


Por una nueva perspectiva epistemológica de integración de saberes para la salud: la relación entre medicina y pedagogía



For a new epistemological perspective of knowledge integration for health: the relationship between medicine and pedagogy

Orefice, Carlo; Baños, Josep-Eladi

 **Carlo Orefice** carlo.orefice@unisi.it
Universidad de Siena, Italia

 **Josep-Eladi Baños** josepeladi.banos@uvic.cat
Universitat Pompeu Fabra y de la Universitat de Vic-
Universitat Central de Catalunya, España

Analéctica

Arkho Ediciones, Argentina
ISSN-e: 2591-5894
Periodicidad: Bimestral
vol. 9, núm. 56, 2023
revista@analectica.org

Recepción: 05 Noviembre 2022
Aprobación: 09 Noviembre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/251/2513722001/>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7535368>

Resumen: En el siglo XX la investigación científica ha permitido lograr avances científicos y tecnológicos sin precedentes en la evolución de la historia humana. Sin embargo, al mismo tiempo, ha contribuido a que algunas disciplinas se adentraran cada vez más en un conocimiento más especializado, favoreciendo un pensamiento fragmentado y fragmentador que, en el caso de la medicina, ha priorizado a la enfermedad y no al sujeto enfermo como objeto de observación.

Palabras clave: medicina, pedagogía, saberes.

Abstract: In the 20th century, scientific research has made it possible to achieve unprecedented scientific and technological advances in the evolution of human history. However, at the same time, it has contributed to some disciplines delving deeper into more specialized knowledge, favoring a fragmented and fragmenting thinking that, in the case of medicine, has prioritized the disease and not the sick subject as observation object.

Keywords: medicine, pedagogy, knowledge.

Introducción

En las dos primeras décadas del siglo XXI, estamos viendo una profusión de proyectos que reúnen a científicos sociales y de ciencias biomédicas para proponer y recomendar soluciones en una amplia gama de problemas relacionados con la salud. Este proceso suele denominarse investigación multidisciplinar o interdisciplinar; surge de la necesidad de comprender y afrontar la complejidad moderna y la ingente información a los que el sector sanitario está continuamente expuesto. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, parece que aún no hemos sido capaces de responder adecuadamente a estos desafíos. Por ello, quedamos inmersos en un universo cada vez más dominado por el maquinismo y limitado por visiones fragmentadas y reduccionistas de la realidad (Nicolescu, 2002).

Esta creencia, que ve la ciencia cada vez más dividida en especializaciones disciplinarias y dominada por un progreso tecnológico abrumador, es

particularmente evidente en el campo biomédico. En éste, el proceso de creación de nuevas disciplinas ha llevado a una fragmentación progresiva de la investigación científica. Si nos limitamos al contexto universitario, se observa que con frecuencia cada profesional es educado para actuar en un aislamiento cultural y decisorio, basado en lenguajes y modelos interpretativos que pueden resultar incomprensibles para otros profesionales, los pacientes y sus familias. La fragmentación del conocimiento y la consecuente incomunicación se refleja, por ejemplo, en la interacción con algunos médicos con quienes se establece una relación basada exclusivamente en una redacción burocrática de prescripciones de medicamentos. Además, la aparición de diferentes figuras profesionales, cada una con su propio estatus educativo y epistemológico, exacerba la falta de integración entre los diferentes campos profesionales y contribuye a alimentar conflictos entre unos y otros. De igual manera, los pacientes y sus familias se ven confundidos por informaciones contradictorias que no facilitan el proceso diagnóstico o terapéutico, mientras que la falta de comunicación dificulta, e incluso imposibilita, la transferencia eficiente y oportuna de la investigación científica a la práctica clínica.

Partiendo de este marco, la formación de equipos multidisciplinarios no parece resolver el problema de fondo, ya que las relaciones entre ellos se traducen con frecuencia en una consulta mutua entre expertos que deja inalteradas las competencias individuales de los especialistas, además de ser a menudo inviable debido a la falta de tiempo, instalaciones y recursos. En definitiva, cada protagonista directo o indirecto del proceso diagnóstico-terapéutico se encuentra encerrado en sus propios saberes y prácticas por la imposibilidad de traspasar las fronteras profesionales, a menudo artificiales, entre las disciplinas lo que impide una visión clara de la multiplicidad y complejidad de los problemas reales.

