

---

DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /  
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

---

## SABERES INTACTOS, SABERES EN CONTACTO. UNA REVISIÓN FEMINISTA DEL SIGNIFICADO DEL CONTACTO EN LOS DEBATES CONTEMPORÁNEOS SOBRE LAS RELACIONES CLÍNICAS

**Sam Fernández-Garrido**

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada; Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social / MARC (Medical Anthropology Research Center) de la Universitat Rovira i Virgili  
E-mail: samfergar1@gmail.com  
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7878-3074>

Recibido: 3 noviembre 2021; Aceptado: 3 octubre 2022; Publicado: 24 mayo 2023

**Cómo citar este artículo / Citation:** Fernández-Garrido, Sam (2023), "Saberes intactos, saberes en contacto. Una revisión feminista del significado del contacto en los debates contemporáneos sobre las relaciones clínicas", *Asclepio*, 75 (1): e08. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.08>

**RESUMEN:** En la última década, profesionales de la biomedicina han propuesto varios modelos que parecen plantear un papel renovado y esperanzador para las y los pacientes en las relaciones clínicas. Se trata del modelo de paciente inteligente ("smart patient") y de otras propuestas procedentes de corrientes humanizadoras de la medicina. En este artículo analizo críticamente el modelo del "smart patient" como un ensamblaje histórico contemporáneo que refleja una tendencia aparentemente positiva en la biomedicina: la revalorización del "contacto" entre profesionales y pacientes, y el fomento de la participación y educación de estas últimas para estar mejor informadas y digitalizadas. Sin embargo, ¿implica esta puesta en valor del contacto una transformación de los saberes expertos? Tomando como guía esta pregunta, en este artículo analizo los límites de los modelos emergentes, y apporto una relectura basada en la perspectiva del contacto. Para ello contrasto dichos modelos, que mantienen los saberes profesionales epistémicamente intactos, con el enfoque de dos trabajos clásicos de la antropología feminista, publicados hace dos décadas, y que abordan críticamente la llamada "Evidence-Based Obstetrics" (Obstetricia Basada en la Evidencia), poniéndolos en diálogo con lecturas fenomenológicas que trascienden una visión del cuerpo basada en el binomio generizado cuerpo / mente. El objetivo es abordar la clínica como una zona de contacto que hay que entender en contextos (g)locales específicos. Este análisis presenta un valor crítico para el presente pues permite argumentar a favor de encuentros –entre profesionales, pacientes y organizaciones– asentados sobre reequilibrios epistémicos; yendo más allá de modelos de relación que excluyen los conocimientos y experiencias de quienes padecen y con la finalidad de preservar intacto el papel único de los saberes biomédicos.

**Palabras clave:** Contacto; Zona de contacto; Saberes; Relaciones pacientes-profesionales; Obstetricia Basada en la Evidencia; Cuerpo.

### FROM "INTACT KNOWLEDGE" TO "KNOWLEDGE IN CONTACT". A FEMINIST REVIEW OF THE MEANING OF "CONTACT" IN CONTEMPORARY DEBATES ABOUT CLINICAL RELATIONSHIPS

**ABSTRACT:** In the last decade, medical professionals have proposed an apparently renewed and hopeful role for patients in their relationship with professionals, namely the "smart patient" model and other proposals coming from humanizing medical trends. In this article, I critically analyze the "smart patient" model as a contemporary historical assemblage that reflects an apparent trend in biomedicine: the revaluation of "contact", between professionals and patients, and the promotion of patient participation and education to be better informed. However, does this enhancement of contact implies, within the relationship, a transformation of the consideration of biomedical expert knowledge? To answer this question, I analyze the limits of emerging models, and I provide a rereading of the contact perspective. I contrast this perspective with the approach of two classic works of feminist anthropology, published two decades

ago, and which critically address the so-called “Evidence-Based Obstetrics”. I will put these works into dialogue with phenomenological readings that transcend a vision of the body based on the gendered binary body / mind. These dialogues will allow me to delve into the proposal to analyze the clinic as a space for the creation of “contact zones” in specific (g)local contexts. This analysis has a critical value for the present. It will also allow me to argue in favor of encounters –between transdisciplinary professional teams, patients and organizations– that look for an epistemic rebalancing that embraces the experiential knowledge of those who suffer. These encounters I am proposing do not leave medical knowledge intact.

**Keywords:** Contact; Contact zone; Knowledge; Doctor-patient relationships; Evidence-Based Obstetrics; Body.

## INTRODUCCIÓN

La clínica puede leerse como una “zona de contacto”, en el sentido que plantea Mary Loise Pratt (1991), esto es, como un lugar de poder asimétrico donde las y los agentes que interactúan devienen lo que son en un proceso abierto de interacción y mutua influencia. Pensar la clínica como zona de contacto, históricamente situada en contextos de hegemonía del modelo biomédico, nos permite abordar las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes abandonando el binomio conocimiento experto (depositado en profesionales clínicas) / conocimiento lego (depositado en pacientes, familiares, organizaciones, etc.).

