricto rigor, un sistema

funcional y que ella presenta actualmente todas las características y registros de un sistema funcional -aunque su medio de comunicación simbólicamente generalizado no ha concluido aún su consolidación evolutiva de manera total (cuestión que profundizaremos en breve).

Una primera evidencia central es la estabilización evolutiva del problema social de referencia de la salud, al que solo se llega gracias a la autonomización sociohistórica entre consciencia y cuerpo. En tanto el cuerpo del hombre es opaco para su propia consciencia: “Su sistema psíquico no tiene acceso a la vida, requiere de la comezón, el dolor o cualquier otro medio para llamar la atención, con el propósito que opere otro nivel de conformación de sistemas” (Luhmann, 1991: 61). La salud encuentra su problema social de referencia, a nuestro entender, en la necesidad que tienen todos los sistemas psíquicos de comprender lo que ocurre en su organismo particular. Evidentemente que se trata de una expectativa de lectura especializada, de un tipo de comunicación que explicita, que aclare -en el registro de los sistemas psíquicos- lo que ocurre en nuestro organismo. De aquí que la función del sistema de salud en la sociedad actual sea la de iluminar la opacidad del organismo individual. Y de aquí la tranquilidad psicológica que otorga en nuestros días recibir atención médica: al margen de la gravedad del diagnóstico, una vez recibida la comunicación en su registro particular, el sistema psíquico sabe ahora a qué atenerse - qué está pasando, qué hacer, qué esperar, cómo reaccionar.

Evidentemente se trata de una función que no alcanza a tener el rendimiento de procesar socialmente al organismo individual en su totalidad. Por eso quisiéramos denominarla una función asincrónica: ella entrega una autodescripción clarificadora del organismo particular -lo que no implica una erradicación total de los malestares-, pero sí un acoplamiento con la realidad psíquica del individuo.

La permanencia del malestar orgánico es compensada con la tranquilidad psíquica ganada y, en menor medida, con sus resonancias en otros sistemas y su consecuente activación de comunicaciones respectivas -intimidad (apoyo familiar), derecho (derecho a tratamiento), religión (consuelo); por mencionar algunos. Esta asincronía de la función del sistema de salud es consecuencia del estado evolutivo de su medio de comunicación simbólicamente generalizado, a saber: la experticia terapéutica.

A nuestro juicio, la experticia terapéutica cumple prácticamente todos los requisitos evolutivos para ser considerado un medio de comunicación simbólicamente generalizado -medio de comunicación (genera cadenas de coordinación: vivencia de malestar-atención-examen-procedimientos), simbólicamente (todo el mundo reconoce un hospital, un médico, etc.), generalizado (todos acuden a él ante un malestar), junto con exhibir prohibiciones a la autosatisfacción (automedicación, etc.) (Luhmann, 1998a)-, pero su particularidad evolutiva lo hace ser aun altamente dependiente de los rendimientos de la ciencia y de la técnica. Por eso se trata de un medio en continua re-especificación -lo que testimonia una relativa inmadurez evolutiva en su autocatálisis-, pero que ayuda a entender las particularidades de la salud como sistema funcional. Cada cierto tiempo una determinada experticia terapéutica redefine los empalmes entre selección y motivación. El Alzheimer es ahora tratado por el psiquiatra y no por el neurólogo, la gastritis con acupuntura y no más con medicamentos (tendencias también susceptibles de reversión) al punto que la salud está en una permanente reflexión sobre lo que le da a la experticia terapéutica su condición de experto -evolutivamente es su acoplamiento con la ciencia, pero cuando este no alcanza para sanar, se puede siempre volver a la experiencia (doctores viejos) o al conocimiento de la especificidad individual (familia, mamá).