Si el objetivo es generar soluciones creativas que permitan nuevas interpretaciones (Morin, 1993; Nicolescu et al., 2019), la transdisciplinariedad, concebida como un conjunto de metodologías y patrones de pensamiento que van más allá, de los límites de la multidisciplinariedad y de la interdisciplinariedad, puede contribuir al desarrollo de un espíritu problematizador y, por tanto, al progreso del conocimiento. No se trata de la creación de una superdisciplina en el campo médico, sino a una perspectiva epistemológica de integración de saberes para la salud diferente y más compleja, (Baños, 2019; Martins, 2019; Orefice, 2020). Al examinar, por tanto, las posibles relaciones entre transdisciplinariedad y medicina, la primera cuestión sobre la que centrar la atención se refiere a la cura: ¿qué es? ¿cómo la definimos? ¿quién es competente para hablar de eso? (§ 1). En nuestra opinión, explorar este vínculo significa, por un lado, cuestionar la jerarquía del conocimiento y su distribución social, especialmente en el campo biomédico (§ 2). Por otro, reflexionar sobre la forma en que procesamos y transmitimos el conocimiento, especialmente en las universidades, a través de aproximaciones pedagógicas aún basadas en la separación disciplinar y en la brecha creciente entre el conocimiento científico y el común (§ 3).

En el siglo XX la investigación científica ha permitido lograr avances científicos y tecnológicos sin precedentes en la evolución de la historia humana. Sin embargo, al mismo tiempo, ha contribuido a que algunas disciplinas se adentraran cada vez más en un conocimiento más especializado, favoreciendo

un pensamiento fragmentado y fragmentador que, en el caso de la medicina, ha priorizado a la enfermedad y no al sujeto enfermo como objeto de observación (Damasio, 1995; Good, 2014).

Existe otro aspecto destacable que podría constituir un campo de análisis privilegiado para el paradigma transdisciplinar. Este sería la identificación de los fundamentos epistemológicos y las orientaciones teóricas que sustentan la atención médica, lo que permitiría intentar una recomposición disciplinaria (aquí sólo esbozada) donde la medicina y la pedagogía dialogan en profundidad, no tanto por conveniencia como por necesidad. La medicina, en efecto, se ocupa de la cura, y la cura instruye la estructura misma de la relación educativa[1], por lo que es posible esbozar un encuentro epistemológico, también dirigido a la acción práctica, entre estas dos disciplinas que contribuya a comprender mejor los problemas relacionados con la salud y el cuidado en este nuevo siglo (§ 4). El objetivo, cada vez más deseable, es delinear una nueva perspectiva epistemológica de integración de conocimientos para la salud.

1. El punto de vista pedagógico sobre la cura como un enfoque complejo

No parece arriesgado afirmar que el reciente debate internacional sobre la transdisciplinariedad (Fam, Neuhaser, Gibbs, 2018; Martins, 2019; Nicolescu, Yeh, Ertas, 2019) está abriendo una nueva etapa de reflexión en torno a la cura que, en sus argumentos, ciertamente no es nuevo. Este debate, al involucrar diferentes disciplinas, muestra cómo la cura está en el centro de múltiples saberes y prácticas, siendo teorizado en diferentes formas. La cura existe en medicina, psiquiatría, sociología de grupo o psicoterapia, por citar solo algunos campos. Cada uno de estos saberes vela por ella y ha construido una amplia y articulada bibliografía con sutiles análisis conceptuales.

A la luz de estas reflexiones, parece obvia la necesidad de promover un “pensamiento de cura”, o sistemas de vida y educación capaces de preparar a los individuos para “cuidar” de sí mismos, de los demás y del medio que los acoge. Las diferencias no deben convertirse en disimetrías, para que el otro no parezca un extraño y un enemigo. La fragilidad es una de las raíces ontológicas de nuestra vida y no el signo de algo inmaduro, inconsistente y carente de sentido. A pesar de estos compromisos, vistos más de cerca, los resultados no parecen ser los esperados. La cura queda como una imagen suspendida, a veces subordinada a un significado ingenuo y aporético (el amor, el impulso hacia el otro, la gratitud, el instinto), mientras que el mismo discurso pedagógico, al delinear su propio escudo constitutivo, ha entregado el discurso de la cura a otras disciplinas, excluyendo así su propia especificidad y su propio valor. Finalmente, las respuestas científicas sectoriales producidas por las distintas disciplinas, por significativas que sean, no parecen haber ofrecido soluciones a los fracasos económicos, sociales y culturales de las sociedades tecnológicamente avanzadas.

Al abordar el concepto de cura desde una perspectiva transdisciplinar, más dialéctica y polimórfica, los obstáculos y las dificultades que deben superarse parecen viejos y nuevos a la vez. Entre estos, debe mencionarse el hábito del investigador a defender la autonomía de su propia disciplina a través de una

"epistemología única", o de operar en su "campo" disciplinar establecido a través de su propio marco conceptual. Asimismo, el actual sistema de trabajo profesional basado en la especialización otorga un espacio indiscutible de poder sobre los demás a quienes lo ejercen. La propia mentalidad de los profesionales considera en ocasiones las diferentes materias como compartimentos de conocimiento estancos. Finalmente, la estructura de las instituciones educativas y de los métodos pedagógicos aparece en el campo médico todavía construida sobre el modelo de saberes separados desde las primeras experiencias escolares hasta la educación superior. El reconocimiento de estos límites sería el primer paso para proponer tesis epistemológicas y teorías innovadoras para abordar los problemas que se plantean en la actualidad, especialmente en el campo de las estrategias de promoción y tratamiento de la salud. Las diversas definiciones aportadas a lo largo de las décadas, más allá de las atribuciones que contemplan una jerarquización de méritos en relación con la mayor o menor colaboración disciplinaria, todavía parecen conducir hacia soluciones donde la fragmentación del conocimiento en disciplinas cerradas en sí mismas parece incapaz de afrontar las múltiples cuestiones problemáticas y globales que nos plantea la realidad. En el caso de la cura, el resultado es el sustento de una reflexión crítica sobre sus contenidos y métodos, así como sobre las instituciones y profesionales actuales que las aplican, más allá de los sesgos disciplinares.

