

MEDICALIZACIÓN, RIESGO Y DEMANDAS AL SISTEMA DE LA MEDICINA. UNA OBSERVACIÓN DESDE LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS SOCIALES

MEDICALIZATION, RISK AND DEMANDS TO THE MEDICINE SYSTEM. AN OBSERVATION FROM THE THEORY OF SOCIAL SYSTEMS

RAÚL ZAMORANO FARIÁS¹

Fecha de recepción: 17/08/2019

Fecha de aceptación: 15/10/2019

RESUMEN:

En este trabajo, y sobre la base de la teoría general de los sistemas sociales, se problematiza el fenómeno comunicativo de la medicalización y sus acoplamientos con el riesgo y el incremento de las demandas al sistema de la medicina. Si el sistema de la medicina tiene un monopolio comunicativo en el tratamiento de la salud/enfermedad y de todo lo que esto produce, deviene importante señalar con claridad desde dónde se observa el fenómeno de la medicalización (desde el sistema de la salud, desde el sistema del derecho, desde la opinión pública, desde el sistema científico) y cuáles son que la estructuras sociales disponibles para observar estas interacciones y acoplamientos. Es decir, preguntarse por los sentidos que construyen el 'concepto' medicalización y que dan cabida al análisis de prácticas no especializadas que se apropian de elementos que son, al mismo tiempo tan normales como patológicos.

ABSTRACT:

In this work, and on the basis of the general theory of social systems, the communicative phenomenon of medicalization and its links with the risk and increasing demands on the medicine system are problematized. If the medicine system has a communicative monopoly in the treatment of health / disease and everything that this produces, it becomes important to clearly indicate where the

¹ Ph.D Filosofía Giuridica. Profesor Titular del Centro de Estudios Teóricos y Multidisciplinarios en Ciencias Sociales (CETMECS). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cátedra: Teoría de Sistemas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Mail: rzamorano61@gmail.com - ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8277-1970>.

phenomenon of medicalization is observed (from the health system, from the law system, from public opinion, from the scientific system) and what are the social structures available to observe these interactions and links. That is, asking about the senses that build the 'concept' medicalization and that allow the analysis of non-specialized practices that appropriate elements that are, at the same time, as normal as pathological.

PALABRAS CLAVE: Sistemas sociales; Comunicación; Medicalización; Riesgo; Expectativas.

KEY WORDS: Social systems; Communication; Medicalization; Risk; Expectations.

I. Introducción

Este trabajo presenta un análisis reflexivo sobre la medicalización como fenómeno. Desde la teoría general de los sistemas sociales (Luhmann) se aborda el impacto que puede tener dicho fenómeno en el sistema de la medicina y su acoplamiento con otros sistemas de la sociedad.

La teoría general de los sistemas sociales presenta al menos cuatro áreas interesantes para el análisis sociológico del sistema funcional de la medicina: 1) como sistema de comunicación; 2) como un sistema de la sociedad moderna, diferenciado por funciones; 3) como un sistema que incluye expectativas normativas y cognitivas, que guían la comunicación dentro de él; 4) y como una semántica -selección del sentido- que emerge en la comunicación dentro del sistema.²

Es claro que esta especificación funcional significa que solo el sistema de salud tiene un monopolio comunicativo en el tratamiento de las enfermedades, y todo lo que esto genera tiene sentido en vista de esta función.³

Observar el sistema de la medicina desde un punto de vista sociológico abre entonces las puertas a un panorama bastante variado, en el cual se articulan y orientan un cúmulo de investigaciones y problemas sobre los aspectos más o menos concretos que caracterizan lo que se describe comunicativamente como salud/enfermedad, prevención, interacción médico/paciente, profesión médica y, en la actualidad, sobre los problemas de la medicalización y las expectativas y riesgos legales del autoconsumo de fármacos para prevenir enfermedades.⁴ Temáticas y problemas que, en general, intentan responder a las expectativas de salud, bienestar y normalidad en la sociedad moderna.⁵

Recordemos que en la sociedad premoderna, la idea de la enfermedad y la salud estaban intrínsecamente relacionadas con nociones religiosas de *pureza y peligro*.⁶ En estos casos, la lógica moral de lo aceptable/no aceptable constituía el mecanismo cognitivo que explicaba y delegaba las estructuras y significados al mundo, de forma que si las personas se enfermaban no era por descuido de las reglas de higiene, sino porque habían transgredido una norma social que separaba lo sagrado de lo profano.⁷

2 BARALDI, Claudio (2015). "Teoría dei sistemi sociali e forme dell'interazione medico-paziente", en CORSI, Giancarlo. *Salute e malattia nella teoria dei sistemi*. A partire da Niklas Luhmann, Milano, Franco Angeli, p. 83. LUHMANN, Niklas (2015). *Comunicaciones y cuerpo en la teoría general de los sistemas sociales*, La Biblioteca Editores, México.

3 Desde los procedimientos a la organización, así como las diferentes formas de interacción.

4 Cfr. CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit.

5 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. TURNER, Bryan S. (2000). "The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories", Albrecht, G. L.; Fitzpatrick, R.; Scrimshaw, S. (Ed.) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Sage, EUA.

6 Cfr. DOUGLAS, Mary (1976). *Pureza e Perigo*, Editora Perspectiva, São Paulo, Brasil.

7 TURNER, Bryan S. (2000). Op. Cit. p. 10.

Superada la cosmovisión sagrada, evolutivamente la enfermedad será conceptualizada de forma radicalmente distinta; cada vez más lejos de lo 'sagrado' y también cada vez más cercana a las condiciones de vida, a los hábitos y costumbres de la población. Con el paso del orden estratificado a la diferenciación funcional,⁸ paulatinamente el problema político-sanitario se irá estabilizando a medida que se desarrolla el engranaje urbano, sobre todo frente a la necesidad tomar medidas para regular los espacios y organizarse con el objetivo de enfrentar el problema de la salud como un fenómeno general de la sociedad. Así, en Alemania ya a finales del siglo XVII, se trabajó por estabilizar el fenómeno de la normalización de la práctica y del saber médico, el cual recae en manos de la Universidad y de la propia corporación de los médicos (*Staatsmedizin*).⁹ En París, durante la segunda mitad del siglo XVIII, junto con problematizar el problema de la unificación del poder urbano, se instaló la necesidad construir un poder político capaz de investigar el problema de la salubridad de la población que tuvo como resultado el advenimiento de la *medicina de hospital*.¹⁰ Otro tanto ocurrirá en Inglaterra –siglo XIX– con la Ley de los pobres y la medicina social.¹¹

En este devenir evolutivo la medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo cuyo resultado será la constitución de la medicina científica.¹² Es decir, la combinación de aspectos ecológicos, de higiene y costos, así como de la industria farmacéutica,¹³ pero también de la conciencia del riesgo que ha operado como el sustrato que caracterizó y caracteriza tales preocupaciones, en especial la actual paradoja entre el incremento de las demandas de medicalización y automedicalización.