En este artículo propongo un recorrido reciente por tres formas de comprensión de las relaciones entre profesionales de la medicina y pacientes que contribuyen a entender el significado variable del “contacto” en la profesión médica. Comienza atendiendo a la figura del “smart patient” (Roizen y Oz, 2006), que circula en la literatura médica anglosajona a partir del año 2006. Trato el “smart patient” como un ensamblaje de relaciones que tiene lugar en el marco de contextos gerencialistas y de privatización de la atención que, con frecuencia, promueven la oferta comercial de la llamada “medicina personalizada”. Como mostraré, este modelo históricamente reciente presenta deficiencias en la calidad de la relación clínica que han tratado de mejorar las corrientes humanizadoras de la medicina.

Aunque el modelo de pacientes inteligentes o las corrientes humanizadoras de la medicina introducen nuevos significados del contacto entre profesionales y quienes presentan los padecimientos, ambos protegen a los “saberes expertos” sobre salud / enfermedad / atención de los efectos del contacto con otros sujetos / epistemes (ya sea con los saberes procedentes de la propia experiencia del padecimiento, como de los que proceden de devenir sujetos políticos en torno a cuestiones corporales). Ambos modelos de relación pacientes-profesionales médicas tratan de atender al sufrimiento sin dejarse “tocar” en los aspectos expertos del conocimiento médico y la práctica clínica, lo que me

permite conceptualizar estas propuestas como defensoras de “saberes intactos” (Fernández-Garrido, 2021).

Plantearé una tercera modalidad de comprensión de la relación clínica que contribuye a valorar otras versiones del significado del contacto que reconfiguran los saberes expertos, tanto desde su vertiente fenomenológica como simbólica. Para mostrar esta modalidad, recupero y expando el alcance interpretativo de dos aportaciones clásicas de la antropología feminista sobre la profesión de las matronas, como son los trabajos de Claire L. Wendland (2007) y de Robbie Davis-Floyd y Elizabeth Davis (1996), en el contexto estadounidense de los años 80 del siglo XX.

## DEL “SMART PATIENT” A LA MANO QUE TOCA. EL SABER EXPERTO COMO TERRENO INTACTO

En el año 2017, Chen *et al.* llevaron a cabo un meta-análisis basado en una revisión de publicaciones sobre la figura del denominado “smart patient” (paciente inteligente), un concepto que comienza a utilizarse en la literatura anglosajona a partir del año 2006 y cuyo origen se sitúa en la obra de Roizen y Oz (2006). El objetivo de Chen *et al.* es desvelar, en los estudios analizados, las claves que definen cómo llegar a ser paciente inteligente en la era de una medicina de precisión, que combina la tecnología genética, molecular y biológica con el conocimiento del entorno del paciente, su estilo de vida y los datos clínicos, para diagnosticar la enfermedad y desarrollar un modelo de prevención o tratamiento personalizado (Chen *et al.*, 2017, p. 6). Como resultado de su metanálisis, Chen *et al.* definen al “smart patient” como sigue:

To sum up, a smart patient is someone who can take an active role in his or her own health management: with the provided reliable health information to make evidence-informed choice, utilize diversified smart technologies to perform self-monitoring, self-care, and equal involvement in clinical decision-making, to get best and most appropriate treatment (Chen *et al.*, 2017, p. 3).

Según este modelo, las y los pacientes hacen elecciones basadas en la mejor evidencia científica usando tecnologías inteligentes. Al menos en apariencia, a las y los pacientes inteligentes se les adjudica un rol activo ya que su participación es necesaria para poder hacer de los datos, información y del conocimiento, sabiduría (véase Fig. 1). ¿Pero qué significa sabiduría y participación en el modelo del “smart patient”?

El modelo de pacientes inteligentes implica una concepción de la relación clínica que optimiza la división jerárquica conocimiento experto / conocimiento lego en un contexto global de auge de la llamada Medicina “4 P” (predictiva, preventiva, personalizada y participativa). Se trata de un modelo jerárquico y progresivo que, sin atender al contexto cultural más amplio, va desde la adquisición de los datos biológicos a la construcción

de una idea de sabiduría sobre el padecimiento donde las informaciones se van sumando para lograr que los datos tengan un carácter aplicado –una cuestión para la cual las y los profesionales necesitan la colaboración del paciente–. En la creación de pacientes inteligentes, la educación es un factor clave que se lleva a cabo de arriba a abajo. Así, las y los pacientes adquieren los conocimientos del paradigma biomédico para desarrollar ciertas habilidades de autocontrol, una conciencia preventiva, una atención a las exposiciones ambientales o a llevar a cabo estilos de vida, regímenes y ejercicios regulares para prevenir o mejorar la evolución de una determinada enfermedad (Chen *et al.*, 2017, p. 10). La sabiduría sobre el padecimiento llega cuando las y los pacientes asimilan los saberes del modelo biomédico y las tecnologías acompañantes para convertirse en (auto)gestores no-expertos de la salud. El modelo