Lo importante a destacar es que sigue siendo la experticia terapéutica (y no la ciencia o la técnica) el criterio de especificación para enlazar comunicaciones: por eso las coordinaciones pueden legítimamente oscilar entre la experticia terapéutica de la medicina tradicional y de la

medicina alternativa -o incluso la experticia terapéutica de la sabiduría personal-, pero nunca realizar una selección motivada por la comunicación científica (nadie abre un libro de biología cuando se siente mal). En este sentido, lo fundamental sigue siendo la acción terapéutica; la que puede ir desde una operación, prescribir medicamentos o simplemente recomendar beber más agua (la especificidad de esta comunicación reside, no en el instrumento mismo, sino en cómo la acción del experto le da al instrumento su tenor terapéutico). Es gracias a esta acción o expresión terapéutica que el medio de comunicación simbólicamente generalizado de la experticia terapéutica colabora con la función sistémica de iluminar la opacidad del organismo particular: todos esperamos que el terapeuta haga algo luego de transmitirle nuestra vivencia -y no simplemente que comprenda nuestra vivencia a partir de su vivencia (como ocurre en la concatenación de comunicaciones científicas).

¿Cómo enlaza específicamente coordinaciones sociales el medio de comunicación simbólicamente generalizado de la experticia terapéutica? Se trata de un medio que tiene una relación privilegiada con su mecanismo simbiótico, a saber: la vulnerabilidad –entendida como la capacidad del organismo de ser afectado (Dupuis, 2001). La comunicación terapéutica emerge cuando la vulnerabilidad general es transmitida como vivencia de malestar particular, la que es transformada en “estado personal” –reflexivización general del organismo particular- por la acción del terapeuta (lo que permite que el individuo lo empalme gracias a su constitución como sistema psíquico). El siguiente esquema ilustra la operación del medio de la experticia terapéutica:

TABLA 3: operación del medio de la experticia terapéutica

Vivencia (Alter) → Vivencia (Ego) Ciencia/Religión/Valores/Pedagogía	Vivencia (Alter) → Acción (Ego) Amor/Experticia terapéutica (Salud) ⁵
Acción (Alter) → Vivencia (Ego) Economía/Arte	Acción (Alter) → Acción (Ego) Poder/Derecho

FUENTE: Elaboración propia a partir de Luhmann (1983b, 1990, 2007)

Debe destacarse que la concatenación de las comunicaciones terapéuticas es realizada en el registro de la reflexivización ejecutada por la experticia terapéutica -lo que explica la endémica insatisfacción del individuo para con la salud (así como el desacople estructural entre autorreferencias individual y sistémica en las coordinaciones terapéuticas). Asimismo, esto explica por qué los encadenamientos comunicativos en la constelación de la salud tienden a ser de carácter derivativo: la vivencia de los individuos debe acoplarse a los parámetros establecidos por la experticia terapéutica. No por casualidad la evolución de la salud es más lenta que la de los demás sistemas: la evolución de los malestares avanza muchísimo más rápido que la estabilización de las terapias correlativas –y, justamente por eso, la salud tiene una capacidad única de motivar selecciones a partir de reducciones contingentes de complejidad (“se fue de viaje y se sanó”, “se mejoró comiendo fruta”, etc.).

⁵ El hecho de que comparta constelación comunicativa con el amor ayuda a entender ciertas especificidades de la salud. La intimidad sigue siendo un primer ámbito de «atención» y cuidados -los que nos conocen bien tienen más información para ayudar cuando nos enfermamos. Puede operar aquí todavía algún sedimento evolutivo del rol terapéutico que jugó el hogar en las sociedades centro-periferia. Asimismo, el amor sigue siendo considerado un elemento de sanación («se enamoró y se curó») y de incremento de la vulnerabilidad («se separó y le vino un lumbago»); lo que entrega pistas sobre las permanentes tendencias a la desdiferenciación entre ambos sistemas -la atracción que puede generar la vulnerabilidad ajena o la atracción de la salud por parte de individuos vulnerables (y su búsqueda del amor para sanarse). Con todo, se percibe una distinción neta entre ambos sistemas al observar sus programas y códigos respectivos.