1. Medicalización

Cuando se habla de medicalización –de forma absolutamente general–,¹⁴ se entiende que significa hacer a algo médico.¹⁵ Así, la medicalización se define normalmente como un proceso mediante el cual cada vez se incorporan al campo de la medicina más aspectos de la vida cotidiana y quedan bajo el dominio, poder, influencia y supervisión médica.¹⁶ Es decir, bajo el dominio de la medicina que, según el famoso discurso de la normativización y de la *policia médica* sobre el cuerpo, es y deviene *autoritaria*.¹⁷ Sin embargo, estos mismos autores, reconociendo la notable evolución tecnológica y económica de la profesión médica en las últimas dos décadas,¹⁸ deben aceptar que el concepto

8 LUHMANN, Niklas (2007). *La sociedad de la sociedad*, Herder Editores, México (cap. 4).

9 BARALDI, Claudio (2015). Op. Cit. FOUCAULT, Michel (1974). "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud* Vol. 11, No. 1 (1977), publicación editada por la Oficina Sanitaria Panamericana 525, Washington, EUA.

10 Cfr. ACKERKNECHT, Erwin. H. (1967). *Medicine in the Paris Hospital, 1794-1848*, The John Hopkins Press, Baltimore, USA.

11 Se busca constituir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado. Foucault describe con detalle este proceso al que llama "normalización" (FOUCAULT, Michel (1974). Op. Cit., pp. 8-13).

12 FOUCAULT, Michel (1974). Op. Cit., p. 18.

13 GADAMER, Hans-Goerg (2001). *El estado oculto de la salud*, Gedisa Editorial, España.

14 Por ejemplo, se designa a un mismo tiempo un concepto y a un proceso histórico y además sin establecer la diferencia desde dónde se observa: desde el paciente, desde el médico, desde el sistema del derecho, desde los mass media y la opinión pública. Al parecer se supone que se deben comprender y mezclar problemas de toda índole, a saber, éticos, morales, legales, políticos, económicos, sociales, para hacer de su estudio una tarea 'siempre inacabada', más aún de cara a las nuevas tecnologías que desafían convencionalismos como lo son los conceptos de enfermedad, patología e, incluso conceptos todavía más nodales, como el de medicina, de libertad y de lo 'humano'. Sin embargo, con esta lógica se abren las puertas al discurso ideológico o pseudocientífico, con su impresionante bulto del todo y repetidos qué (Cfr. MEDÍN Joaquín y EDWIN Núñez (2000). *Pseudociencia y cultura de masas*, Parte I: "Naturaleza y relevancia de la pseudociencia", *Revista Milenio*, Vol. 4, Puerto Rico), en donde además la 'totalidad' deviene como sustituto de la reflexividad, sin tener en cuenta que la totalidad es la no verdad, como señal Adorno. ADORNO, Theodor (2008). *Dialéctica Negativa*. La jerga de la autenticidad, Akal, España.

15 CONRAD, Peter (1992). "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, N° 18, pp. 209-232. CONRAD, Peter (2005). "The Shifting Engines of Medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, N° 1, pp. 3-14.

16 Cfr. WILLIAMS, S. & CALNAN, M. (1996). "The Limits of Medicalization: Moderne Medicine and Lay Populance in Late Modernity", *Social Science & Medicine*, N° 42, pp. 1609-1620.

17 FOUCAULT, Michel (1974). Op. Cit., p. 20. FOUCAULT, Michel (1996). *Vigilar y Castigar*, Editorial Siglo XXI, México.

18 POITRAS, Geoffrey & LINDSAY, Meredith (2008). *Ethical Transparency and Economic Medicalization*, *Journal of Business Ethics* 86 (3), pp. 313-325.

'medicalización' es un concepto demasiado amplio y vago.

Si bien el concepto *medicalization* surgió durante la década de 1950, al revisar la literatura sobre el tema es evidente que no existe una definición precisa,¹⁹ como también es evidente que en busca de su fundamentación se observa y constata el recursivo retorno a los postulados foucaultianos sobre la *normalización*, *producción* y *vigilancia de cuerpos dóciles* en lógica biopolítica (*Medizinischepolizei*). Lo que queda claro es que el proceso de medicalización radica y opera a partir del sistema de la medicina, la cual desde esta perspectiva ha devenido en sustituto de la religión y el poder en tanto y cuanto fuerza moral dominante para el control social de la moderna sociedad.²⁰ Si bien la crítica a sus 'efectos' ha constituido una dimensión histórica interesante, habrá también que observar y reconocer los logros de la biomedicina así como la lucha por el derecho a la salud que constituye siempre una vía para la construcción de ciudadanía.²¹

Precisamente, desde la década de los años sesenta del siglo XX, en los estudios que caracterizan a la profesión médica, tanto científicos sociales como otros analistas han abordado las disputas interprofesionales u organizacionales y entre los grupos de interés, estudios que han generado significativos cambios en el conocimiento, organización y transformaciones que orientan este fenómeno: por ejemplo en la biotecnología (especialmente la industria farmacéutica y genética), en los consumidores y en la autogestión de los cuidados (*managed care*).²²

Resulta evidente entonces que la ampliación comunicativa de la medicina y de la medicalización, ilustra claramente el carácter multidimensional y la complejidad relacional de este proceso y, consecuentemente, lo vacuo e ingenuo que resulta el seguir insistiendo en la dominación sobre los cuerpos a través de la medicina. Insistir en que el cuerpo es *vigilado*, *utilizado* y *docilizado*,²³ implica olvidar entre otras cosas que ya desde el siglo XVII y a *partir del momento en que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado* no solo a someterse al control médico, sino también es cautelado por la asistencia estatal (como el mismo Foucault lo señala). Desde entonces, y aún cuando estén involucradas comisiones éticas, sacerdotes, familiares, en sentido emocional y psíquico así como los pacientes mismos, la construcción de la enfermedad, es decir, diagnóstico y tratamiento, información y asesoramiento, siguen siendo cosas de la medicina,²⁴ y no un problema de *surveiller et punir les pauvres avec la police médicale*.²⁵

Estrictamente, si se trata de entender el modo en que la comunicación acerca de la medicina ha ido cambiando hasta llegar a hablar de una enfermedad, y considerar de qué manera la forma de concebirla y organizarla se ha hecho posible, es preciso echar mano de la semántica médica sobre esta materia, pero no para abundar sobre si existe la prueba física que lo legitima, o para situar la causa en algo biológico y proceder en consecuencia medicando, cuestión que ciertamente acentúa el debate entre medi-

CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Humans Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore. CONRAD, Peter y LEITER, Valerie (2004). *Medicalization, Markets and Consumers*, Journal of Health and Social Behavior 45, EUA, pp.158-176

19 POITRAS, Geoffrey (2012). *Medical Ethics and Economic Medicalization*, Contemporary Issues in Bioethics, Canada, pp. 51-68. CONRAD, Peter (1992). Op. Cit. CONRAD, Peter & BARKER, Kristin (2010). "The Social Construction of Illness: Key In-sights and Policy Implications", Journal of Health and Social Behavior Vol 51, N. 1, pp. 67-79.