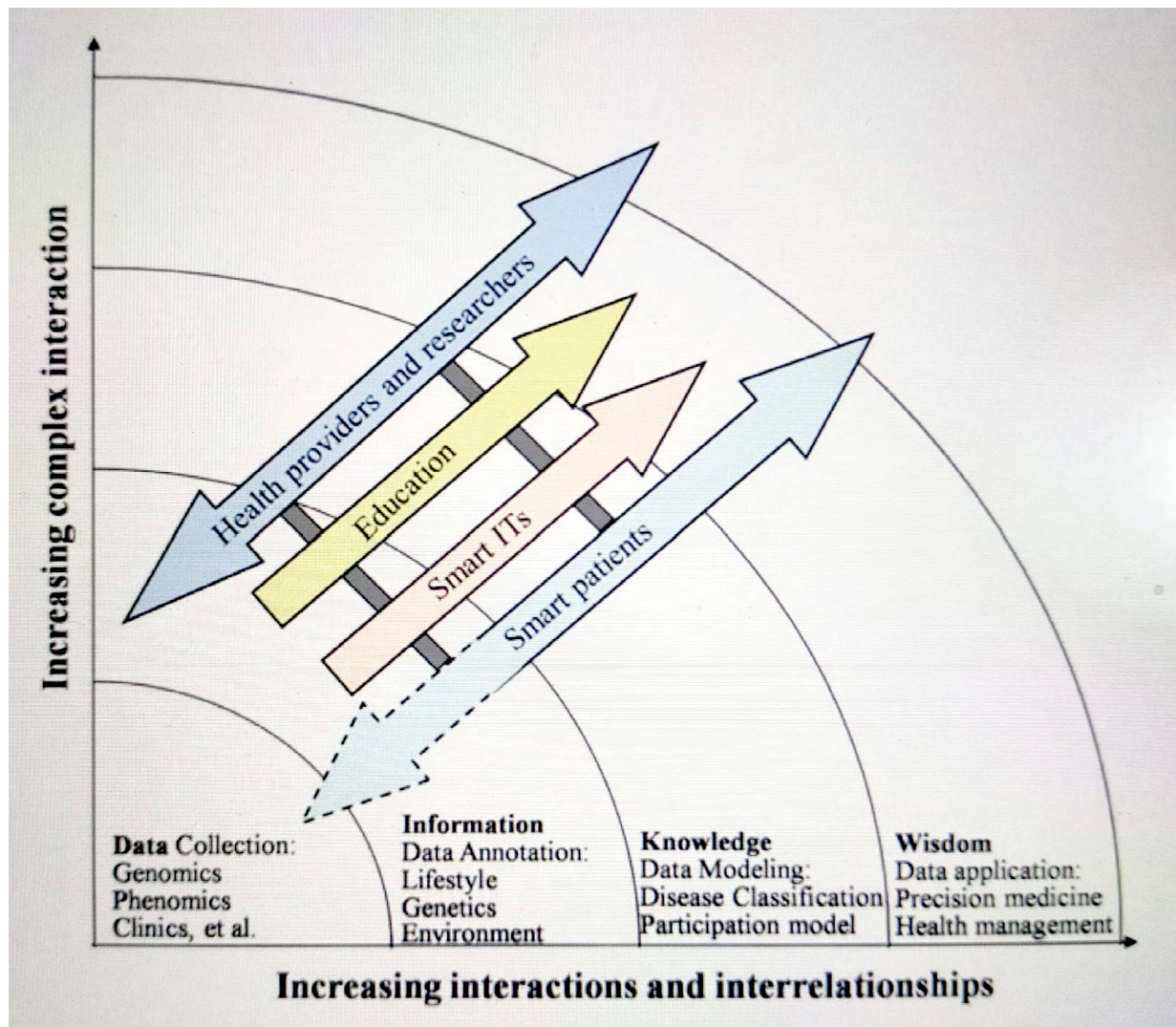


Figura 1. Características del modelo del Smart Patient. Reproducido de Chen *et al.* (2017, p. 4).

conlleva una metáfora de la enfermedad como batalla en la que quien enferma formaría parte de un ejército. Así, convertirse en paciente inteligente es llegar a ser capitán o manager de la propia salud, al tiempo que “compañeras o compañeros” e incluso “supervisoras o supervisores” del comportamiento médico contra el enemigo común de la enfermedad (Chen *et al.*, 2017, p. 12). Todo el modelo se organiza dentro de un único territorio: el campo del conocimiento de la enfermedad desde la perspectiva (bio)médica.

El modelo de pacientes inteligentes parece emerger en contextos de privatización de la atención y mercantilización de la salud que, entre otras cuestiones, promueven la oferta comercial de la “medicina personalizada” a la que se refieren Chen *et al.* (2007). A través de este modelo, cristaliza una lógica más amplia que combina al menos cuatro características: el privilegio epistémico del saber experto, la puesta en valor de la participación de pacientes en términos que no transformen o cuestionen el saber experto (conocimiento solo aditivo), la asimilación de las lógicas de las aplicaciones informáticas y otras tecnologías de gestión de la salud por quienes padecen (e-paciente) y la individualización / responsabilización de la enfermedad y su cuidado (individuos gestores de su enfermedad). Podemos decir que esta lógica ha permeado las investigaciones que abordan el conocimiento de las y los pacientes sobre un determinado padecimiento con la finalidad de mejorar el grado de adherencia a los tratamientos o incluso el impacto de la relación médico-paciente en la enfermedad<sup>1</sup>. Así pues, desde una historia de los saberes, la figura de “paciente inteligente” se parece más a un nuevo ensamblaje de la relación médica-paciente en contextos de liberalización de la atención sanitaria (ideológica y/o material) que a una novedosa figura histórica que logre plasmar el protagonismo de quien padece en el saber.