Para configurar un discurso sobre la cura funcional en el marco de los objetivos de este ensayo, la primera pregunta sería ¿qué se entiende por cura educativa?, donde será necesario definir tanto el sustantivo (cura) que el adjetivo (educativa) indicado para llegar a la definición completa de la expresión. Hemos anticipado como, a partir de contextos profesionales específicos, la cura asume múltiples significados, que pueden declinarse respecto de las diversas figuras involucradas. Así, un médico cura como lo hace un psicólogo o un educador, y un argumento similar podría aplicarse a un arquitecto. ¿Existe una raíz, un concepto fundamental de la cura, a partir del cual ésta, siguiendo los diferentes roles profesionales, se declina en diversas maneras en su uso práctico?

No abriremos ahora el debate sobre el término cura ya analizado en un texto previo (Orefice, 2020). Este remite etimológicamente al concepto latino de "administrar", "hacerse cargo de algo" (del cual el modo sine cura deriva), "terapia", "tratamiento" o incluso "curación", pero son necesarias algunas precisiones. Si nos detenemos en lo que se considera el ámbito privilegiado de la cura, la práctica médica, al igual que la enfermería, revela, al menos en su expresión original, una contribución importante al concepto de "hacerse cargo" en los procesos de cuidar. Este método de tratamiento es igualmente evidente en la rehabilitación que muchas veces toma la forma de un camino en el que se reconstruyen y/o estimulan las capacidades del individuo para desarrollar un máximo estado de bienestar posible con respecto a las condiciones dadas. Ya desde estos primeros indicios podemos ver cómo en algunos ámbitos en los que se expresa la cura (médico, asistencial y rehabilitador), ésta nunca se configura únicamente como "curativa" (entendida como sanatio), sino sobre todo en cómo hacerse cargo de un individuo (en este caso el paciente) encaminado a un cambio, para permitir que el sujeto construya un nuevo proyecto vital.

2. La contribución de los saberes disciplinarios en la definición de los componentes de la cura

El debate en términos generales sobre el concepto de cura destaca una diversidad de posiciones, a veces incluso discordantes. Sin embargo, conviene subrayar un hecho, a efectos del análisis que aquí hemos emprendido. Estas posiciones, a pesar de su heterogeneidad, se muestran cada vez más válidas cuando son capaces de confrontar y debatir reflexiones que incorporan el concepto de cura al campo más amplio de las ciencias humanas y ambientales y no solamente al de las ciencias biológicas (Martins, 2019).

Antes de analizar como la medicina y la pedagogía (en lo que concierne a este ensayo) han tematizado la categoría de cura, conviene aclarar en qué consiste ese proceso dinámico y nada lineal que históricamente permitió el nacimiento de las disciplinas. Estos cuerpos de conocimiento, sostenidos por sus estudiosos y sus usuarios en los oficios y profesiones, han evolucionado a lo largo del tiempo junto con las sociedades y culturas que han apoyado o limitado su desarrollo y han conversado y perfeccionado prácticas útiles para afrontar los problemas vinculados a su existencia (Kuhn, 2009; Popper, 1970). Por lo tanto, si partimos de estas consideraciones, nada despreciables, antes de hablar de disciplinas parece útil verificar cómo se han definido, para tener un cuadro de conjunto, aunque sea introductorio y perfectible, que permita orientarse en el análisis del problema básico que subyace a este ensayo.

El primer elemento es la consideración de que conocer, para los individuos, significa modelar la lectura de la realidad, ya que permite regular nuestras acciones y cambiar la propia realidad circundante. El conocer, por tanto, como operación de modelado, se mueve en tres niveles: conocer, actuar y modificar. Cada individuo, dentro de su propio proceso autopoietico de distinción (Remotti, 2002) elabora contenidos cognitivos para interpretar el mundo que experimenta, moverse en él y amoldarlo a sus necesidades. Este proceso parece ser recursivo, ya que la realidad cambiada (o no) reactiva el proceso de modificación interpretativa, y el éxito o fracaso de este cambio reinicia el proceso cognitivo. En este sentido, conocer es una cualidad constitutiva de los individuos y nuestra autopoiesis se expresa en conocer, hacer y cambiar (Maturana y Varela, 1987).