20 FOUCAULT, Michel (1974). Op. Cit. WILLIAMS, S. & CALNAN, M. (1996). Op. Cit. ARMSTRONG, David (1995). "The rise of Surveillance Medicine", Sociology of Health & Illness, Vol. 17, No. 3, pp. 393-404. GOFFMAN, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores, Argentina. POITRAS, Geoffrey (2012). Op. Cit.

21 Cfr. BOBBIO, Norberto (1992). *A era dos direitos*, Editora Campus, Rio de Janeiro, Brasil.

22 CONRAD, Peter (1992). Op. Cit.

23 FOUCAULT, Michel (1974). Op. Cit. FOUCAULT, Michel (1996). Op. Cit.

24 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. p. 90.

25 En caso anverso y si se quiere entender cómo surgen y se propagan las enfermedades, no se puede ya atender a la naturaleza simplemente como 'moral'; la sociedad moderna se ve obligada a eliminar la connotación moral de la enfermedad o, en caso contrario se ve obligada a demostrarlo científica y jurídicamente.

calización-desmedicalización/autoconsumo-automedicalización, entre los posibles beneficios y avances y los fenómenos de exclusión-inclusión y riesgo. Se trata entonces de problematizar cómo es que esta comunicación de sentido se ha estabilizado en el sistema,²⁶ qué ha generado y, por tanto, la importancia de considerar y observar que la medicalización opera en diferentes niveles y no solo unidireccionalmente.

Desde el sistema científico la medicalización opera a nivel conceptual que, en tanto criterio de asignación de validez del conocimiento científico, es cognoscitivamente accesible al sistema de salud; mientras que desde el sistema de la medicina opera a nivel técnico-organizacional a través de la interacción entre médicos y pacientes, y desde la opinión pública se articula en tanto expectativas e inflación de demandas del público hacia el sistema de la medicina, y el autoconsumo de fármacos.²⁷

Estas operaciones y articulaciones requieren estudios más detallados para observar cómo a diferentes niveles se generan los procesos de aumento o reducción no solo de la medicalización sino también del autoconsumo (automedicalización), analizando las formas con referencia a la experiencia o a la percepción del público lego, al sistema de la ciencia y de la medicina (como comunicación codificada), mas no como supuesto prescriptivo trascendental sino en tanto función, toda vez que aquello que puede considerarse como experiencia garantizada por la observación científica se caracteriza por su fundamental independencia respecto de cualquier situación práctica y de cualquier integración en un contexto de acción.²⁸

Reconociendo entonces que la medicina puede ser descrita en términos de su función (operación), es decir, que interviene para contener las desviaciones relacionadas con la enfermedad del cuerpo de los seres humanos o con cualquier manifestación corporal que no esté conectada con algo aceptable más allá del umbral de lo construido como 'normal', este umbral es variable e inestable, con todo lo que ello implica precisamente en términos de opciones de tratamiento, de la inflación de demandas de la población, de los costes, de la decisiones políticas y también de la despatologización de las experiencias como presupuesto de la necesaria regulación biomédica y jurídica de la experiencia,²⁹ sea en el campo de la fármaco-dependencia, la automedicalización, el alcoholismo y el consumo de drogas.

De ahí la importancia de señalar con claridad desde dónde se observa el fenómeno de la medicalización (desde el sistema de la salud, desde el sistema del derecho, desde la opinión pública, desde el sistema científico) y cuáles son las estructuras sociales disponibles para observar estas interacciones y acoplamientos.

Si bien la gramática postmoderna, de nulos asideros reflexivos y cuya característica central es la confusión de todo con todo para orientar el pánico y la acción,³⁰ la reflexión científica tiene que poner especial cuidado en la argumentación de sus construcciones objetuales, lo cual supone y reclama una conceptualización clara del concepto, pues como observa Conrad,³¹ si bien se utiliza la noción de medicalización no existe una definición precisa, incluso en la literatura temática. Es claro que esto obliga entonces a preguntarse cómo se ha construido la semántica y estructura de la función del sistema de la medicina. Es decir, preguntarse por los sentidos que construye, por los juegos de

26 Si aceptamos la propuesta de que cualquier sistema social, incluida la medicina, puede operar solo a través de la comunicación, entonces debemos extraer una consecuencia inicial: cada intervención, cada diagnóstico, pronóstico, terapia, así como todos los hallazgos de patologías o enfermedades, éstas solo tienen sentido en la enorme red de comunicaciones orientada a la función específica del sistema médico (LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit.).

27 Sabido es que desde hace décadas adviene alarmante el incremento ad libitum del uso y consumo de antidepresivos, ansiolíticos y calmantes en general por parte de la población (LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. pp. 76-78).

28 GADAMER, Hans-Goerg (2001). Op. Cit. p. 14.

29 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit.

30 Véase nota 14. ZAMORANO FARIAS, Raúl (2004). La democrazia dei postmoderni e i suoi gesti allegorici, Biblioteca Pensa Multimedia, Italia..

31 CONRAD, Peter (1992). Op. Cit.

lenguaje y cómo en estas configuraciones y comunicaciones, la categoría de medicalización da cabida al estudio de las prácticas no especializadas y a la forma en que las personas y las diversas organizaciones sociales se apropian de algunos elementos, por ejemplo en el autocuidado o en la disciplina psicoanalítica y en la salud mental como estrategias alternativas de resolución de conflictos.