Hallamos la misma lógica sobre la participación y los saberes de sus pacientes en ciertas corrientes humanizadoras actuales que, al advertir sobre las consecuencias de la tecnificación de la relación, enfatizan la recuperación del papel de los afectos en la clínica sin trascender la división jerárquica saberes expertos / saberes legos. Por ejemplo, Javier Laso Guzmán (2017, p. 560), miembro del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Hospitalario de Salamanca, reflexiona sobre los efectos de la “era tecnológica” en la relación médica-paciente planteando algo clave: si tanto pacientes como profesionales se encuentran en mejor situación ahora que hace 50 años, ¿por qué la relación médica-paciente está deteriorándose? Laso expone tres razones: la pérdida de los lazos afectivos en el interior de esa relación, el detrimento del papel de la semiolo-

gía (la interpretación de signos y síntomas a partir de la práctica del examen y la escucha) y el desequilibrio entre el factor humano y el factor tecnológico, que hace que sea más fácil pedir pruebas complementarias que escuchar. Para Laso, la “colonización tecnológica” –tal y como el autor la denomina– ha promovido esa idea de “ir a mirar directamente al interior” que convierte a las y los pacientes en “objetos transparentes” y a la relación clínica en una de “aparato-objeto”. Critica que el papel de profesionales médicas se limite a obtener una imagen corporal interna, en busca del descubrimiento de su intimidad normal o patológica, mientras mantienen en un segundo plano las narrativas del padecer, atrofiando sus habilidades de interrogación, exploración y emisión del juicio clínico razonado.

El uso del término “colonización” en la autocrítica de la profesión que realiza Laso Guzmán nos proporciona un marco para pensar el alcance limitado de su análisis. El giro poscolonial en la historia de la medicina ha conllevado replantear la pregunta de *qué cuenta como conocimiento*, apostando por visibilizar el carácter local –y no universal– de los saberes autorizados sin reforzar el binomio centro / periferia –un binomio que no alcanza a dar cuenta de los procesos de transculturación entre saberes autorizados y no autorizados– (Medina, 2005, p. 82). Este giro también ha mostrado la diferencia entre abandonar el territorio y transformar la relación colonial que establecemos con las otras colonizadas (véase, por ejemplo, Mignolo, 2010)<sup>2</sup>. En la nueva relación con el cuerpo que se atisba en el pensamiento y la práctica humanizadora de Laso Guzmán, la descolonización afecta solo al primer paso: podríamos decir que en su propuesta hay un cierto repliegue en el uso de las tecnologías de nueva adquisición, limitando el alcance de su aplicación, sin afectar la lógica jerárquica del saber que atraviesa la relación médica-paciente<sup>3</sup>. Lo que cuenta como conocimiento solo se transforma parcialmente. Es por ello que las dos tareas pendientes que Laso Guzmán identifica para mejorar la relación clínica nos recuerdan la lógica de Chen *et al.*, sobre “pacientes inteligentes”: una tarea de “alfabetización en salud”, que promueva esa figura capaz de procesar la información sanitaria, y una labor docente que entrene al alumnado de medicina en “un verdadero espíritu detectivesco”, asimilando la enfermedad a un delincuente y la atención clínica a la resolución de un caso policial:

... no en vano un caso clínico, además de la denominación, tiene analogías con un caso policial: el “delincuente” (la enfermedad) deja sus pistas (síntomas y signos) en la “víctima” (el enfermo), y el “detective” (el profesor o el alumno) debe abordar el caso usando todos sus sentidos (incluido el del gusto en otras épocas.), sin ideas

preconcebidas, dudando de todo, prestando atención a los detalles (cualquier pista puede ser clave para la resolución del problema), y solicitar pruebas complementarias (las “pruebas periciales”) de forma razonada. Y cuando la orientación inicial no sea concluyente, realizará un nuevo interrogatorio; en mi opinión, una anamnesis posiblemente nunca debería darse por finalizada (Laso Guzmán, 2017, p. 560).

A diferencia del trabajo de Chen *et al.*, la narrativa de Laso Guzmán indica el valor de los sentidos en la práctica clínica y, en apariencia, plantea una tímida valoración del contacto con el saber que aporta quien padece. Sin embargo, en la narrativa detectivesca que propone para la lógica deductiva de estudiantes, parece seguir el modelo de la serie *Dr. House*, y el contacto entre el cuerpo médico y el cuerpo de pacientes aparece asimilado a la relación que se establece entre un policía y la víctima a la que atiende. Lisa Sanders, médica estadounidense y asesora de la serie *Dr. House*, relaciona la figura televisiva del célebre médico con la de Sherlock Holmes y explora el papel del diagnóstico en la evolución de los “medical drama”, donde pasa de ser una cuestión periférica, en las primeras series, a epicentro de historias detectivescas que condensan todos los elementos de un caso policial (Sanders, 2016, p. 15). En esta lógica, el cuerpo de las y los pacientes es el sustrato sobre el que se inscriben las pistas que dejó la enfermedad a su paso: es el objeto (pasivo) de inspección. En el humanismo clínico inspirado en la lógica detectivesca que defiende Laso Guzmán, el papel de la técnica es menor (las pruebas periciales han de ser solicitadas “racionalmente”), pero el contacto profesional-pacientes es jerárquico y unidireccional y solo condición necesaria para seguir las pistas que facilitan la tarea deductiva médica, al margen del conocimiento de quien padece sobre su mal.