Utilizando la metáfora clásica de construir, podemos decir que la construcción del saber significa tener los materiales, la estructura para construir, los elementos de carga y las colas que la mantienen unida la estructura y los materiales que la componen (Orefice, 2001). Siguiendo esta analogía, es posible reconocer en los materiales los tipos y formas de conocimiento, es decir, el conocimiento desarrollado dentro de los dominios cognitivos que han evolucionado con los propios seres vivos. En la estructura, el sistema de conocimientos elaborado; en los elementos de encolado y soporte, las conexiones que garantizan la relación entre los diferentes tipos de formas de conocimiento y la estabilidad del sistema de conocimiento de todo lo ser humanos (este es el campo de la dimensión social y cultural de la modelización del conocimiento). Este sistema dinámico, incierto, formado por intentos, nos lleva a dos primeras consideraciones, que están interconectadas.

Al hablar de cómo construimos el conocimiento, la imagen más adecuada no parece ser la que acabamos de adoptar de un edificio por construir, compacto

y sólido. Es necesario encontrar otra, más adecuada, que nos dé la idea del movimiento y, por tanto, de la parábola ascendente y descendente, con sus evoluciones e involuciones, que cada sistema personal de conocimiento está llamado a experimentar. A su propia interioridad, en el manejo de las fuerzas modeladoras y también desestabilizadoras de sus diferentes saberes, pero también fuera de él, para alimentarse, rechazar, convivir o incluso dejarse abrumar por los saberes legitimados o transformadores de tal o cual grupo social y cultural al que pertenecen.

A esta primera consideración le sigue una segunda, que luego apoya la hipótesis anticipada en la Introducción. Los diferentes tipos de formas de conocimiento que hemos construido en nuestra historia evolutiva y las (casi infinitas) formas en que organizamos nuestro conocimiento en sistemas que para nosotros son coherentes y funcionales, subyacen en los procesos de cura, entendiendo por este término el poder autopoietico que tienen los individuos, y sin el cual probablemente no tendríamos rastro del *Homo sapiens*, tal como lo conocemos hoy (Ledoux, 2002).

Si partimos de esta consideración, para llegar a una interpretación compleja del concepto de cura es necesario entonces cuestionar, como se ha hecho en otro lugar (Orefice, 2020), la organización igualmente compleja del potencial cognitivo que nos genera y nos sustenta, comprobando como éste es a la vez neurobiológico, psíquico, social y cultural. En esta dirección, si tratamos de descomponer este potencial en sus componentes constitutivos, podemos comprender porqué un enfoque transdisciplinar integrado parece útil para definir la cura, buscando un elemento de fusión. En esta perspectiva, la pregunta que podemos hacer es la siguiente: las diferentes disciplinas - y en lo que se refiere a la medicina - ¿cómo han tratados estos componentes, que llamaremos los componentes de la cura?

3. El enfoque biomédico y los componentes de la cura

El abordaje complejo que se está promoviendo en torno a la cura contribuye a una reflexión sobre la superación de muchas antinomias de la investigación moderna y aún persistentes en la contemporánea (Nicolescu, Yeh, Ertas, 2019). Siguiendo este enfoque, que ve la necesidad y la construcción de modelos científicos complejos para hacer frente a los desafíos actuales, las primeras barreras a superar parecen ser las existentes entre las ciencias humanas y las ciencias naturales (Morin, 1993). En esta dirección, la filosofía y la ciencia experimental ya no aparecen como áreas del conocimiento que no dialogan e incluso se oponen, sino que pertenecen al mismo destino espacio-temporal de la experiencia humana. Continuar alimentando su separación significa permanecer prisioneros de la epistemología moderna que relegó la primera a la filosofía de los valores y la segunda a la ciencia objetiva. Esta separación entre ciencias naturales y ciencias humanas, o entre investigación científica e investigación filosófica, es la expresión de sociedades y culturas fundadas en la distinción entre naturaleza y hombre, entre la producción de la naturaleza y la producción de la sociedad humana (Sahlins, 2010). De ahí la separación de saberes, donde el investigador trata solo una parte de la realidad con metodologías sectoriales, con lo que se pierde una visión holística de lo que realmente sucede.

Sin embargo, es evidente que nuestro organismo sigue siendo un conjunto complejo y articulado de relaciones vitales. Por ello, los enfoques disciplinarios individuales que pretenden explorar una sola dimensión particular están obligados a confrontarse, a pesar de la diversificación de la especificidad del objeto y del método de estudio adoptado. Esta es una restricción que concierne a la investigación científica misma y es funcional para recomponer la lectura de la totalidad del ser humanos, no sólo en el nivel de congruencia formal de los enfoques metodológicos disciplinares adoptados, sino también en el de la comunicación disciplinaria entre las teorías individuales elaboradas para explicar aspectos específicos.