El rendimiento comparativamente menor de la experticia terapéutica como medio de comunicación simbólicamente generalizado es compensado en el sistema de salud por la potencia de su fórmula de contingencia, a saber: la sanación. La opacidad del organismo –combinada con el inédito rendimiento terapéutico ofrecido por la ciencia y la técnica modernas- llevan a que el afán por sanar del sistema de salud actual sobrepase la esfera de la enfermedad para englobar todo lo considerado como “no sano”. De aquí el curioso código de inclusión del sistema de salud: “sano/no sano”. Más curioso aún es que la salud es el único sistema funcional que asocia inclusión con el lado negativo de su código: “la salud no molesta. Ella se activa en la autorreflexión de que hay algo que no anda bien” (Luhmann, 1990: 186; traducción nuestra). Justamente por esto se trata de un sistema que, más que mantener, busca expulsar a quienes acuden a él -su afán de sanación es indicado en los que no necesitan acudir a él (paciente y terapeuta comparten la premisa comunicativa de que, a menos prestaciones, mejor es el estado de salud).

La inclusión negativa y la presión por “expulsar” características del sistema de salud permiten comprender también sus estrategias de presentación y de autodescripción. Por eso quien permanece “dentro” del sistema de salud está en tratamiento –representación interna-, mientras que el historial de enlaces del sistema de salud con su entorno (representación externa) adopta la forma de simple atención (prestaciones específicas, genéricas). En tanto la universalización de la función de la salud ha llegado al nivel de sobrepasar la mera enfermedad –apuntando ya a generar e incrementar estados saludables-, la observación de segundo orden de la salud se estabiliza como cuidado (al punto de que, incluso los individuos en perfecta salud deben cuidarse permanentemente).

Pero la particular codificación de la salud también explica la particularidad de su sustrato organizacional. Por eso la salud hoy es mucho más que un sistema de interacción organizado: su sustrato organizacional estaría dado por los hospitales, clínicas y praxis (en lo que puede reconocerse una enorme institucionalización). Gracias a esto, la necesidad de atención de salud deja de ser concebida como problema de los involucrados o comprometidos de manera inmediata y recibe un ordenamiento social -lo que vuelve a las prestaciones de salud independientes de las particularidades del momento- y, más importante aún, conecta a la prestación de salud organizada con el código de inclusión del sistema funcional de la salud (“sano/no sano”). Lo anterior sucede -entre otras cosas- a través de la formación de roles profesionales de la salud y de reglamentos generalizados; los cuales hacen posible una toma de decisiones bajo circunstancias acordes con la atención de salud: por mucho que sea el individuo quien vivencia en primer lugar su estado como “no sano”, su vivencia inicial es corregida por la praxis terapéutica en prácticamente todos los casos.

Asimismo, la relación entre código y sustrato organizacional permite entender la emergencia de procedimientos generales especializados para hacerse cargo de organismos particulares: la profesionalización del sustrato organizacional de la salud explica la existencia de programas (diagnósticos, procedimientos), los que logran empalmar una información tan confusa como “no sano” con un conjunto de acciones e informaciones especificadas en torno a la sanación (y cuyo objetivo apunta a la función general del sistema de iluminar la opacidad del organismo individual).

A continuación, presentamos un cuadro resumen de las categorías de un sistema funcional (Luhmann, 2007), el que hemos utilizado para avanzar hacia la codificación sistémica de la salud propuesta en este artículo:

TABLA 4: Codificación sistémica de la salud

Sistema funcional	Salud
Problema social de referencia	Comprensión psíquica del propio organismo
Función sistémica	Iluminar opacidad del organismo
Medio de comunicación simbólicamente generalizado	Experticia terapéutica
Código inclusión	Sano/no sano
Fórmula de contingencia	Sanación
Representación interna	Tratamiento
Representación externa	Atención (prestaciones)
Observación de segundo orden	Cuidado
Sustrato organizacional	Hospitales/clínicas (Praxis terapéutica)
Programas	Diagnósticos (Procedimientos terapéuticos)
Mecanismo simbiótico	Vulnerabilidad

FUENTE: Elaboración propia a partir de Luhmann (1983b, 1990, 2007)

Habiendo llevado a cabo nuestro intento de ofrecer una codificación sistémica para el sistema funcional de la salud en la sociedad actual, concluiremos este trabajo con una breve discusión sobre los desafíos operacionales y las tendencias sociales que debe enfrentar la salud en el contexto de una sociedad mundial funcionalmente diferenciada.