Aunque Laso Guzmán plantea cuestiones útiles al denunciar los efectos de la tecnologización, su propuesta sigue bastante alejada de los planteamientos de transculturación que, siguiendo a Mary Louise Pratt, propongo en este artículo para comprender las formas de hibridación o transculturación de los saberes en el contacto entre quienes padecen y quienes atienden. Esta visión del contacto ha permeado también la retórica actual del empoderamiento y la “atención centrada en el paciente”. Paloma Garcimartín, María-Eulalia Juvé-Udina y Pilar Delgado-Hito (2016) han realizado una revisión del uso del concepto de empoderamiento en la literatura presente en las bases de datos MEDLINE y CINAHL<sup>4</sup>, resaltando la tendencia hacia enfoques que buscan incrementar la “capacidad de control” y de “autogestión” de la enfermedad. El empoderamiento tiende a verse como una capacidad individual antes que comunitaria, donde las capacidades

de la paciente son mejoradas mediante la “alfabetización” médica y el uso de estrategias motivacionales (Garcimartín, Juvé-Udina y Delgado-Hito, 2016, p. 672). Así como el proceso de empoderamiento requiere capacidades previas, la “aceptación de la enfermedad” es otra de las condiciones para que el proceso pueda darse (Garcimartín, Juvé-Udina y Delgado-Hito, 2016, p. 671). Pero, de nuevo, las retóricas hegemónicas del empoderamiento en salud mantienen intacto el modelo experto, de modo que la noción misma de enfermedad queda fuera del terreno que el contacto entre saberes podría transformar. Esta misma lógica permea la legislación y la retórica de la “Carta de derechos y deberes del paciente” en el contexto español (2005), donde las y los pacientes son representados como receptores de la información clínica.

Otro ángulo diferente desde el que ha sido puesto en valor el contacto por profesionales procede de acercamientos que investigan el papel que puede tener en la curación. Zofia Wańkowicz (2013) ha analizado la introducción histórica de la diálisis en pacientes renales crónicas. A pesar de los significativos progresos, estudios recientes muestran que los avances tecnológicos no se han traducido en reducir la mortalidad o la morbilidad de pacientes crónicas que requieren diálisis, por lo que la autora concluye que dichos avances no pueden substituir la experiencia clínica ni el cuidado profesional personalizado (Wańkowicz, 2013, p. 985-991). Wańkowicz, que escribe tras décadas de experiencia como nefróloga en Polonia, se hace eco de otros estudios que confirman que la morbilidad en pacientes dializados disminuye cuando quienes los atienden incrementan el contacto con pacientes y su duración.

En trabajos como el de Wańkowicz, orientados a valorar la eficacia terapéutica del contacto en términos más holísticos, el significado del contacto se plantea desde la importancia del vínculo relacional pacientes-profesionales para el curso de la enfermedad, requiriendo la presencia física y conjunta de ambos para desplegar un espacio intermedio. Wańkowicz demuestra el valor positivo de esta relación para disminuir las complicaciones de una enfermedad crónica renal, por lo que la enfermedad aparece así vulnerable a la constelación afectiva en la que se desarrolla. Para la discusión sobre el significado del contacto en la clínica que propongo, es importante resaltar que, en estos enfoques, reconocer el valor del contacto en la relación pacientes-profesionales, no siempre implica reconocer y autorizar el saber de las y los pacientes, como argumento en este artículo. De hecho, como veremos a continuación, el contacto se pone en valor precisamente para reforzar aún más el binomio conocimiento experto / conocimiento lego, enfatizando así el “poder” del “tacto” médico.

Es el caso de quienes plantean el contacto en un sentido material y físico, y cuyo valor es interpretado en clave de humanización de la práctica médica. En “El toque de un doctor”<sup>5</sup>, Abraham Verghese (2011), médico etíope que desarrolla parte de su carrera profesional en EE. UU., rescata la auscultación como técnica que permite mirar el interior del cuerpo a partir del contacto que las y los profesionales establecen con el cuerpo de pacientes mediante sus sentidos. Para él, cuando las y los médicos omiten el examen físico –ya sea mediante la auscultación o la escucha–, no solo pierden información sobre aspectos relevantes sino también un ritual “transformador, trascendente y que es el núcleo de la relación médico-paciente”; un rito en el que el desnudo del paciente sella la relación entre ambos. En este ritual, Verghese apela “al poder de la mano humana que toca, consuela, diagnostica y realiza el tratamiento” como la mayor innovación en medicina. Escuchando a Verghese, desde la lógica de Pratt, podemos decir que esta lectura del papel del contacto sigue sin incluir el saber del paciente sobre su enfermedad. Parece más bien confirmar la función accesoria del cuerpo de las personas que padecen para obtener conocimiento médico o para poder aplicarlo. Verghese plantea un enfoque humanístico que profundiza en la fenomenología del contacto –más allá de enfoques como el de Laso Guzmán (2017)– pero, aunque su práctica puede producir alivio y mejorar la calidad humana de la relación, vuelve a dejar “intacto” el lugar privilegiado del saber experto.

Hasta el momento he expuesto dos versiones sobre la manera de concebir el contacto en la cultura médica, basadas en el mantenimiento intacto del binomio experto / lego (“paciente inteligente”, y las versiones humanizadoras), que coinciden en jerarquizar el conocimiento, subalternizando el saber no experto. En la siguiente sección analizaré el modelo de la Evidence-Based Obstetrics (Obstetricia Basada en la Evidencia, en adelante OBE) que forma parte de la cultura médica de los últimos años, maximiza las explicaciones internalistas de la ciencia (si la ciencia cambia es porque evoluciona a través de su propio método) y minimiza el valor del contacto con pacientes, acompañantes, activistas y organizaciones a la hora de explicar los cambios que se producen en la clínica. Abordaré el papel de la OBE, sus consecuencias en el mantenimiento de saberes intactos, así como sus fracturas.