Hablar de los individuos como "conjuntos complejos", conformados por fuerzas biológicas, culturales, sociales y ambientales, significa reconocer que las disciplinas - aunque desde ángulos distintos y con lenguajes y enfoques diferentes - detectan el carácter activo y mediador del sujeto y, por tanto, se basan en un parámetro transdisciplinar común (Nicolescu, 2002). Sobre esta base común puede afirmarse razonablemente que la producción de conocimiento en nuestra especie se da a través de la construcción de modelos interpretativos de la realidad que combinan la lógica cognitiva y la no cognitiva. Mientras la primera tiende a llevar al conocimiento el orden de la racionalidad, alimentada por el pensamiento consciente, la segunda tiende a traer el orden del potencial emocional y sensorial, heredado de formas de vida anteriores (Damasio, 1995; Orefice, 2001). En esta dirección, una reflexión sistémica, integrada y compleja siempre debe acompañar un sendero de cura y, por lo tanto, también apoyar la construcción de un conocimiento médico que aparece particularmente sujeto a una "óptica de la fragmentación".

El enfoque biomédico promueve intervenciones de extraordinaria eficacia tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, habiendo emprendido, por así decirlo, sobre todo durante el siglo XX, un proceso de "molecularización" que ha hecho de la célula el principal objeto de atención. Esta "comprensión" de la enfermedad en un solo nivel, el biológico, conllevó una pérdida, o al menos una reducción, de la complejidad de la enfermedad, remontándola a una sucesión de eventos de causa y efecto que descuidan el contexto y los aspectos "sistémicos". Tal enfoque, como se mencionó, corre el riesgo de empobrecer la "dimensión humana" y la relación actor-paciente precisamente porque enfoca el tratamiento de forma exclusiva sobre los mecanismos biológicos. Además, podemos decir que el advenimiento de tecnologías altamente sofisticadas está aumentando la brecha entre los síntomas explicables y los síntomas que no encuentran una explicación exclusivamente médica, modificando así la relación médico-paciente cada vez más mediada por la instrumentación.

Parece evidente, por lo que aquí comentamos, que esta cultura sanitaria, sesgada hacia las soluciones técnicas, ha llevado cada vez más a dos aspectos, ligados entre sí. Por un lado, favorecer el uso de mayores recursos en aquellos contextos terapéuticos donde la experimentación tecnológica es esencial (por ejemplo, la cirugía cardíaca). Por otro, al prescindir de un abordaje verdaderamente transdisciplinario, contribuye a la idea de que la práctica médica es el ámbito privilegiado de la cura. Esta afirmación, aun en su tono radical, nos obliga a discutir porqué la medicina tiende a considerar al organismo a través

de determinismos principalmente biológicos, relegando así al "enfermo" a una situación de subordinación. Por otro lado, puede negar un "derecho al sentido" que permitiría "explicar" las vivencias de la enfermedad a través de factores múltiples (culturales, económicos, simbólicos). Las "responsabilidades" de la situación descrita son naturalmente múltiples y las repercusiones no conciernen sólo a la imagen que la medicina ha modelado de sus objetos de atención, sino también a los significados mismos de lo que pretende estudiar.

Partamos del primero de estos aspectos, es decir, de la imagen que la medicina ha construido de sus objetos. Al hacerlo, el paso obligado es una reflexión, por breve que sea, sobre el cuerpo. La principal vía de aprendizaje del saber médico, en efecto, está dada por la formación y modelización de una mirada sobre el cuerpo que, para las ciencias biomédicas, ha sido racionalizada, pensada, descrita y narrada a partir de modelos explicativos y descriptivos precisos que coinciden con visiones sociales igualmente específicas (Orefice, 2015).

Para quienes trabajan en el sector sanitario, más allá de sus respectivas áreas de competencia, esta centralidad del cuerpo en el proceso de aprendizaje, incluso antes de la experiencia del cadáver o el enfrentamiento clínico con el cuerpo del paciente, se produce por una reflexión que los estudiantes/operadores hacen sobre su propia persona, es decir sobre su propia corporeidad. Esta simple observación, según la cual la transmisión del conocimiento biomédico no sólo produce representaciones del cuerpo del paciente, sino que configura y en cierto sentido también modifica el propio cuerpo del médico, confirma que el cuerpo es un elemento natural pero también una constructo cultural generado en un contexto institucional específico.

Existe otro aspecto que desearíamos recordar. Si nuestra experiencia y nuestro conocimiento son "incorporados" (es decir, es el cuerpo el que vive la experiencia en el mundo y lo conoce produciendo representaciones), y el sujeto y el objeto de la representación y de la experiencia del cuerpo son por lo tanto indivisibles, la separación cotidiana mente/cuerpo en la que se basa el sistema teórico de la medicina moderna abre una contradicción entre el cuerpo que tenemos y el cuerpo que somos (Damasio, 1995; Pizza, 2005).