Lo anterior supone también conocer las condiciones sociales de posibilidad que potencian, limitan o recrean el fenómeno de la medicalización. Conocer no solo opiniones sino la autoobservación de la semántica de la medicina; la forma en la selección del sentido que surge en su sistema de comunicación interna, y cómo asimismo estas semánticas se comunican fuera del sistema de salud. Cómo estas semánticas comunicativas devienen tipificaciones (scripts) que orientan decisiones, es decir, esquemas o categorías que limitan, sin fijar, las decisiones más apropiadas a tomar; y que pueden ser normativas o imponerse por la pura práctica, funcionando como premisas de decisión no oficial que ofrecen certidumbre porque todo mundo las conoce.³²

Al respecto recordemos que tradicionalmente, hasta hace pocos siglos, cuando la relación entre la atención o asistencia fue también una cuestión religiosa en el sentido propio (de la fe), las referencias externas giraban en torno a la moral y la religión (*pureza y peligro*), tal que el sentido común etiquetó ciertas enfermedades como un signo de depravación.³³ Las huellas de esta 'cosmología' tipificante dictaron también los tiempos modernos: pensemos por ejemplo en las primeras reacciones a la propagación del SIDA, indicado por muchos como la retribución divina contra los "sodomitas", llegando al límite de traficar la moral como ciencia o como presupuesto de enfermedad.³⁴

Si se acepta, sin embargo, la propuesta de que cualquier sistema social, incluyendo la medicina, sólo puede operar a través de un código específico de comunicación, a la sazón se debe reconocer una primera consecuencia: cada acción, cada diagnóstico, pronóstico, tratamiento, así como todos los resultados de enfermedades o posibles patologías solamente tienen significado en la enorme red de comunicaciones orientada a la función específica del sistema de la medicina.

Comunicación que además sólo puede conectarse a otro tipo de comunicación –incluida la comunicación moral– pero no directamente a la conciencia, organismos o cuerpos. Para ello el sistema de la medicina debe activar cadenas causales para la comunicación que sean capaces, a su vez, de activar y orientar los comportamientos de una manera regular, lo suficientemente fiable, estable y posible. Características que a su vez podrían cuestionar la función del sistema de salud y la centralidad del médico en el tratamiento de enfermedades, por ejemplo preguntándose sobre los límites de su responsabilidad, no sólo legal, sino también social, y también observar lo fuerte que son las demandas y necesidades de atención médica (justificadas o no), sobre todo cuando los médicos han perdido la preeminencia en el impulso fundamental de la medicalización y otras organizaciones –industria farmacéutica, aseguradoras, organizaciones civiles, legos entre otros– se han convertido en los nuevos operadores de la medicalización y de la autome-dicalización (usuarios).³⁵

Sobre estos tópicos, algunos estudios han abordado el problema a través del análisis de

32 La semántica de la medicina es la selección del sentido que surge en el sistema de comunicación interna. Cfr. LUHMANN, Niklas (2010). Organización y decisión, Herder Editores, México, p. 233.

33 CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit.

34 Cfr. HERNÁNDEZ GARCÍA, Karla (2015). La construcción epistemológica del SIDA en la ciencia, Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México. El proceso de remedicalización de la homosexualidad por parte de algunos grupos de expertos, insiste precisamente en una mirada patologizadora sobre la homosexualidad, solo que reseñar la manera en la que las personas infectadas de VIH son discriminadas no implica un análisis arqueológico ni genealógico en los términos planteados por Foucault. Si no que se trata precisamente de eso, solo de una descripción que se agota en la descripción misma.

35 Cfr. HERNÁNDEZ DUARTE, Rubén (2016). "Entre la probabilidad y la sospecha: perspectivas legas medicalizadas frente al riesgo a la enfermedad en jóvenes universitarios de la CDMX", en MURGIA, Adriana et al (Coord.) La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México, La Biblioteca Editores, México.

las prácticas de autovigilancia y autocuidado y describen cómo los legos incorporan el discurso y los saberes médicos en sus prácticas frente a la percepción de riesgos para la salud que pueden ser más o menos objetivos.³⁶ Así y en el sentido más general, la primacía de la semántica biomédica, que determina la lógica unidireccional de la medicalización, viene siendo cuestionada y/o reemplazada por un creciente interés que incluye aspectos psicosociales del conocimiento lego, generando por cierto otras demandas y problemas (autoconsumo inflacionario de vitamina E, antidepresivos, ansiolíticos o las fórmulas y vitaminas o productos para adelgazar).³⁷ Sin embargo, muchas de las críticas al sistema de salud y a la función habitual del médico en la actualidad evidencian, en general, cierta insuficiencia, incluso cuando al médico se atribuya, entre otras cosas, una función de control social,³⁸ como si las enfermedades fuesen pura invención o estigmatización de los médicos.³⁹

Al respecto, pensemos en los trabajos de Foucault, tan fuertemente reivindicados por estudios de campo que reactivan la sospecha para visibilizar la existencia de relaciones de poder en la ciencia, trabajos que sin superar esta narrativa tampoco se vuelcan al estudio y observación de las disciplinas biológicas, matemáticas y menos de la neurobiología-química, sino que evocan principalmente ramas históricas de la medicina. Es decir, se orientan hacia los estudios archivísticos sobre el origen de la clínica y sobre la locura, para insistir en el problema de la dominación y la normatividad, olvidando, por cierto, que tanto en carácter cuanto en función la medicina –aplicación técnica de un conocimiento (Luhmann)– es distinta respecto a la ciencia, pues mientras la medicina se dedica a curar enfermos, la ciencia se centra en la tarea de fundamentar juicios *científicamente* válidos sobre lo que se conceptualiza como enfermedad.

Si bien hay que reconocer la inclusión de valores estabilizados (normal/no normal), esto se da como una comunicación de sentido respecto a lo que socialmente es construido y aceptado como normal o no normal, de modo que tampoco implica una posición arbitraria del médico, ya que éste se mueve dentro de los márgenes que las premisas de decisión que la organización médica le permiten, siguiendo los programas decisionales y esquemas que ella misma construye. Luego, la comunicación de una enfermedad puede ser acoplada en los programas de otra organización como por ejemplo la escolar,⁴⁰ sin embargo, cuando el cuerpo enferma impone prioridad por encima de la participación en cualquier otro sistema. En tal sentido, la medicina es un sistema que trata enfermedades y no un sistema que produce salud,⁴¹ de modo que el médico debe recetar no sólo medicamentos, sino también enfermedades que puedan justificar la interrupción de las

36 Cfr. HERNÁNDEZ DUARTE, Rubén (2016). "Op. Cit.", pp. 63-82.

37 Los cuales se pueden conseguir con absoluta facilidad en internet y sitios web que tienen un fuerte vínculo con "consejos" médicos, incluso como sustituto de la consulta médica.

38 Porque es él quien decide lo que es la enfermedad, cómo tratarla, como internar a los enfermos, llegando a estabilizar –como señala Goffman– las carreras de los enfermos (GOFFMAN, Erving (2006). Estigma. La identidad deteriorada, Amorrortu Editores, Argentina. GOFFMAN, Erving (1977). "La locura del 'puesto'", en BASAGLIA Franco y Franca BASAGLIA ONGARO (Edit.). Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión, Siglo XXI, México, pp. 257-307). Para Foucault (1996). Op. Cit. p. 230-231) esto grafica la ciudad apesada, la utopía de la ciudad perfectamente gobernada, visibilizando las distinciones entre lo sano, lo normal, de aquello que no lo es. Según él, esto facilita establecer mecanismos de vigilancia y control, por lo que es más fácil ejercer disciplina y encontrar obediencia, así como corregir a los anormales (FOUCAULT, Michel (1979). Microfísica del poder, Ediciones la Piqueta, España, p. 189).