### DE LA MBE AL CONTACTO. APRENDIZAJES DESDE LOS SABERES DE LAS MATRONAS

En este apartado me interesa profundizar en la relación que hay entre la consolidación de la OBE como modelo hegemónico y las tensiones que se producen en torno al contacto: ¿cómo limitan las y los profesio-

nales el impacto que tiene el contacto con pacientes y organizaciones en sus saberes expertos y su práctica clínica diaria a través de la retórica de la OBE? ¿Cómo se distancian de este modelo cuando las y los profesionales desarrollan saberes más transculturales? Para responder a estas preguntas me basaré en la trayectoria histórica reciente de la llamada OBE.

En el contexto español, la etnografía de la antropóloga Maribel Blázquez (2009), desarrollada en servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid en la primera década del siglo XXI, nos ayuda a comprender las ambivalencias de las visiones humanizadoras de la atención en salud: valorar los saberes de las mujeres y, simultáneamente, conservar intacto el saber experto de la biología. Si bien los significados de los enfoques “humanos” del parto varían en función de agentes sociales que aluden a la humanización, Blázquez (2009, p. 250) halla enfoques que, aun poniendo en valor los saberes de las mujeres sobre sus cuerpos durante el embarazo / parto / puerperio, continúan anclando la maternidad y el trabajo de cuidados a la biología de las mujeres, al considerarlos como “saberes instintivos”<sup>6</sup>. El trabajo de Blázquez contribuye, en nuestra discusión, a entender la clínica como parte de la organización social de los cuidados, así como a plantear la ambivalencia característica de los procesos de transculturación de la cultura médica. Ambivalencia porque los saberes de las mujeres son revalorizados, pero, al mismo tiempo, su carácter de conocimiento adquirido aparece invisibilizado y considerado como “instintivo”, es decir, como producto de la biología más que de un conjunto de capacidades sociales y vinculares desarrolladas por las propias mujeres en el transcurso de sus vidas. Los trabajos clásicos de las décadas entre el siglo XX y XXI, que revisaremos a continuación (Wendland, 2007; Davis-Floyd y Davis, 1996), originados en el contexto estadounidense, servirán para rastrear las tensiones en torno al contacto entre diferentes profesionales y la transformación de la OBE en la interacción con el auge de los movimientos y las demandas feministas históricas en el terreno público.

### WENDLAND (2007)

En el año 2007, la antropóloga Claire L. Wendland analizó tres estudios relevantes, en el campo de la OBE. Se trataba de los estudios que generaron la evidencia que apoyaban el uso de cesáreas respecto a los partos vaginales: los de McMahon *et al.* (1996, estudio longitudinal sobre mujeres embarazadas en Canadá), Mary E. Hannah (2000, estudio randomizado conocido como Term Breech Trial sobre morbilidad y mortalidad perinatal) y Mona Lydon-Rochelle *et al.* (2001, estudio sobre las complicaciones de los segundos nacimientos tras un



parto primero por cesárea a partir de la base de datos del Hospital de Washington). Wendland (2007) señala que las y los profesionales justifican el incremento de cesáreas y la disminución de partos vaginales a partir de la práctica de la OBE, es decir a la elección de las mejores prácticas procedentes de identificar y evaluar los estudios disponibles y trasladarlos a las decisiones clínicas. Hipotéticamente, estos estudios habrían contribuido a explicar cómo a mediados de los noventa se produjo un rápido incremento de cesáreas y una disminución acelerada de partos vaginales. Sin embargo, el análisis de la autora trae a colación elementos eclipsados por la narrativa de la evidencia (OBE) que es interesante recuperar para comprender la formación de los saberes en contacto.

Wendland (2007, p. 224) habla de la creencia casi religiosa en la tecnología hasta el punto de no requerir justificación. Al analizar la construcción de la evidencia, destaca las “omisiones” que aparecen en los tres estudios a la hora de definir qué cuenta como importante en los nacimientos. La construcción de la persona recién nacida como un ente psicológicamente separado de la madre es un punto de partida común que omite la falta de diferenciación en la primera etapa del desarrollo (Wendland, 2007, p. 222). Esta concepción, tal y como aparece en la literatura médica, evita pensar la separación entre la criatura y la madre como un perjuicio. Una segunda omisión consiste en la elección de basar el análisis en indicadores a corto plazo. En un primer estudio, Hanna *et al.* (2000) apoyaron la calificación de los partos vaginales como peligrosos, mientras que en un estudio posterior con indicadores a largo plazo no hallaron diferencias en la morbilidad y en la mortalidad de neonatos. Sin embargo, este segundo estudio fue publicado en revistas de menor prestigio, tuvo un impacto científico menor y la autora no se retractó de las recomendaciones del estudio anterior (Wendland, 2007, p. 223). Las omisiones sobre qué teorías del nacimiento y del sujeto manejan las y los autores y qué métodos de estudio escogen, son factores detrás de la construcción de la imagen del hospital como el único sitio seguro para el nacimiento. Esta imagen del parto seguro en el hospital se afianza a comienzos del siglo XX y forma parte también de una estrategia de consolidación del dominio profesional de las y los obstetras sobre las parteras y sobre las propias madres (Wendland, 2007, p. 225).