Al reflexionar sobre algunas de estas contradicciones, conviene subrayar que el concepto de 'incorporación' nos muestra cómo la observación del cuerpo requiere una profunda transformación, tanto de los paradigmas clásicos del conocimiento como de los dispositivos científicos que lo limitan reduciendo su complejidad. Este concepto, al revelar un proceso corporal en constante progreso (y por lo tanto no una condición fija y estable, ni un estado psicofísico), no se detiene en el cuerpo pensado como objeto de estudio, sino que se refiere a los procesos históricos de construcción de la corporeidad y de los modos corporales de producción de la historia. Si observamos la realidad podemos ver que el estudio sobre el cuerpo es siempre un estudio del cuerpo, es decir, realizado por personas que son ellos mismos cuerpos de carne y hueso. El mismo camino de aprendizaje de saberes y técnicas por parte de los diferentes operadores asistenciales, que aquí nos interesa especialmente, es una confirmación de ello, ya que estos profesionales aprenden un saber hacer, pero también adquieren un habitus, una disposición incorporada. Es decir, los diferentes operadores de la cura, al hacer lo que hacen, se acercan a la realidad que observan cotidianamente a través de su cuerpo, demostrando que incluso la experiencia del conocimiento científico es una

experiencia corporal. Sin embargo, como acabamos de decir, el conocimiento científico centrado en la enfermedad - que se convierte así, en cierto modo, en una realidad ontológica por derecho propio - puede llegar a considerar ese cuerpo como un "obstáculo" que hay que eliminar conceptualmente.

Si continuamos con nuestro razonamiento, esta "remoción" parece paradójica por dos razones al menos. En primer lugar, su contrario, la conciencia de la presencia corporal, se manifiesta en toda su fuerza y obstinación cada vez que el médico se enferma, es decir, cuando comienza a comparar la imagen de su propio cuerpo vivido - y sufriente - con el del cuerpo del paciente que construyó durante su aprendizaje y práctica. Además, esta "sustracción" se produce en un ámbito del conocimiento y de la investigación científica, como es el de la biomedicina, que se basa precisamente en la observación del otro, es decir, en la comparación entre dos cuerpos (el de el médico y el del paciente). Sin embargo, dado que una relación no compara especímenes intercambiables de diferentes culturas o de la misma sino individuos que en cambio tienen una "cierta idea" del otro y que estructuran su comportamiento de acuerdo con esta idea (y lo que quieren preservar), este proceso de espejeo debe incluir nuevamente una crítica del trasfondo ideológico y teórico en el que las distintas figuras profesionales han basado gran parte de su formación y de la propia disciplina médica.

Y así llegamos a otro aspecto, los mismos significados que la medicina pretende estudiar. Si tomamos como referencia la diferencia de nivel presente muchas veces en la relación profesional-interlocutor, esto nos permite identificar con extrema claridad los mecanismos representacionales (y textuales) que pueden generar un diálogo ilusorio entre estas dos figuras, y enfocar mejor los términos de la pregunta. Si interpretamos correctamente una afirmación que aparece muchas veces en las narrativas de los profesionales de la cura, según la cual "médico y paciente, hablando de lo mismo, no hablan de lo mismo", debemos concluir que una de las dificultades es precisamente, por parte del profesional, la falta de concepción de las diferentes atribuciones respecto a los conceptos predominantes en torno a los cuales la biomedicina concibe la salud, la enfermedad y el tratamiento.

El etnógrafo italiano Ernesto de Martino (2002), en su texto de 1977 titulado *El fin del mundo*, destacaba cómo para distinguir a los "sanos" de los "enfermos" es necesario tomar como criterio no la realidad, sino la "realidad histórica". Esta afirmación es importante para ampliar el concepto de cura que sustenta nuestros argumentos. ¿Cuál es la validez epistemológica de conceptos que parecen, en su presunción, no tener otra función en ocasiones que la de sustraer el conocimiento médico, y su reflejo teórico, de ser objeto de crítica?

Mediante la exclusión de lo "diferente", o en todo caso su subordinación tácita a todo lo que se incluye dentro de un paradigma dominante, no sólo se priva a ese individuo de la posibilidad misma de ser considerado en su individualidad, sino también a una sociedad que aparece como un agregado de personas estáticas y homogéneas. Esta es una de las razones por las que es necesario pensar la relación entre disciplinas en una perspectiva transdisciplinar, y por eso es importante reiterar que cualquier hecho cultural (incluidos los discutidos) se vuelve comprensible solo a partir del momento en que se piensan su génesis y función histórica y si aceptamos, como escribió Vico (1977), la idea de que es un proceso. La idea de historicidad, que a veces para los profesionales discutidos

es tan lejana que parece inútil, sugiere pensar en intentos recíprocos a través de los cuales el mismo profesional y el beneficiario de la intervención puedan compartir ideas (contradictorias, lejanas, divergentes) que los llevó a encontrarse. Esta reflexión nos permite pensar la cura como algo incierto, tanto en la partida como en la continuación del viaje, es decir, un territorio donde los individuos exploran “tierras desconocidas”, en su mayoría siendo cada uno desconocido para el otro.

