

Hacia una medicina con sentido: bidireccionalidad e inversión epistémica en las Humanidades Médicas

Ricardo Teodoro Ricci¹
Helio Plapler²

(¹) Universidad Nacional de Tucumán, Antropología Médica, Faculty Member. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3249-6843>. E-mail: teodoro.ricci@gmail.com

(²) Professor Libre Docente y Professor Titular (jubilado) del Departamento de Cirugía de la Escuela Paulista de Medicina. Miembro del GENAM-Grupo de Investigación y Estudio en Literatura, Narrativa y Medicina de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1335-2545>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2871630525937037>. E-mail: helio@plapler.com.br

RESUMEN

Este artículo explora el potencial transformador del enfoque propuesto por Julia Kristeva en el campo de las Humanidades Médicas, centrado en la bidireccionalidad del intercambio entre medicina y humanidades y en la inversión epistémica que pone el sentido antes que la evidencia. A través de un enfoque autoetnográfico basado en la experiencia personal de los autores como médicos y profesores en escuelas de medicina y a través de la investigación de la metaliteratura en la educación médica se argumenta que esta perspectiva, que se nutre del psicoanálisis, la semántica del sufrimiento y una crítica de las jerarquías disciplinares, enriquece las Humanidades Médicas al abrir un espacio para el reconocimiento del sujeto, del lenguaje y de la singularidad en la experiencia clínica. Para ello, se establecen como líneas de discusión la crítica a la unidireccionalidad, la contribución de la medicina y el papel de profesores y estudiantes en el proceso de reconocimiento del conocimiento. Se incorporan además los aportes de Helene Scott-Fordsmand, Eivind Engebretsen, Brian Hurwitz y Desmond O'Neill como voces clave en esta reconfiguración del campo.

Palabras clave: humanidades médicas; inversión epistemológica.

ABSTRACT

This article explores the transformative potential of Julia Kristeva's approach within the field of Medical Humanities, focusing on the bidirectionality of the exchange between medicine and the humanities and the epistemic shift that places meaning before evidence. Through an autoethnographic approach based on the authors' personal experience either as doctors and as professors in medical schools, and by the research of metaliterature in medical education it argues that this perspective-nourished by psychoanalysis, the semantics of suffering, and a critique of disciplinary hierarchies—enriches Medical Humanities by opening space for the recognition of the subject, language, and singularity in clinical experience. To this end, we established as lines of discussion a critique of unidirectionality, the contribution of medicine and the role of professors and students in the process of recognition of knowledge. The contributions of Helene Scott-Fordsmand, Eivind Engebretsen, Brian Hurwitz, and Desmond O'Neill are also included as key voices in this reconfiguration of the field.

Keywords: medical humanities; epistemological inversion.

RESUMO

Este artigo explora o potencial transformador da abordagem proposta por Julia Kristeva no campo das Humanidades Médicas, com foco na bidirecionalidade do intercâmbio entre a medicina e as humanidades, bem como na inversão epistêmica que prioriza o sentido em detrimento da evidência. Por meio de uma abordagem autoetnográfica baseada na experiência pessoal dos autores como médicos e professores em escolas de medicina, e da investigação da metaliteratura na educação médica, argumenta-se que essa perspectiva, fundamentada na psicanálise, na semântica do sofrimento e em uma crítica às hierarquias disciplinares, enriquece as Humanidades Médicas ao abrir espaço para o reconhecimento do sujeito, da linguagem e da singularidade da experiência clínica. As linhas de discussão estabelecidas incluem a crítica à unidirecionalidade, a contribuição da medicina e o papel de professores e estudantes no processo de reconhecimento do conhecimento. Ademais, são incorporadas as contribuições de Helene Scott-



Fordsmand, Eivind Engebretsen, Brian Hurwitz e Desmond O'Neill como vozes centrais na reconfiguração do campo.

Palavras chave: humanidades médicas; inversão epistêmica.