Si las y los profesionales reconocieran que para valorar los beneficios y perjuicios de las cesáreas y los partos vaginales puede ser necesario posicionarse respecto a las teorías del sujeto y del desarrollo que manejamos, quizá se fomentaría la participación de otras y otros profesionales que profundizaran en esta reflexión. Aunque

Wendland no lo analiza, la fenomenología es un buen marco para entender estas omisiones como actos que no son ni conscientes ni plenamente inconscientes. Siguiendo a la teórica Sarah Ahmed (2019 [2006]), podemos leer la omisión como una orientación hacia unos objetos y no hacia otros que se relaciona con la forma en que las decisiones previas nos orientan hacia un campo de objetos y nos desorientan de campos epistémicos diferentes. Leer a Wendland a la luz de Ahmed nos lleva a pensar las omisiones como actos de orientación que interponen obstáculos a la transdisciplinariedad, ya que están impidiendo una conversación profesional abierta a los diferentes saberes / agentes que otro tipo de orientación podría movilizar.

El segundo aspecto relevante para mi argumentación en este artículo sobre el contacto de saberes en la relación entre pacientes y profesionales, es la relación con el dolor y la tragedia que acompaña a las retóricas tecnocráticas de las narrativas occidentales sobre el nacimiento. La autora se pregunta por qué el único daño de las cesáreas es el no intencional (aquel que las y los cirujanos hacen sin querer hacerlo) y no el “daño intencional” (por ejemplo, los cortes derivados de la cesárea en sí). Desde la perspectiva clínica se produce una categorización de los daños en “menores” y “mayores” que no se corresponden con la visión de las mujeres –daños clínicos menores pueden implicar recuperaciones complejas en sus vidas y viceversa–. Qué es aquello que daña o qué / a quién se puede dañar, aparece en discusión en el texto de Wendland de un modo que no se discute en los textos analizados por la autora que han contribuido a construir el campo de la OBE.

La tecnificación del parto ha producido menos incertidumbre y dolor, pero también una retórica del peligro que convierte a la tecnología en un espacio seguro para el feto y para el conocimiento del feto, mientras la madre emerge como cuerpo transparente e invisible pero, a la vez, caja negra en tanto que paciente. Este proceso de tecnificación y minimización del riesgo va ligado a una representación de las y los profesionales en tanto *cyborgs*: “Her eyes extended by ultrasound, her hands by scalpel and laparoscope, her brain linked to databases of the latest clinical research, the cyborg obstetrician seems to guarantee the perfectly predictable product—baby” (Wendland, 2007, p. 225).

Wendland se hace eco del modo en que el riesgo es usado en la literatura médica y, en particular, en el estudio de Hanna *et al.* (2000), quienes representan a las y los obstetras que apoyan el parto vaginal de nalgas como “[professionals who] have never personally assisted at a difficult vaginal breech birth resulting in

a stillbirth or a neurologically depressed or damaged infant” (en Wendland, 2007, p. 224). Su análisis sugiere que la retórica de la tragedia está produciendo una síntesis particular entre el peligro y el lenguaje experto. Podemos expandir esta lectura bajo la lógica de los afectos, planteando el lenguaje del riesgo como una “práctica de emocionalización” con efectos epistémicos, tal y como hallamos en nuestro estudio sobre la clínica intersexual española (Fernández-Garrido y Medina Doménech, 2020). La fuerza emocional de la lógica del riesgo a la hora de establecer decisiones clínicas limita el contacto de saberes (quién puede hablar) y la posible transdisciplinariedad (qué agentes son epistémicamente relevantes) en los equipos clínicos.

El estudio de Wendland (2007) nos ayuda a recomponer los nexos entre los cambios en las prácticas clínicas dirigidas a mujeres y el curso de las reivindicaciones políticas del movimiento feminista. Precisamente la autora expone la historia de las cesáreas en EE. UU. haciendo referencia a que las y los feministas y defensores del consumidor fueron quienes alarmaron sobre el rápido incremento de las cesáreas a mediados de los setenta, denunciándolas como una práctica que se llevaba a cabo por ser más lucrativa y conveniente para la comunidad médica que para las mujeres (Wendland, 2007, p. 220). La retórica de la OBE se construye en un momento de contacto con el movimiento feminista y de defensa del paciente que se hace notar como sujeto político. Esta relación también ha sido referida en contextos como el español, donde el movimiento feminista tuvo un impacto crucial en la incorporación de la perspectiva de género en salud a través de los antiguos centros de planificación familiar (Blázquez, 2009, p. 70), al tiempo que también implicó el refuerzo en la incorporación de relaciones subordinantes de género (Blázquez, 2009, p. 118). La ambivalencia es una característica de las zonas de contacto.