39 Goffman describe cómo los individuos construyen expectativas de normalidad sobre los otros, expectativas que al verse defraudadas generan toda una gama de reacciones, sentimientos y nuevas expectativas, tanto en los sujetos estigmatizados como en los 'normales'. Goffman pone acento en el análisis del individuo (describiendo la forma en la que el estigma genera identidad o la forma en la que impacta emocionalmente en los sujetos), y deja claro que un análisis sociológico de la estigmatización va más allá de la descripción de las acciones vinculadas a la desacreditación de la persona; de ahí la importancia de investigar el lugar de los fenómenos de la estigmatización dentro de la estructura social e indagar cómo la estigmatización es posibilitada por juegos de expectativas y de roles dentro de la sociedad (GOFFMAN, Erving (2006). Op. Cit. p. 148-152.).

40 Cfr. FLORES GUADARRAMA, Cristian Alejandra (2016). La comunicación del TDAH en la organización escolar básica en México, Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México.

41 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. pp. 61-68.

expectativas cotidianas.⁴² y de no hacerlo, se expone a la sanción legal.⁴³ Pensemos, por ejemplo, que incluso como enfermedad ni siquiera el drama de la muerte es natural, si por medios naturales entendemos algo que está totalmente fuera de control social, como lo demuestran los debates sobre la muerte asistida, la eutanasia, tratamientos extraordinarios, las posibilidades reales de intervención médica o la *soledad de los moribundos*.⁴⁴ Inclusive las personas que sufren de enfermedades incurables reclaman el derecho a rechazar medidas que prolongan la vida y al mismo tiempo demandan recibir atención paliativa,⁴⁵ lo cual solo se puede hacer con las herramientas puestas a disposición por la medicina o su equivalente. Si esto tiene que ver con la dominación o normativización del cuerpo, queda a las medicinas del 'alma' elaborar una respuesta. Luego, huelga decir que los problemas relacionados con el sistema organizativo de la salud parecen surgir de otros factores y no exclusivamente del intento médico por *incorporar al campo de la medicina más aspectos de la vida cotidiana*. Por ejemplo, desde la centralidad que instala cada problema del sistema administrativo moderno (política), especialmente si se basa en los principios de bienestar, el problema de la hipertrofia de la organización, tanto desde el punto de vista burocrático real y desde los aspectos referidos a los costes de tratamiento (económico), o las reclamaciones de los ciudadanos sobre las posibilidades de tratamiento y no por último, el problema legal sobre el control y consumo de medicamentos y otros productos. Piénsese en el álgido debate sobre el consumo de marihuana y su uso terapéutico en la actualidad, el cual se centra precisamente en la forma de normar jurídicamente este problema y no en las preferencias o en lo que digan los médicos.

No se trata entonces de abordar tanto un choque de intereses o conflictos de dominación y *normativización de los cuerpos*, sino de un problema que se deriva de la auto-aceleración en las expectativas de bienestar,⁴⁶ puesto que nadie duda de que ciertos valores, como la salud, son esenciales, pero el hecho es que no hay manera de contenerlos, lo cual tiene que ver precisamente con el riesgo que comporta la decisión de medicalizar, así como también los riesgos de la inflación de demandas de medicalización al sistema de la medicina de la sociedad.

2. Riesgo

Para Luhmann el concepto de riesgo operativamente se orienta a la posibilidad de daños futuros sobre la base de decisiones particulares, toda vez que las decisiones que se toman en el presente condicionan lo que acontecerá en el futuro, aunque no se sabe de qué modo deben ser tomadas sin tener una conciencia suficiente de lo que sucederá. Es decir, en la sociedad moderna los riesgos son posibles daños atribuidos al sistema mismo producto de una decisión (toda decisión implica un riesgo, incluso el de no decidir cuándo se debe decidir), mientras que los peligros son posibles daños que se atribu-

42 Para el sistema de la medicina el valor positivo, que orienta y permite enlace con otras operaciones se encuentra en la enfermedad, mientras que el lado de la salud permite la reflexión sobre lo que falta cuando alguien está enfermo (LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. pp. 70-74, 94, 134).

43 Los procesos de medicalización cuanto de desmedicalización ocurren simultáneamente, tal que quizás resulte más adecuado considerarla como una expectativa no solo normativa sino cognitiva. Luego, normativamente la atención de los derechos de los pacientes o su violación puede generar dificultades legales a los médicos, pero ello va a depender de la forma en la cual están estructurado los programas del derecho en ese contexto. Normativamente esto implica –además– la protección jurídica de los derechos fundamentales en el procedimiento de decisión para ámbitos en los cuales el resultado no puede ser previsto. Derechos fundamentales que no solamente refieren derechos subjetivos de defensa del individuo frente al Estado, sino que simultáneamente forman parte de principios objetivos estabilizados en las medidas legislativas que orientan e informan el ordenamiento jurídico y la aplicación operativa de la ley (Cfr. GRIMM, Dieter (2006). Constitucionalismo y derechos fundamentales, Editorial Trotta, España. FERRAJOLI, Luigi (2011). ¿Democracia sin Estado?, <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=121400> (31 de enero); sobre todo en el caso de la medicina con las tecnologías genéticas, células madre, las máquinas utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento e incluso con la muerte asistida.

44 Cfr. ELIAS, Norbert (1987). La soledad de los moribundos, Fondo de cultura Económica, México.

45 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

46 LUHMANN, Niklas (2002). El derecho de la sociedad, Universidad Iberoamericana, México.

yen al entorno.⁴⁷ El problema reside en que una decisión (con expectativas de disminuir el peligro y aumentar el riesgo) es siempre peligrosa en tanto se crean posibilidades (y expectativas) que de nuevo son incontrolables. Se puede entonces sostener que las decisiones transforman los riesgos del que decide en peligro para otros.⁴⁸

Es claro que en la *modernidad de la sociedad moderna*,⁴⁹ los factores de riesgo se ubican en el universo de la probabilidad, porque una diferencia radical de la modernidad reside en la forma en que se construye el futuro sobre la base del reconocimiento de la contingencia y no solo determinado por la necesidad.⁵⁰ Lo anterior presupone reconocer también que todo desarrollo científico, así como su aplicación técnica, abren un horizonte de posibilidades y ambivalencias toda vez que la toma de decisión, para enfrentar/resolver un problema, termina generando nuevas problemáticas, nuevas soluciones y –de nuevo– otros problemas e incertidumbres/riesgo por las decisiones adoptadas. Si el futuro se construye siempre de manera multidimensional, en la incertidumbre de la imprevisibilidad, se generan expectativas lo cual presupone además que cada vez somos más conscientes de los riesgos que entraña toda nueva innovación científica o técnica, lo cual nos obliga considerar sus posibles consecuencias antes –y después– de que se produzcan.