Algo de historia personal para no desmerecer al sujeto

El tema de la relación entre la Medicina y las Humanidades ha pasado por distintos períodos. Sus trayectos, a pesar de tener un origen muy cercano en la Grecia antigua, durante mucho tiempo han sido paralelos; se han tocado excepcionalmente. En otras épocas se han superpuesto competitivamente, mostrando en algunos contextos la preponderancia de una sobre la otra, y en otros escenarios a la inversa (Giglio, 2016). Nosotros, que siendo médicos hemos sido docentes del área Humanidades Médicas en una facultad de medicina, hemos tenido la oportunidad de experimentar la extrañeza de movernos en campos diversos. Dicho en lenguaje campero, nos hemos sentido sapos de otro pozo, en dos pozos, hemos habitado las fronteras. En esa ‘tierra de nadie’ hemos aprendido mucho. Hemos acudido a las humanidades como saberes ‘superiores’ en busca de conceptos, argumentos y estrategias que nos permitan ‘humanizar’ una medicina extraviada en lo biomédico, en lo tecnocientífico y en el olvido de lo humano. Fuimos mendicantes de recursos que nos permitieran fortalecer el campo de las Humanidades Médicas. Pretendíamos hallarlo todo en la facultad de filosofía y letras. Allí, lo médico, la relación con el paciente, la bioética, la práctica concreta, no eran asuntos relevantes. Algo encontramos en lo epistemológico, algo en metodología de la investigación, algo de ética de la investigación médica, no mucho más. Todos los otros conocimientos y saberes a los que teníamos acceso debían ser traducidos e interpretados para ser aplicados a nuestro propio ámbito.

Por ese motivo, el hecho de encontrar artículos que redefinieran la relación Medicina – Humanidades, que resignificaran el campo de las Humanidades Médicas, ha tenido un efecto balsámico, una pausa sanadora en nuestra búsqueda. Hemos decidido estudiar y difundir esos nuevos intentos, aprender de los nuevos enfoques, exponernos gustosamente a los nuevos significados. Podríamos decir que ese es el espíritu que nos llevó a intentar elaborar este texto.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las Humanidades Médicas han ido ganando reconocimiento institucional como parte fundamental de la formación y práctica clínica. Sin embargo, su desarrollo ha estado marcado por una tensión epistemológica: ¿aportan realmente conocimiento o solo contribuyen al desarrollo de habilidades blandas? Esta dicotomía ha sido criticada por pensadores como Julia Kristeva, filósofa estructuralista búlgara con influencia en la lingüística y la teoría literaria quien propone una reconfiguración del campo a partir de la bidireccionalidad del saber. Por su parte, en su artículo "Rethinking the Medical in the Medical Humanities", Desmond O'Neill y colaboradores (2016) proponen una reevaluación del papel de la medicina dentro de las humanidades médicas, argumentando que la relación entre ambas disciplinas ha sido predominantemente unidireccional caminando desde las Humanidades hasta las Ciencias Médicas.

Por su claridad expositiva y su potencialidad reflexiva, debemos valorar seriamente el trabajo de Helene Scott-Fordsman (2023) en su artículo: "Reversing the Medical Humanities". En él propone una inversión en el flujo epistemológico tradicional entre las humanidades y la medicina, sugiriendo que no solo las humanidades pueden enriquecer la práctica médica, sino que la medicina también puede ofrecer valiosas perspectivas a las humanidades.

Argumenta que esta inversión puede ayudar a crear puentes de doble vía entre la medicina y las humanidades, administrando las valiosas diferencias y promoviendo una relación bidireccional y equitativa entre ambas disciplinas (Scott-Fordsman, 2023).

Ella no está pidiendo que la medicina sea “humanizada desde fuera”, ni que las humanidades reclamen una autonomía crítica. Lo que busca es un nuevo modo de pensar la relación, en donde las experiencias clínicas, los saberes médicos, las prácticas institucionales y los cuerpos de conocimiento biomédico puedan aportar a repensar cuestiones filosóficas, éticas, políticas y culturales desde dentro de las humanidades. En otras palabras, ella propone que la práctica médica es productora de construcciones socioculturales per se y que pueden contribuir para el enriquecimiento del conocimiento.

Esta aproximación podría reequilibrar el poder epistémico interno, motivando un menor escepticismo externo y otorgando más poder a los conocimientos aportados por las Humanidades Médicas (Scott-Fordsman, 2023).