En síntesis y retomando una perspectiva compleja, si deseamos evitar que el conocimiento biomédico imponga una única visión de salud, enfermedad y tratamiento, es necesario - con cautela, pero con convicción - elaborar modelos que eduquen a los profesionales sanitarios en una perspectiva reflexiva sobre la necesidad de incluir otros elementos en la consideración de salud y enfermedad. Pero aún queda un último punto por considerar antes de pasar a las conclusiones finales. La perspectiva de complejidad desde la que nos movemos debe captar no solo el estrecho vínculo que existe entre las representaciones de los valores de referencia individuales y colectivos y las prácticas de cuidado implementadas para mantener y promover estos valores. Para asegurarse de que las posibles respuestas a las preguntas subyacentes, como ¿qué es la salud? y ¿qué es la enfermedad?, no parezcan estériles y repetitivas, es necesario definir los términos del debate no partiendo de premisas inalcanzables, es decir, a partir de la idea de que la vida humana no se compone de debilidades, enfermedades, dolores y, en última instancia, de la muerte. Si abandonamos esta idea falaz, y recordamos que la historia de cada uno está dada por una importante capacidad de adaptación e integración puesta a punto a través de miles de años de evolución, entonces la “cura” aparecerá como una actitud, un posicionamiento, una reelaboración de las coordenadas propias y de los otros, hasta en las situaciones más diversas y dramáticas.

Por todo ello, el razonamiento sobre las formas y áreas de la cura recuerda el papel de los profesionales y su formación técnica en un esfuerzo continuo dirigido a comprender igualmente los procesos de formación de los individuos, su sinuosidad, sus diferencias y descartes problemáticos. Es importante comprender cómo tales individuos adquieren una forma y si la dan en un proceso progresivo y siempre abierto, y sucede a través de habilidades de diálogo (interpersonal y grupal), a través del manejo de una prosémica comunicativa y nunca intrusiva, y a través de técnicas específicas de comunicación, gestión y organización de actividades.

En esta síntesis abierta y vivida, que ve la cura a través de una fisonomía articulada que afecta a toda la vida y cuestiona las disciplinas dentro de las situaciones cotidianas (no sólo en las planificadas), se configura una medicina capaz de responder adecuadamente a muchos problemas de salud que abarcan este principio de siglo.

4. Medicina y pedagogía desde una mirada transdisciplinar: un encuentro posible

Como se destaca en este ensayo, los fundamentos epistemológicos y las prácticas de las disciplinas médicas y pedagógicas encuentran en el concepto de “cura educativa” un punto de encuentro, dirección y acción. De acuerdo con esta

dirección, parece deseable seguir apostando por un encuentro epistemológico (que también se orienta a la acción práctica) entre las dos disciplinas por diversas razones. Entre ellas, la preocupación por cada individuo, tanto el estudiante como el paciente, aparece como uno de los aglutinantes de ambos y aconseja el uso de metodologías individualizadas, es decir, las que toman en consideración las dimensiones existencial y personal de los sujetos. Además, así como la ciencia médica está necesariamente encaminada a mejorar la salud humana y las estrategias para promoverla y protegerla, la pedagogía ve su finalidad práctica en resolver problemas reales y concretos de las personas.

En esta dirección, creemos que las universidades - como lugares de aprendizaje - son necesarias para apoyar y difundir formas útiles de investigación y ayudar a construir un conocimiento científico que, si bien acoge la lección histórica de la ciencia moderna, ya no se centra en las disciplinas individuales y sus jerarquías. Una de sus funciones sería facilitar este cambio de paradigma según el cual la transdisciplinariedad se diferencia de la multi e interdisciplinariedad, demostrando su potencial de "ruptura" epistemológica y vislumbrando la posibilidad de ir "más allá" y "a través" de las disciplinas y sus saberes.

La multidisciplinariedad que sustenta la docencia universitaria a menudo parece abordar un problema específico combinando varias disciplinas de forma puramente "aditiva", sin un diálogo real. Por su parte la interdisciplinariedad, en el mejor de los casos, se mueve en una dirección más integral que la anterior en la medida en que las disciplinas próximas entre sí y con puntos de conexión cambian sus conceptos o instrumentos, por medio de otras. En nuestra opinión, el enfoque transdisciplinario se presenta no como una suma de disciplinas, sino como una aproximación más integradora de su mutua colaboración y modificación.

Por supuesto, también en este caso se debe hacer una aclaración adicional, y concluyente. La presencia de profesionales de la educación y médico/asistenciales en un mismo contexto no es condición necesaria y suficiente para construir un grupo de trabajo orientado hacia un diseño que tenga en cuenta los puntos de vista disciplinares de todos sus integrantes. En nuestra práctica hemos constatado cómo tematizar, visibilizar y utilizar los saberes pedagógicos de los profesionales de la educación, así como legitimar la mirada de los médicos de distintas disciplinas, a veces es difícil pero necesario (Orefice y Banos, 2018)[2]. En este sentido, trabajar la conciencia epistemológica de cada profesional en un marco transdisciplinario que brinda la universidad parece imprescindible para implementar un verdadero encuentro de saberes en la práctica.