V. CONCLUSIÓN: TENDENCIAS A LA DESDIFERENCIACIÓN Y DESAFÍOS OPERACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

Quisiéramos concluir este artículo explicitando algunas de las tensiones operativas que enfrenta el sistema funcional de la salud en la sociedad actual. En primer lugar, habría que insistir sobre un par de cuestiones que ya han sido sugeridas –o se pueden inferir– del argumento expuesto en los dos apartados precedentes de este artículo.

Desde el punto de vista de su situación operativa actual, el sistema de salud se encuentra en una circunstancia casi trágicamente irónica: él debe hacer frente constantemente –por más de cincuenta años ya– a una demanda universal, permanente e incremental por diagnósticos y prestaciones (Luhmann, 1983a, 1990). En ese sentido, la salud pareciera operar al revés que la economía: al aumentar la oferta de salud, la demanda –no solo no baja– sino que aumenta con ella (incluso a un ritmo e intensidad mayores). Pero, al mismo tiempo, esta sobrecarga de pretensiones (*Anspruchsinflation*) convive irónicamente con la estabilización de una incredulidad creciente entre la población ante la eficacia del sistema de salud para sanar: la población parece no comprender –y algunos médicos tampoco– cómo un sistema cada vez más tecnificado, cientificado y profesionalizado no puede sanar ciertas enfermedades (incluso algunas universalmente expandidas).

Esta contradicción en el seno de las operaciones terapéuticas es, por cierto, un obstáculo evolutivo para la finalización del proceso de autocatálisis del medio de comunicación simbólicamente generalizado de la experticia terapéutica. Justamente, como la medicina tradicional no sana siempre, se perpetúa la motivación para acudir a otro tipo de experticia terapéutica (acupuntura, reiki, etc.). Asimismo, la alta capacidad de auto-reespecificación del medio de la experticia terapéutica como consecuencia de su relativa inmadurez evolutiva permite procesar las presiones de inflación y de deflación que afecta a todo medio de comunicación simbólicamente generalizado a través de un reforzamiento de su propia lógica comunicativa (Luhmann, 2007): la eventual decepción frente al psiquiatra nos motiva con más fuerza a ir al neurólogo –y la eventual decepción frente al neurólogo nos motiva todavía más a hacernos *reiki* (lo que no hace sino

ratificar la impresionante potencia de la fórmula de contingencia del sistema funcional de la salud).

Pero los desafíos actuales del sistema de salud no solo provienen del entorno del sistema social. La salud está expuesta –tal vez como nunca en su historia- a tendencias permanentes e incrementales a la desdiferenciación.

Entendemos por desdiferenciación la interrupción de la autorreferencia sistémica como consecuencia de la intromisión de la temporalización de otros sistemas funcionales en la programación del sistema terapéutico. Ejemplos clásicos de desdiferenciación son la corrupción (dinero-política) o la prostitución (dinero-intimidación) (Luhmann, 1991). La más evidente de estas tendencias a la desdiferenciación en el sistema de salud deriva de los incentivos a acelerar sus prestaciones como consecuencia de su universalización. Se paga, entonces, para ser atendido antes; pero se introduce la posibilidad de perpetuar este mecanismo (al punto de que se ve amenazado el acceso universal a la función de la salud).