¿Cómo entonces –en el sistema de la medicina– se decide qué comprensión de racionalidad, de técnica, de futuro y tiempo están presupuestos cuando se habla de riesgo en la sociedad moderna?

Si bien el problema del riesgo no atañe a las organizaciones médicas de manera directa, está acoplado a la forma en que la salud y la enfermedad son tratadas en las comunicaciones científicas, políticas y en el ámbito de la opinión pública. Precisamente, por ello Luhmann⁵¹ pone de relieve la importancia del papel de la medicina en la sociedad y la codificación médica, lo cual posibilita centrarse en el sistema médico como un sistema de comunicación que comprende a los médicos (y en general de personal de salud) y los pacientes sobre sus aspectos estructurales (enfermedad/salud) y su manera de tratar con demandas o reclamos individuales.

Al observar el sistema de la medicina (salud/enfermedad) deviene entonces inevitable distinguir las diferentes causas y especialmente los métodos para asignar las diferentes responsabilidades, las motivaciones y los riesgos de la salud que denotan la selección de tal o cual intervención médica o de la decisión particular del usuario (automedicalización). Lo anterior nos obliga a superar el supuesto de que la medicina es una ciencia y reconocer entonces que, si bien la ciencia y la medicina operan ofreciéndose mutuas prestaciones, de ello no se puede colegir que la ciencia y la medicina funcionen como una sola, pues junto con las posibles ‘certidumbres’ que nos proporcionan, el conocimiento científico opera y se orienta en función de la verdad/no verdad científica y no en función de la salud o enfermedad del usuario.⁵²

Que el sistema de la salud hace uso de los resultados de las diferentes disciplinas del

47 Cfr. LUHMANN, Niklas (1992). *Sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana/universidad de Guadalajara, Editores, México. pp. 59, 65.

48 Cfr. LUHMANN, Niklas (1992). Op. Cit. LUHMANN, Niklas (1996). *La ciencia de la sociedad*, Anthropos–Universidad Iberoamericana Editores, México, p. 466, LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

49 LUHMANN, Niklas (1998). *Complejidad y modernidad. De la Unidad a la diferencia*, Editorial Trotta, España. p. 131.

50 Cfr. LUHMANN, Niklas (1992). Op. Cit. LUHMANN, Niklas (2007). Op. Cit.

51 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

52 La medicina, como cualquier sistema social, opera a través de un código comunicativo. Los valores de un código (tener/no tener, salud/enfermedad, verdad científica/no verdad científica, legal/no legal) no son descripciones de la realidad, son únicamente indicaciones que guían la comunicación del sistema, reelaborando observaciones precedentes y anticipando posibilidades futuras. En consecuencia, en el caso de la medicina, cada intervención, cada diagnóstico, pronóstico, terapia, así como todos los hallazgos de patologías solo tienen sentido en la enorme red de comunicaciones orientada por la función específica del subsistema médico: salud/enfermedad; precisamente, solo la distinción entre los enfermos y los sanos define el campo de comunicación específico del médico y sus pacientes. Esto permite también reconocer, además de la fuerte referencia a la ciencia que poco a poco la medicina adoptó, la idea de que siempre es posible intervenir, que lo hacemos con las correlaciones causales o regularidades estadísticas: que no hay curso u orden natural de las cosas. Cfr. LUHMANN, Niklas (2007). Op. Cit. LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

sistema científico, está fuera de discusión, pero eso presupone precisamente que es un sistema autónomo y que su función es completamente diferente al sistema de la ciencia de la sociedad. Recordemos que el conocimiento médico se produce en vista de la identificación y construcción de enfermedades y de su tratamiento, y que la urgencia del cuerpo enfermo no tiene equivalente en otros sistemas. Es solo allí en donde se construye y decide todo lo que llamamos medicina.⁵³

Asumir tal operatividad tiene por resultado una permanente reconstrucción de la realidad basada en el grado de riesgo no sólo de situaciones excepcionales (peligros) como tampoco mediante la extensión ilimitada de su jurisdicción en busca de seguridad o a través de la inflación de demandas al sistema de salud, porque el solo reclamo y la idea de seguridad no tiene plausibilidad empíricamente correlacionada, y menos aún la pretensión permanente de transformar todos los problemas en un problema de la medicina.⁵⁴ Contrariamente entonces a la idea de seguridad se debe **problematizar el problema** de cómo construir diferentes formas de incertidumbre, es decir riesgo, y de cuáles son sus límites sobre la base de las condiciones de posibilidad y estructuras sociales disponibles con las que se pueda operar. Ciertamente con ello se generan no solo nuevos problemas al sistema de la medicina, sino también problemas al sistema del derecho, de la política, de la economía, de la educación y la ciencia, sumado al continuo incremento de los reclamos de los usuarios sobre el rendimiento de la medicina, la percepción de enfermedades y el abuso tanto del incremento en la prescripción cuanto del autoconsumo medicamentos.

La constatación del riesgo como una característica común a cualquier decisión, también da cuenta de que todas las formas de incertidumbre se internalizan, en el sentido de que no pueda ser notificada como si fueran perspectivas totalmente independientes de los procesos de formulación y demandas de políticas de bienestar y salud.⁵⁵ Entonces, la necesidad de construir constelaciones de asignación debe orientar la investigación constante y en muchas formas paroxísticas de los llamados 'factores de riesgo' y la indexación de todas las causas posibles de las enfermedades.⁵⁶

Por lo tanto, en el sistema de la medicina, como en cualquier otro sistema, operativamente se trata más bien de elegir que riesgos tomar así como el tener en cuenta las demandas, protestas y reclamaciones de cualquier tipo, que también siempre inevitablemente surgirán desde el mismo sistema o de su entorno, lo cual obliga a reconocer que la incertidumbre en los procesos de toma de decisiones es consustancial al proceso evolutivo de la sociedad y no solo a la medicina moderna o al un conjunto normativo de emociones, ideas y creencias colectivas de dominación.

3. Demandas al sistema de la medicina

En el proceso evolutivo de la sociedad las incertidumbres y las expectativas también evolucionan, lo cual obliga a caracterizar la sociedad moderna como una sociedad que está diferenciada en sistemas de funciones.