Las líneas principales que emplearemos están estructuradas en la crítica a la uni direccionalidad del flujo de pensamiento, en la propositividad de la medicina y en la necesidad de valorar docentes y estudiantes en el proceso de reconocimiento de la paridad epistemológica entre Medicina y Humanidades. Más adelante cerraremos con el análisis de la propuesta de reversión del flujo del pensamiento de Scott- Fordsman.

Como ejemplo de la uni direccionalidad del flujo de pensamiento Kristeva (Kristeva, 2018) utiliza la fábula de Higino sobre el Cuidado para diferenciar la salud (como un estado atemporal definitivo perteneciente al bios) del cuidado (como un proceso referido al período de la vida humana perteneciente al ámbito de zoe) y cómo esta dicotomía coloca la biomedicina y el arte del cuidado en dominios ontológicos diferentes (naturaleza y cultura). Las humanidades médicas suelen enfocarse en cómo las artes y humanidades pueden enriquecer la medicina, sin considerar adecuadamente cómo la medicina puede contribuir al ámbito humanístico. Esta línea de pensamiento enfatiza la dicotomía salud/cuidado. La propuesta es que la medicina no sea solo objeto de estudio (como sucede en la historia de la medicina, la antropología médica o la ética médica), sino una interlocutora válida, capaz de proponer y desafiar conceptos, producir categorías nuevas o reorganizar los modos con los que pensamos la vulnerabilidad, el cuerpo, la muerte, la incertidumbre o la atención.

Un segundo aspecto es que la medicina debe ser propositiva. Desde el advenimiento de la medicina basada en la evidencia (MBE) a mediados del siglo pasado, su uso desfigurado llevó a considerar la medicina un campo de las "ciencias duras" y, por lo tanto, no susceptible de la inclusión de elementos subjetivos. Así, no podría ofrecer elementos distintos a los que contribuyen directamente a la cura, dejando de lado factores socioculturales y personales, o sea, el cuidado. Se insiste en reconocer a la medicina y a sus profesionales, incluidos los estudiantes, como participantes activos capaces de aportar significativamente al campo de las humanidades médicas, no solo ser demandantes o receptores de influencias humanísticas.

La medicina es capaz de proponer la reflexión acerca de cuestiones fundamentales para las humanidades, no desde la abstracción, sino desde situaciones concretas y

límites. La medicina no trata cuerpos neutros, sino cuerpos vividos, cuerpos sufrientes, cuerpos en transformación. Invita a repensar la oposición cuerpo/mente, y a redefinir categorías como “lo normal”, “lo patológico”, “dolor”, “cura”, “vida”, “salud”. Por ejemplo, el tiempo clínico de la cronicidad. ¿Qué significa la noción de “futuro” para quien espera un diagnóstico?

La medicina propone repensar un concepto filosófico, antropológico y hermenéutico como el de Identidad: Yendo al terreno de lo concreto, en la enfermedad la identidad se fractura, se vuelve incierta. La medicina hace visibles las limitaciones de la autonomía, verdadero orgullo de la filosofía moderna. Otras palabras cobran valores: responsabilidad, otredad, vulnerabilidad, finitud, dependencia, invalidez, etc.

Así que reconocer y valorar las actividades culturales de los médicos y estudiantes destaca la riqueza del compromiso cultural de los médicos, los docentes y los estudiantes de medicina, señalando que sus intereses y actividades en artes y cultura pueden enriquecer la investigación y la erudición en las humanidades médicas. Invertir no debe ser interpretado solamente como un “dar vuelta”, como una inversión de los polos. Se trata de cuestionar la lógica utilitaria que rige muchas colaboraciones interdisciplinares, y abrir la posibilidad de un verdadero diálogo en el que ambas partes transformen sus modos de pensar a partir del encuentro. Los médicos y los estudiantes seguramente son capaces de generar contenidos humanísticos a partir de su contacto diario con el dolor, el sufrimiento, la inequidad y la muerte. En nuestra práctica docente hemos propuesto coloquios, sesiones de cine debate, cafés literarios, donde la experiencia clínica se entremezcla con lo emocional, lo espiritual, las sensaciones de agobio profesional, las crisis vocacionales. Ello permite que los encuentros médicos sean también “encuentros humanos”, lugares de refugio, sitios expansivos.