Pero la tendencia a la privatización de la salud no es, ni por mucho, la única de las tendencias a la desdiferenciación que asechan a la salud contemporánea. Los avances de la ciencia en los últimos sesenta años han llegado al punto de poder modificar la lógica misma del organismo (Heidegger, 2006). Por cierto, que la salud no se vería inmune al surgimiento de nuevas e –impensadas- expectativas de coordinación develadas por estas posibilidades científico-técnicas (sobre todo considerando su grado evolutivo de dependencia de la ciencia, así como la inflación de expectativas para con sus rendimientos). De aquí que la salud deba enfrentar presiones de desdiferenciación en el seno mismo de su acoplamiento que la condujo a su estado evolutivo actual: ¿puede considerarse todavía como comunicación terapéutica un caso en donde –en virtud de la disponibilidad técnica- un individuo demanda diez o quince cirugías plásticas? ¿Sigue iluminando la opacidad del organismo la salud cuando se le exige un cambio de sexo o un suicidio asistido de un adolescente que siente que nació en un cuerpo que no le corresponde? ¿Son estas nuevas motivaciones meras tendencias a la desdiferenciación que enfrentan todos los sistemas –tendencias que la salud podría procesar fortaleciendo su autopoiesis- o se trata de comunicación general que concluirá, finalmente, en un cambio del código de inclusión sistémica? En este sentido, ¿estaremos avanzando hacia un estado evolutivo en donde la función de la salud no será ya más iluminar la opacidad del organismo individual, sino colaborar con el fortalecimiento de la autopoiesis psíquica y orgánica? (al margen de las consecuencias morales, económicas o jurídicas de un sistema de salud que entrega prestaciones a individuos que definen libérrimamente cuando las necesitan).

Pero el estatuto social de la ciencia y la técnica –y su acoplamiento estricto con la salud- también señalan desafíos de carácter analítico. Un sistema de salud que ha logrado procesar operativamente –a través de la emergencia y estabilización de procedimientos terapéuticos especializados- comunicaciones científicas tan complejas como las terapias con células madre, trasplantes de corazón o la operación de un tumor cerebral gracias a la robótica; exige que la teoría de sistemas sea capaz de avanzar hacia formas más sofisticadas para explicar la relación de los sistemas sociales con su entorno. ¿O se va a decir que el desarrollo de dispositivos terapéuticos para hacer frente a “la desaparición (...) de la unidad somatofísica (...) en el canceroso portador de un ano artificial” (Tatossian, 1982: 101, traducción nuestra), no es una coordinación social nítida, autónoma y recursiva? ¿Cómo explicar sistémicamente la intervención médica en el cuerpo? ¿Dónde reside –y cómo describir su registro diferencial- el espacio de resonancia entre cuerpo y sociedad (y cuáles son sus programas)? Más aún: ¿cómo interpretar de manera general la resonancia –no ya entre individuo y sociedad-, sino entre organismo y sociedad? Pareciera ser

que la insuficiente tematización de la salud en la teoría de sistemas es más bien un síntoma de su necesidad de avanzar hacia codificaciones aún más abarcadoras.

RECONOCIMIENTOS

Los autores agradecen al proyecto de investigación interna de la Universidad de La Frontera, DIUFRO No DI 11-0037