Como se ha indicado, el fundamento que subyace a la teoría general de los sistemas sociales es que la comunicación es la única operación que es capaz de crear un sentido en el funcionamiento del sistema diferenciado. Ciertamente, en el sistema de la medicina si bien el médico necesita los cuerpos para comunicarse sobre los cuerpos,⁵⁷ la opera-

53 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

54 BARALDI, Claudio (2015). Op. Cit. LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

55 Más aún cuando no se puede encontrar recetas que contenten a todos los observadores (CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit.) o cuando las 'medicinas del alma' develan su patética inoperatividad orgánica (NEXUS (2014). Cuaderno de notas. Manuscrito no publicado).

56 Cfr. LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

57 La función del sistema de la medicina está orientada hacia el entorno (cuerpos) (LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.). Parsons señaló que la salud casi por definición, está dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional. Esto se debe a

ción de la comunicación es la única que puede reproducir la medicina como un sistema social.

Además, si en el sistema de la medicina la codificación enfermo/sano persiste como la base de lo que determina su existencia y función, así como la generación de expectativas, esto no clausura el problema de reconocer que la expectativa sobre la autoridad del médico –característica fundamental de la medicina– no solo ha cambiado sino que está desapareciendo mientras las demandas dirigidas al sistema de la medicina están continuamente aumentado. Un largo proceso evolutivo en el curso del cual las expectativas de vida se han alargado considerablemente, junto a la información y el uso y consumo de medicamentos,⁵⁸ lo cual también modifica e incrementa las incertidumbres y miedo no solo frente a la enfermedad sino también a la forma en la cual se vive en la actualidad. Así, conforme la sociedad moderna se enorgullece de sus conquistas evolutivas, se debilita la confianza sobre los avances médicos, y también sobre los mismos avances científico-tecnológicos los cuales ya no representan una fuente segura de progreso.⁵⁹

De ahí la importancia de considerar que en el proceso evolutivo de la sociedad, la *inflación de demandas* –como señala Luhmann– constituye no solo un problema de la medicina sino más bien de la generalización progresiva de reivindicaciones de la misma sociedad sobre la sociedad, lo cual tiene consecuencias estructurales en sus diversos sistemas. Por un lado y con el aumento de las reivindicaciones, se construyen también nuevas expectativas (normativas y cognitivas), y si bien en la actualidad parte de las enfermedades se siguen atribuyendo a factores ‘naturales’, entendidos como factores de peligro que no dependen de los comportamientos o estilos de vida específicos; otra cosa es el daño causado específicamente por ellos.⁶⁰ Por otro, este incremento de demandas frente a los nuevos peligros generados por los cambios en los estilos de vida (alimentación, consumo de fármacos o drogas, tabaquismo) origina nuevas fórmulas comunicativas de ‘confianza’ no solo hacia el sistema de la medicina, sino también en el sistema económico y político (por ejemplo, políticas públicas de prevención de la obesidad) o en el sistema del derecho (con las nuevas normativas para asegurar nuevos derechos y la cautela de los pacientes: muerte digna).

Estas demandas y reclamos se ven reforzadas por el hecho de que cada vez más los usuarios tienen conocimientos médicos y se informan constantemente sobre el autocuidado a través de Internet.⁶¹ Por ejemplo, se crean las condiciones para prolongar las expectativas de vida, pero al mismo tiempo se reclama por las condiciones de ésta. A nivel de la tecnología las ventajas son cada día más sorprendentes, pero al mismo tiempo paralelamente se reclama por sus efectos secundarios.

Precisamente, esta inflación de demandas, que acrecienta la incertidumbre y el riesgo, evidencia que la crisis de expectativas no solo está orientada hacia el sistema de la medicina, sino que además se emplaza hacia otros sistemas de la sociedad (derecho, educativo, económico, político), orientando su aprendizaje y evolución,⁶² en tanto y cuanto presupuesto para tomar decisiones y construir soluciones condicionales y contingentes.

Conclusiones

que, en primera instancia, la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales. Desde luego, es posible que esta presencia de la enfermedad fuera absolutamente incontrolable por la acción social, como una acción dada independiente de la vida social. Pero en la medida en que sea controlable, mediante una acción racional o de otra manera, es claro que hay un interés funcional en la sociedad en su control: en general, en reducir al mínimo la enfermedad (PARSONS, Talcott (1999). *El sistema social*, Alianza Editorial, España. p. 276).

58 LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit. p. 91. Cambio que puede ser observado en el plano de la semántica.

59 Quizás todo lo contrario, representan más bien una fuente del incremento y generación del riesgo (CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit. BARALDI, Claudio (2015). Op. Cit. LUHMANN (1992). Op. Cit. LUHMANN, Niklas (2015). Op. Cit.

60 CORSI, Giancarlo (2015). Op. Cit.

61 BARALDI, Claudio (2015). Op. Cit.

62 CORSI, Giancarlo (1998). *Sistemi che apprendono*, Pensa Editore, Italia.

Si bien en la actualidad no hay nada que posiblemente no quiera asociarse a alguna enfermedad, solo la distinción entre enfermo y sano define el ámbito comunicativo específico del sistema de la medicina.⁶³ Sin embargo, resulta sumamente interesante que, pese a reconocer esto se siga reflexionando sobre la base teórica de una estructura social trascendental que orienta la prescripción. Pensemos, por ejemplo, en esta especie de normalidad de la ‘patologización’ de la realidad (sustentada en el discurso de la medicalización),⁶⁴ la cual se ha ampliado a tal punto que muy probablemente no tiene ningún efecto sobre la conducta de la vida, salvo aumentar la incertidumbre, el miedo y las consecuentes patologías, olvidando –incluso la sociología– que si se quiere entender lo que significa la enfermedad se debe observar al médico, no al paciente.⁶⁵

Además, si las categorías y conceptos no son más que constructos del propio sistema para describir su entorno, esto tiene fuertes implicaciones en la observación y análisis de la sociedad moderna la cual, abandonada a sí misma, se enfrenta continuamente a las probabilidades estructurales adquiridas y estabilizadas en el proceso evolutivo.⁶⁶ Esto obliga a las ciencias sociales a abandonar su carácter prescriptivo⁶⁷ y observar que en la actualidad la clave para analizar estos problemas se encuentra en la forma de diferenciación funcional de la sociedad. Una vez que los sistemas funcionales de la sociedad moderna se han diferenciado no pueden apelar a otra cosa que no sea un mayor rendimiento de su función, con lo cual se generan expectativas de mejora ilimitada a pesar de que dicha mejora no sea operativamente posible. Esto constituye precisamente uno de los problemas más difíciles de afrontar en la modernidad de la sociedad moderna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERKNECHT, Erwin. H. (1967). *Medicine in the Paris Hospital, 1794-1848*, The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- ADORNO, Theodor (2008). *Dialéctica Negativa. La jerga de la autenticidad*, Akal, España.
- AGGLETON, Peter y Richard PARKER (2002), *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Un marco conceptual e implicaciones para la acción*, El Colegio de México, México.
- ARMSTRONG, David (1995). “The rise of Surveillance Medicine”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 17, No. 3, pp. 393-404.
- BARALDI, Claudio (2015). “Teoria dei sistemi sociali e forme dell’interazione medico-paziente”, en CORSI, Giancarlo. *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*, Milano, Franco Angeli, pp. 83-120.
- BOBBIO, Norberto (1992). *A era dos direitos*, Editora Campus, Rio de Janeiro, Brasil.
- CONRAD, Peter (1992). “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*, N° 18, pp. 209-232.
- CONRAD, Peter (2005). “The Shifting Engines of Medicalization”, *Journal of Health*