Si dejamos de lado la indolencia y la superficialidad, deben existir valoraciones de hondo contenido filosófico para justificar e impulsar la exposición diaria al sufrimiento del otro.

El médico, los enfermeros, el personal de la salud en general, tienen ante sí el rostro sufriente del otro, que, según Levinas (2002), nos plantea una interpelación ética radical. Constituye una revelación que nos convoca y nos obliga. El rostro del otro, especialmente en su vulnerabilidad y sufrimiento, nos desinstala de nuestro egoísmo, nos exige una responsabilidad ineludible: responder por el otro, cuidar del otro incluso

antes de toda elección consciente. La experiencia diaria de hacer esto carne, de incorporarlo a la realidad de cada uno, significa un aporte mayúsculo a la antropología y a la ética en un sentido vibrantemente encarnado, no meramente especulativo.

Esto se logra poniendo a todos los participantes en el proceso en contacto real con los límites existenciales porque la medicina, en cuanto práctica que acompaña la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, pone a quien la ejerce o la vive en contacto directo con las preguntas más radicales, por ejemplo: ¿Qué es una vida vivible? ¿Qué significa “curar”? ¿Es salvar o acompañar? ¿Qué lugar tiene la esperanza cuando ya no hay terapia? ¿Qué queda de la identidad cuando el cuerpo o la mente se deshacen? Preguntas que en los contextos sanitarios se producen diariamente. Una vida que merezca la pena ser vivida es una vida de saludable equidad, por ejemplo. Curar es también cuidar de otro en estado de vulnerabilidad. Hay oportunidades en donde no se pueden resolver los problemas en un 100 %, entonces cabe acompañar, consolar. En las demencias, las personas han dejado de ser lo que eran. ¿Qué ocurre en esos entornos familiares y sociales?

No son solo preguntas clínicas, son preguntas ontológicas, narrativas, filosóficas. Se actualizan, no son especulaciones vacías, sino como vivencias en la angustiante soledad, en el mejor de los casos, en la experiencia compartida.

La medicina puede revelar dimensiones de la existencia que las humanidades han intelectualizado o simplemente han especulado sobre ellas.

Todas estas preguntas ponen de relieve la necesidad de reconocimiento mutuo. Se enfatiza la importancia de un reconocimiento mutuo de fortalezas, debilidades y diferencias metodológicas entre la medicina y las humanidades para el desarrollo exitoso de las humanidades médicas. Los aportes que la Medicina puede hacer a las Humanidades Médicas son muy importantes y significativos. Si bien pretendemos extendernos en otro lugar, digamos, por ahora, que las ciencias médicas y los médicos ‘encarnan’ efectivamente conceptos, verdades y argumentos sobre los que las humanidades se limitan a especular, o a conocer como fenómenos objetivos, fenómenos que se hallan ‘frente a ellas’. Los profesionales de la salud pueden aportar otra perspectiva: “están en ellas”.

Propuestas para el futuro: Sugerimos la inclusión de cursos introductorios sobre aspectos de la atención médica y la medicina para académicos de humanidades,

promoviendo una integración más profunda y bidireccional entre ambas disciplinas. Para dar solo como ejemplo, sería interesante pensar el concepto de tiempo desde la experiencia médica. El tiempo de espera de la atención, el tiempo de interacción médico – paciente, el tiempo en las urgencias, el tiempo en las cuestiones de salud mental, el tiempo en la discapacidad, y para no resultar demasiado extenso, el tiempo en los cuidados paliativos. Les aseguramos que el valor objetivo de una hora es diferente en las decenas de escenarios médicos en donde el ‘tiempo’ cobra una importancia ‘encarnada’. Tu tiempo, mi tiempo, el tiempo de él.

Con este enfoque podemos pensar en diferentes contribuciones epistémicas para inculcar saberes prácticos y formas de juicio. La medicina enseña modos de conocer que complementan el ideal racionalista clásico. El juicio clínico es una forma de razonar no puramente deductiva ni inductiva. Apela a la abducción, a la generación de hipótesis. Implica saber leer signos, interpretar ambigüedades, decidir en contextos de incertidumbre.