REFERENCIAS

- Arendt, H. (1993). *La condición humana*. Taurus.
- Aristóteles (1985). *Ética nicomáquea. Ética endemia*. Gredos
- Chávez, J. M. y Mujica, F. (2014). Orden social y orden jurídico: la observación de Niklas Luhmann sobre el derecho. *Sociológica*, 29(81), 7-38.
- Chávez, J. M. y Mujica, F. (2016). *Derecho y teoría de sistemas. Introducción a un programa de investigación*. EAE.
- Mujica, F. (2018). *Éprouver la limite. Phénoménologie de la douleur*. Tesis (PhD), Institut Supérieur de Philosophie, Université Catholique de Louvain-La-Neuve.
- Bataille, G. (2014). *La part maudite*. Éditions de minuit.
- Buytendijk, F. (1965). *Teoría del dolor*. Troquel.
- Clastres, P. (1980). *Recherches d'anthropologie politique*. Seuil.
- Daudet, A. (2007). *La douleur*. Mercure de France.
- Dupuis, M. (2013). *Le soin, une philosophie*. Seli Arslan.
- Durkheim, E. (1986). *De la division du travail social*. PUF.
- Elias, N. (1987). *El proceso de la civilización*. FCE.
- Foucault, M. (1981). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (2015). *Naissance de la Clinique*. PUF.
- Gadamer, H.G. (2018). *El estado oculto de la salud*. Gedisa.
- Gourevitch, A. (2012). *Les catégories de la culture médiévale*. Gallimard.
- Heidegger, M. (2006). *Carta sobre el humanismo*. Alianza.
- Heráclito (1985). *La sabiduría presocrática*. Sarpe.
- Hoekendijk, R. (2017). *La conception positive de la santé et la surmédicalisation de l'existence humaine*. Tesis (Mg.), Institut Supérieur de Philosophie, Université Catholique de Louvain-La-Neuve.
- Huizinga, J. (1982). *El otoño de la edad media*. Alianza.
- Jaspers, K. (1988). *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa.
- Kuczynski, J. (1967). *Die Geschichte der Lage der Arbeiter unter dem Kapitalismus*. Akademie.
- Lacan, J. (2003). La dirección de la cura y los principios de su poder. En: *Escritos Tomo 2* (pp. 565-626). Siglo XXI.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Métailié.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur*. Métailié.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Plon.
- Luhmann, N. (1971). Systemtheoretische Argumentationen. Eine Entgegnung auf Jürgen Habermas. En: J. Habermas y N. Luhmann, *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie* (pp. 291-405). Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1983a). Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer. En: P. Herder-Dorneich, A. Schuller (eds.), *Die Anspruchspirale. Schicksal oder Systemdefekt?* (pp. 28-49). Kohlhammer.

- Luhmann, N. (1983b). Medizin und Gesellschaftstheorie. *Medizin Mensch Gesellschaft*, 8, 168-175.
- Luhmann, N. (1990). Der medizinische Code. En: *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven* (pp. 183-195) Westdeutscher.
- Luhmann, N. (1991). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Alianza.
- Luhmann, N. (1996). *La ciencia de la sociedad*. Anthropos.
- Luhmann, N. (1998a). Los medios generalizados y el problema de la contingencia. En: *Teoría de los sistemas sociales II (artículos)* (pp. 9-73). Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (1998b). Consideraciones introductorias a una teoría de los medios de comunicación simbólicamente generalizados. En: *Complejidad y modernidad: de la unidad a la diferencia* (pp. 99-130). Trotta.
- Luhmann, N. y Di Giorgi, R. (1998). *Teoría de la sociedad*. Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2000). *Organisation und Entscheidung*. Westdeutscher.
- Luhmann, N. (2005). *El arte de la sociedad*. Herder.
- Luhmann, N. (2008). *El amor como pasión*. Península.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. Herder.
- Luhmann, N. (2017). *La economía de la sociedad*. Herder.
- Maeschalck, M (1997). *La cause du sujet*. Peter Lang.
- Marx, K. (1980). *Contribución a la crítica de la economía política*. Siglo XXI.
- Maturana, H. y Varela, F. (2002). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Universitaria.
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Moore, B. (2002). *Los orígenes sociales de la dictadura y la democracia*. Península.
- Novalis (2007). *Estudios sobre Fichte y otros escritos*. Akal.
- Rey, R. (1993). *Histoire de la douleur*. La découverte.
- Romano, C. (2010). *Au cœur de la raison: la phénoménologie*. Gallimard.
- Schotte, J. (1976). *Le normal et le pathologique. Note de cours de Questions approfondies de philosophie de la santé*. Louvain-La-Neuve: Centre de Psychologie Clinique.
- Stichweh, R. (2012) En torno a la génesis de la sociedad mundial: Innovaciones y mecanismos. *MAD*, 26, 1-16.
- Tatossian, A. (1982). Phénoménologie du corps. En: D. E. Jeddi (ed.), *Le corps en psychiatrie. Colloque international Ibn Sina-Collomb* (pp. 99-103). Elsevier Masson.
- Toombs, K. (1993). *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht.

CONTACTO

juan.chavez@ufrontera.cl

Recibido: diciembre 2022

Aceptado: abril 2023