63 Porque y como señala Luhmann (2015). Op. Cit. p. 76) la política no puede curar, no se sana pagando.

64 La selectividad con la cual opera la comunicación con respecto a los sistemas de conciencia, en el ámbito en los que se exige que la comunicación exprese aquello que piensan, perciben y sienten los sistemas psíquicos, instala exactamente el problema de las patologías.

65 De igual forma, si se quiere observar las decisiones políticas colectivamente vinculantes, se debe observar al gobierno, no a la oposición.

66 ZAMORANO FARIÁS, Raúl y Sandra Regina MARTINI (2017). “Prólogo”, en LUHMANN, Niklas *Sistema da Saúde e o corpo na Teoria Geral dos Sistemas Sociais*, Livraria do Advogado, Porto Alegre, Brasil, pp. 5-11.

67 Cfr. AGGLETON, Peter y Richard PARKER (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Un marco conceptual e implicaciones para la acción*, El Colegio de México, México

and Social Behavior, Vol. 46, N° 1, pp. 3-14.

- CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society . On the Transformation of Humans Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- CONRAD, Peter & BARKER, Kristin (2010). "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior* Vol 51, N. 1, pp. 67-79.
- CONRAD, Peter y LEITER, Valerie (2004). *Medicalization, Markets and Consumers*, *Journal of Health and Social Behavior* 45 , EUA, pp. 158-176.
- CORSI, Giancarlo (1998). *Sistemi che apprendono*, Pensa Editore, Italia.
- CORSI, Giancarlo (2015): "Introduzione. Malattia e salute: il contributo della teoria dei sistemi" en *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*, Milano, Franco Angeli, pp. 9-39.
- DOUGLAS, Mary (1976). *Pureza e Perigo*, Editora Perspectiva, São Paulo, Brasil.
- ELIAS, Norbert (1987). *La soledad de los moribundos*, Fondo de cultura Económica, México.
- FERRAJOLI, Luigi (2011). *¿Democracia sin Estado?*, <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=121400> (31 de enero).
- FLORES GUADARRAMA, Cristian Alejandra (2016). *La comunicación del TDAH en la organización escolar básica en México*, Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México.
- FOUCAULT, Michel (1974). "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud* Vol. 11, No. 1 (1977), publicación editada por la Oficina Sanitaria Panamericana 525, Washington, EUA.
- FOUCAULT, Michel (1979). *Microfísica del poder*, Ediciones la Piqueta, España.
- FOUCAULT, Michel (1996). *Vigilar y Castigar*, Editorial Siglo XXI, México.
- GADAMER, Hans-Goerg (2001). *El estado oculto de la salud*, Gedisa Editorial, España.
- GOFFMAN, Erving (1977). "La locura del 'puesto'", en BASAGLIA Franco y Franca BASAGLIA ONGARO (Edit.). *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, Siglo XXI, México, pp. 257-307.
- GOFFMAN, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores, Argentina.
- GRIMM, Dieter (2006). *Constitucionalismo y derechos fundamentales*, Editorial Trotta, España.
- HERNÁNDEZ DUARTE, Rubén (2016). "Entre la probabilidad y la sospecha: perspectivas legas medicalizadas frente al riesgo a la enfermedad en jóvenes universitarios de la CDMX", en MURGIA, Adriana et al (Coord.) *La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México*, La Biblioteca Editores, México, pp. 63-82.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, Karla (2015). *La construcción epistemológica del SIDA en la ciencia*, Licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México.
- LUHMANN, Niklas (1992). *Sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana/universidad de Guadalajara Editores, México.
- LUHMANN, Niklas (1996). *La ciencia de la sociedad*, Anthropos-Universidad Iberoamericana Editores, México.
- LUHMANN, Niklas (1998). *Complejidad y modernidad. De la Unidad a la diferencia*, Editorial Trotta, España.
- LUHMANN, Niklas (2002). *El derecho de la sociedad*, Universidad Iberoamericana, México.
- LUHMANN, Niklas (2007). *La sociedad de la sociedad*, Herder Editores, México.
- LUHMANN, Niklas (2010). *Organización y decisión*, Herder Editores, México.
- LUHMANN, Niklas (2015). *Comunicaciones y cuerpo en la teoría general de los sistemas sociales*, La Biblioteca Editores, México.
- MEDÍN Joaquín y EDWIN Núñez (2000). *Pseudociencia y cultura de masas*, Parte I: "Naturaleza y relevancia de la pseudociencia", *Revista Milenio*, Vol. 4, Puerto Rico, pp. 9-32.
- NEXUS (2014). *Cuaderno de notas*. Manuscrito no publicado.
- PARSONS, Talcott (1999). *El sistema social*, Alianza Editorial, España.
- POITRAS, Geoffrey (2012). *Medical Ethics and Economic Medicalization*", *Contempo-*

rary Issues in Bioethics, Canada, pp. 51-68.

- POITRAS, Geoffrey & LINDSAY, Meredith (2008). Ethical Transparency and Economic Medicalization, *Journal of Business Ethics* 86 (3), pp. 313-325.
- TURNER, Bryan S. (2000). "The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories", Albrecht, G. L.; Fitzpatrick, R.; Scrimshaw, S. (Ed.) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Sage, London UK.
- WILLIAMS, S. & CALNAN, M. (1996). "The Limits of Medicalization: Moderne Medicine and Lay Populance in Late Modernity", *Social Science & Medicine*, N° 42, pp. 1609-1620.
- ZAMORANO FARÍAS, Raúl (2004). *La democrazia dei postmoderni e i suoi gesti allegorici*, Biblioteca Pensa Multimedia, Italia.
- ZAMORANO FARÍAS, Raúl y Sandra Regina MARTINI (2017). "Prólogo", en LUHMANN, Niklas *Sistema da Saúde e o corpo na Teoria Geral dos Sistemas Sociais*, Livraria do Advogado, Brasil, pp. 5-11.