Es un saber situado: el conocimiento médico no se agota en lo universal ni en lo meramente técnico; siempre implica lo singular del caso, del contexto, del paciente. El dolor es claramente un fenómeno biológico. El dolor humano es mucho más que eso: es invalidez, pérdida de sentido de la vida, soledad, cuestionamiento de las creencias, urgencias, etc. Nuestros pacientes y nosotros mismos le asignamos un sentido al dolor, modifica conductas, cuestiona nuestros valores. Como dijo Kristeva, “El cuerpo enfermo es un cuerpo hablante. La medicina que no escucha el lenguaje del cuerpo deja escapar su sentido” (Kristeva et al., 2018).

Es radicalmente interdisciplinario: la medicina integra conocimientos de múltiples campos (biología, psicología, sociología, ética...), y funciona como espacio de traducción entre saberes. Naturalmente, este modelo puede resultar enriquecedor de las metodologías humanísticas.

Podríamos sostener que la medicina ofrece a las humanidades formas de pensar la verdad, la evidencia y el juicio que rompen con la disyuntiva entre objetividad científica y relativismo interpretativo.

La práctica médica confronta a diario con decisiones éticas de altísima complejidad. Algunas veces marcadas por la urgencia en la toma de decisiones, otras por la incertidumbre, otras por la valoración de las historias concretas del paciente y

también de los médicos. Pone en práctica una ética del cuidado, en la cual no se trata solo de aplicar principios, sino de sostener vínculos, atender la fragilidad, acompañar en los procesos irreversibles. Problemas trágicos: a menudo no hay “buenas” soluciones, sino elecciones dolorosas entre valores en conflicto: autonomía vs. beneficencia, justicia vs. eficiencia. Una ética de la responsabilidad carente de garantías. Sin certezas, pero con consecuencias profundas. Situaciones que claman por una bioética narrativa, encarnada, menos normativa, más situada, más sensible al otro.

La medicina aporta a las humanidades una ética de lo real (deliberemos acerca del caso X), no solo de lo ideal o especulativo (¿qué ocurriría en el caso que...?). En suma, una fuente de pensamiento axiológico enraizada en la experiencia de los profesionales de la salud concretos. A esto lo llamamos “los valores, una ética encarnada y relacional”.

Por otra parte, autores como Engebretsen; Odsemark (2020) y Hurwitz (2013) también han problematizado las jerarquías de conocimiento, cuestionando la soberanía de la evidencia biomédica y promoviendo un paradigma transdisciplinario. Desde el punto de vista epistemológico cabe analizar el concepto de ‘evidencia’ comparándolo con el más familiar y acertado de ‘prueba’, y cómo ellos se comportan respecto de la verificabilidad, la sistematicidad y la falibilidad como exigencias epistemológicas.

La bidireccionalidad como paradigma transdisciplinario

La bidireccionalidad, refiere a un intercambio en el que tanto la medicina como las humanidades pueden resultar mutuamente transformadas y enriquecidas. Este nuevo modelo promueve una apertura a lo impredecible del encuentro, una "hospitalidad epistemológica" que permita a la medicina interrogarse desde otros lenguajes: el literario, el psicoanalítico, el filosófico. Engebretsen y Ødemark (2020) amplían esta idea proponiendo la coproducción del conocimiento clínico-narrativo, donde el significado no es extraído del paciente como dato, sino construido dialógicamente.

Esta propuesta de bidireccionalidad puede permitir que a) la medicina cuestione sus propios supuestos ontológicos y epistemológicos (como la noción de cuerpo como objeto biológico), y b) las humanidades revisen sus categorías a la luz del saber médico, incluyendo el sufrimiento corporal, la enfermedad, la vulnerabilidad o el cuidado. Según Kristeva, la cultura no es solo un correctivo humanista aplicado a una medicina

empírica, sino que es constitutiva de la experiencia de la enfermedad y el cuidado” (Kristeva et al., 2018).

Este enfoque rompe con la dicotomía sujeto/objeto, tan dominante en la medicina basada en evidencias, y exige formas de escucha, atención y reflexividad poseedoras de un valor epistémico propio. En este sentido, la bidireccionalidad no solo es un principio de colaboración interdisciplinaria, sino también un cuestionamiento radical de las lógicas de jerarquización del conocimiento.