La crisis que Nicolescu destacó en su "Manifiesto de la transdisciplinariedad" (1996) hace que hoy, en la era pospandémica de la Covid-19 y en las múltiples incertidumbres que el reciente conflicto bélico en Europa está aflorando con fuerza, se plantee la necesidad de reorganizar el sistema de educación del conocimiento a partir de las universidades y fomentando estructuras epistémicas dialogantes basadas en el rigor, la apertura y la tolerancia. En esta dirección, redescubrir y promover el papel de los investigadores indisciplinados como productores de conciencia crítica y capacidad de imaginar utopías compartidas, significa reconocer que la transdisciplinariedad puede contribuir al desarrollo de un espíritu problematizador y, por tanto, al progreso del conocimiento.

El objetivo final es generar soluciones creativas inesperadas, nuevas posibilidades y nuevos horizontes de otro modo inaccesibles en visiones fragmentadas y reduccionistas de la realidad.

Referencias

- Baños, J. (2019). *SDG 3: Good health and well-being, Introduction*, en Baños J.; Orefice C.; Bianchi F.; Costantini S. (Eds), *Good Health, Quality Education, Sustainable Communities, Human Rights. The scientific contribution of Italian UNESCO Chairs and partners to SDGs 203* (pp. 43-45). Firenze: Firenze University Press.
- Damasio, A. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- De Martino, E. (2002). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.
- Fam, D.; Neuhaser, L.; Gibbs, P. (Eds.). (2018). *Transdisciplinarity - Theory, Practice and Education: The Art of Collaborative Research and Collective Learning*. Berlin: Springer.
- Good, B. J. (2014). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi.
- Kuhn, T. S. (2009). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Einaudi.
- Ledoux, J. (2002). *Il Sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quello che siamo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Martins, N. P. (2019). Being Transdisciplinary in Human Sciences: The usefulness of Integrative Medicine in contemporary society. In B. Nicolescu, R. T. Yeh, A. Ertas (Eds.). *Being Transdisciplinary* (pp. 39-47). Fayetteville: ATLAS Publishing.
- Maturana, H.; Varela, F. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Morin, E. (1993). *Introduzione al pensiero complesso. Gli strumenti per affrontare la sfida della complessità*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Nicolescu, B. (2002). *Manifesto of Transdisciplinarity*. New York: State University of New York Press
- Nicolescu, B.; Yeh, R. T.; Ertas, A. (2019). *Being Transdisciplinary*. Fayetteville: ATLAS Publishing.
- Orefice, C. (2015). Cultura, società e corpo. In A. Cunti (Eds). *Corpi in formazione. Voci pedagogiche* (pp. 74-78). Milano: FrancoAngeli.
- Orefice, C.; Baños, J. E. (2018). *The role of humanities in the teaching of medical students*. Barcellona: Dr. Antoni Esteve Foundation.
- Orefice, C. (2020). *Lo studio della cura educativa in un'ottica complessa*. Lecce: PensaMeltimedia
- Orefice, P. (2001). *I domini conoscitivi. Origine, natura e sviluppo dei saperi dell'Homo sapiens sapiens*. Roma: Carocci.
- Pizza, G. (2005). *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Popper, K. (1970). *Logica della scoperta scientifica*. Torino: Einaudi.
- Remotti, F. (Ed). (2002). *Forme di umanità*. Milano: Mondadori.
- Sahlins, M. (2010). *Un grosso sbaglio. L'idea occidentale di natura umana*. Milano: Elèuthera.
- Vico, G. B. (1977). *La scienza nuova*. Milano: Rizzoli.

Notas

- 1 Las reflexiones que sustentan este ensayo deben entenderse como el aporte de quienes desde hace años se dedican a intentar abrir nuevos espacios de reflexión sobre el tema de la cura, en sus múltiples acepciones, y sobre como esto pueda generar un conocimiento colectivo más inclusivo y creativo. Desde este ángulo, la elección de “reducir” la multiplicidad de puntos de vista y de las respectivas lógicas disciplinarias dentro de la Medicina y la Pedagogía no debe aparecer como limitante, sino que es una elección motivada por las razones que este ensayo introduce.
En términos de claridad, también cabe señalar que los temas y problemas brevemente expuestos en esta contribución tuvieron su momento de síntesis y discusión dentro del Tercer Congreso Mundial sobre la Transdisciplinariedad virtual (3CMTv), evento que se llevó a cabo en línea desde octubre de 2020 hasta octubre de 2021 y en el que los autores participaron como “miembros adicionales” de Cátedra UNESCO (Italia).
- 2 Los Autores se refieren a la experiencia de diseño del "Máster Internacional en Humanidades Médicas" que la Universidad de Vic (España) y la Universidad de Siena (Italia) están organizando para el año académico 2023/24.