Inversión epistémica: del dato al sentido

En contraste con la unidireccionalidad del flujo propuesta por Kristeva, Scott-Fordsman propone una inversión epistémica que desplaza el centro del conocimiento clínico desde la evidencia hacia el sentido (Scott-Fordsman, 2023). Esto parece natural si se tiene en cuenta que ella es una psicoanalista y teórica del lenguaje; su aporte consiste en sostener que la subjetividad se configura en el lenguaje y que el sufrimiento no puede reducirse a causas biológicas, hay que saber escucharlo en su dimensión simbólica. No significa rechazar los datos biomédicos, sino reconocer que estos solo adquieren relevancia en el marco de una interpretación subjetiva y culturalmente situada.

La expresión "inversión epistémica" implica un cambio profundo en el modo de entender y generar conocimiento. Se cuestiona, o mejor, se relativiza la primacía de la evidencia empírica (como los datos cuantificables y las pruebas objetivas) en la clínica, para dar lugar a una centralidad del sentido. Es decir, del significado subjetivo, simbólico y narrativo que los pacientes y profesionales construyen en torno al sufrimiento y la enfermedad.

En esta línea, Hurwitz (2013) sostiene que el relato del paciente, lejos de ser solo un suplemento narrativo, es una forma autónoma de conocer que permite comprender la enfermedad como vivencia. La inversión epistémica, entonces, busca restaurar la primacía del significado, sin por ello descuidar la científicidad, sino articulándola en función del contexto humano.

Este giro también tiene consecuencias pedagógicas: implica enseñar a los profesionales de la salud a interpretar más que a clasificar, a preguntar antes que a diagnosticar, a tolerar la ambigüedad como parte del saber clínico. O'Neill et al. (2016)

han defendido este modelo como una forma de volver a pensar lo "médico" en las Humanidades Médicas, ubicando la medicina no solo como objeto de crítica, sino como sujeto activo en la transformación de las humanidades.

El lenguaje no es solo un vehículo de información, sino un espacio de producción de sentido, de elaboración simbólica del dolor, del cuerpo, de la muerte. En este marco, el "paciente" deja de ser solo una entidad clínica para convertirse también en un sujeto hablante, cuyas palabras vehiculan conflictos, duelos y deseos.

La clínica se transforma entonces en un espacio de traducción e interpretación, en el que el profesional debe asumir también una función de escucha atenta y analítica. De ese modo se amplía el horizonte de la medicina y de las humanidades, al mostrar que el sufrimiento humano no es patrimonio de ninguna disciplina en solitario. Es en este "entre" donde se configura un espacio de verdadera transdisciplina.

Consecuencias para las humanidades médicas

Las consecuencias de esta visión son profundas. Las Humanidades Médicas dejan de ser una estrategia de mejora comunicativa o de sensibilización, para convertirse en un espacio de producción de conocimiento híbrido. La narración, la interpretación y la reflexión crítica son modos de saber que se articulan con, y no en contra de, la evidencia biomédica. Esto permite pensar la medicina no solo como ciencia, sino también como práctica simbólica (signos, sentido, símbolos) y hermenéutica (interpretativa). Esta afirmación señala un cambio de paradigma en la manera en que se entiende la función de las Humanidades en el ámbito médico.

Tradicionalmente, las Humanidades Médicas se han incorporado a los currículos médicos para: a) Mejorar la comunicación médico-paciente. b) Fomentar la empatía. c) Sensibilizar al personal de salud frente al sufrimiento. Desde nuestra perspectiva, no deben limitarse a ser una herramienta "blanda" al servicio de la clínica, sino que deben entenderse como un ámbito autónomo y riguroso de producción de conocimiento. Es un llamado concreto a una relación dialógica y transformadora, en la que las humanidades no se subordinan a la clínica, sino que interactúan críticamente con ella, interrogando sus conceptos clave —como cuerpo, salud, enfermedad o cuidado— desde una perspectiva biográfica, simbólica y cultural. Las Humanidades Médicas no deben ser solamente un complemento ético-estético, sino un espacio legítimo de producción de

conocimiento capaz de problematizar las prácticas médicas y enriquecerlas desde su complejidad.

Para que esto sea posible, sin embargo, se requiere una reestructuración institucional: programas formativos que incluyan espacios para el trabajo hermenéutico y narrativo, tiempos para la reflexión, modos de atención que no subestimen ni excluyan lo subjetivo.

CONCLUSIÓN

El pensamiento que se desarrolla aquí constituye una base sólida para repensar el campo de las Humanidades Médicas desde una óptica transdisciplinaria, hermenéutica y clínicamente implicada. La bi direccionalidad no es solo un principio colaborativo, sino una forma de justicia epistémica; la inversión del flujo de pensamientos y conocimientos no es un rechazo de la ciencia, sino una propuesta para rehumanizarla desde dentro. Esta clara propuesta se inscribe en los debates contemporáneos sobre la adecuación del conocimiento médico en contextos interdisciplinarios, abiertos a la participación y éticamente conscientes. El cuidado se transforma en un acto de interpretación compartida, y la medicina en una práctica que escucha, produce sentido y crea cultura.

La bi direccionalidad, entendida como la circulación de saberes entre clínicos, pacientes, investigadores y representantes del amplio espectro de las humanidades, va más allá de una mera estrategia de colaboración: se convierte en un imperativo de equidad epistémica. Implica reconocer y valorar la voz de los otros como fuente legítima de conocimiento, especialmente cuando se trata de experiencias encarnadas y circunstanciadas, que han sido históricamente silenciadas, como las del sufrimiento, la discapacidad o la marginalización sanitaria.

La inversión epistémica - concepto en el que hay que seguir trabajando dado su inmenso valor - remite a un cambio de perspectiva donde la subjetividad y la experiencia del paciente no se subordinan a los hechos biomédicos, sino que se convierten en ejes de comprensión clínica. Esta inversión no debe ser entendida como anticientífica o poco científica, sino que aspira a ensanchar el campo de la ciencia desde su interior, recuperando dimensiones simbólicas, narrativas y éticas que la práctica

técnica tiende a relegar. Así, se propone una rehumanización del saber médico, no desde fuera del sistema, sino desde su complejidad interna.

REFERÊNCIAS

ENGEBRETSEN, E.; ODEMARK, J. *Rethinking evidence in the time of pandemics: scientific vs narrative rationality and medical knowledge practices*. London: Cambridge Scholars Publishing, 2020.

GIGLIO, A. D. Medicine and humanism. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, n. 5, p. 387-388, 2016. DOI: 10.1590/1806-9282.62.05.387. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.05.387>. Acesso em: 20 ago. 2025.

HURWITZ, B. Narrative constructs in modern clinical case reporting. *Studies in History and Philosophy of Science*, London, v. 44, n. 3, p. 384-392, 2013. DOI: 10.1016/j.shpsa.2017.03.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28583361/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

KRISTEVA, J. et al. Cultural crossings of care: An appeal to the medical humanities. *Medical Humanities*, Kennebunkport, v. 44, n. 1, p. 55-58, 2018. DOI: 10.1136/medhum-2017-011263. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28935631/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

LEVINAS, E. *Totalidad e infinito*: ensayo sobre la exterioridad. Salamanca: Sígueme, 2002.

O'NEILL, D. et al. Rethinking the medical in the medical humanities. *Medical Humanities*, Kennebunkport, v. 42, n. 2, p. 109-114, 2016. DOI: 10.1136/medhum-2015-010831. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26944516/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

SCOTT-FORDSMAND, H. Reversing the Medical Humanities. *Medical Humanities*, Kennebunkport, v. 49, n. 3, p. 347–360, 2023. DOI: 10.1136/medhum-2019-011745. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32843520/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva
Recebido em 16 de julho de 2025.
Aceito em 23 de setembro de 2025.
Publicado em 02 de janeiro de 2026.

Como referenciar este artigo (ABNT):

RICCI, R. T.; PLAPLER, H. Hacia una medicina con sentido: bidireccionalidad e inversión epistémica en las Humanidades Médicas. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 6, e483, 2026. DOI: . Disponível em: Acesso em: [dia] [mês abreviado]. [ano].