### DAVIS-FLOYD Y DAVIS (1996)

Robbie Davis-Floyd y Elizabeth Davis (1996), también desde la antropología, plantearon en los noventa la obstetricia occidental como parte de la historia de las tecnologías de separación. Su estudio nos proporciona claves para entender la limitación del contacto con pacientes y organizaciones, producida por la creencia en que la clínica cambia sistemáticamente en función de evidencias aportadas por la tecnología de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Las y los autores vinculan el modelo tecnocrático del parto con la visión de un cuerpo materno como máquina imperfecta para parir, separado de un feto o cuerpo flotante “analogous to man in space” cuyo alumbramiento se da mediante

un proceso mecánico divisible en segmentos o etapas controlables (Davis-Floyd y Davis, 1996, pp. 237-238). En este contexto tecnocrático de construcción del parto, Davis-Floyd y Davis se hacen eco del escaso impacto en la comunidad científica de estudios que apuntan que los partos asistidos en casa son igual o más seguros que los asistidos en el hospital. En su estudio, evidencian dos aspectos relevantes para nuestro interés sobre los saberes en contacto en la relación profesionales-pacientes: la construcción médica del cuerpo imperfecto y la tensión de saberes a la que se enfrentan las matronas. Esta tensión se produce al combinar la presión cultural para asistir los partos ciñéndose a los estándares médicos y el uso que hacen de los paradigmas de atención más holísticos, que ellas tienden a manejar (Davis-Floyd y Davis, 1996, p. 239). Estos paradigmas incluyen el uso de la intuición:

Assisting women at birth – that’s all it is, is intuition. I listen to the baby’s heartbeat, because, you know, I listen to the baby’s heartbeat, but I don’t really care about it, because I have this inner knowing that everything is fine. [...] If I detect a problem with the baby’s heartbeat, there have already been signs that I’m suspecting there may be a problem. The heartbeat almost never tells me anything, except it looks nice on a piece of paper to document it. I do that for the lawyers (Entrevista a la partera Jeannette Breen, en Davis-Floyd y Davis, 1996, p. 248)

Las parteras entrevistadas parecen resolver esta tensión mediante la invención creativa de “sistemas de acomodación mutua”, en los que hibridan su formación médica experta con el conocimiento intuitivo profesionalmente no reconocido (Davis-Floyd y Davis, 1996, p. 242). Para estas parteras, la conexión y la confianza serían los pilares del acompañamiento en el parto y forman parte de sus saberes no reconocidos, aunque, a la vez, los protocolos clínicos representan su lazo de pertenencia a la comunidad profesional.

La conexión y la confianza conforman el modo específico bajo el cual las parteras se orientan hacia sus pacientes para prestarles atención clínica, un asunto que puede ser útil leer como “modos somáticos de atención”. Así, la visión de Davis Floyd y Davis proporciona claves para un estudio del contacto. “Modos somáticos de atención” es el término propuesto por Thomas Csordas (2010 [1993]) para hablar de que la manera en que nos volvemos hacia un objeto o hacia una o un otro implica un compromiso sensorial, de modo que no podemos entender el acto de prestar atención desde las lecturas cognitivistas que lo aislarían en una mente descorporeizada (en Csordas, 2010 [1993], p. 87). Los modos somáticos de atención son las formas culturalmente



establecidas a través de las cuales atendemos a otros cuerpos con y desde nuestros propios cuerpos en la danza intersubjetiva en la que emergemos como sujetos en interacción. Csordas (2010 [1993], p. 89) aplica los modos de atención al estudio de las prácticas de sanadores que aprenden sobre los problemas y estados emocionales de sus pacientes a través de sus experiencias corporales paralelas. Davis-Floyd y Davis aluden a un fenómeno similar cuando describen la conexión para las parteras con las mujeres que acompañan. Para ellas, es una unión física, intelectual, emocional y psíquica, que fluirá mejor o peor dependiendo del grado de conexión que ellas pueden mantener con el fluir de sus propios pensamientos y sentimientos, lo que les permite estar abiertas a la mujer que acompañan y al nacimiento (Davis-Floyd y Davis, 1996, pp. 246-247). La intuición es intrínsecamente física y es un conocimiento interno que ellas afirman no saber de dónde viene, que ubican a veces en el corazón, otras en las células o en el estómago; que surge del terreno espiritual y de lo más hondo del cuerpo. Justamente, la tarea difícil en el parto es escuchar esta voz inmóvil, pequeña y culturalmente devaluada, además –o a pesar– de la voz racional que identifican como “voz agresiva” (Davis-Floyd y Davis, 1996, p. 258). Los modos somáticos de atención son, sin duda, una clave importante para entender la práctica clínica como una acción somática, conformada por voces generizadas y dualizadas, que desborda el binomio mente / cuerpo; un dualismo paralelo al binomio médica-paciente.

El valor clínico que surge de estos modos somáticos de atención no desaparece por el hecho de que originen saberes no autorizados, sino que da lugar a negociaciones con los estándares de atención tal y como se refleja en el estudio de Davis-Floyd y Davis (1996). Las parteras se apropian de los parámetros tecno-médicos sobre el parto y sopesan los riesgos legales de alejarse de los protocolos clínicos; pero, a la vez, defienden, en el proceso del parto, el respeto a los ritmos individuales de cada persona. El caso de la partera Judy, presentado por las y los autores, ilustra perfectamente esta situación. En un acompañamiento al parto, Judy detecta la existencia de meconio espeso en el líquido amniótico, lo que, según los protocolos médicos, implica transportar a la persona inmediatamente al hospital debido al riesgo de aspiración de meconio por parte del feto. Aunque ella interpreta que el riesgo de aspiración suele ser mayor en el hospital que en casa (debido a las diferencias en el momento en que suelen cortar el cordón umbilical) propone a la mujer ir al hospital, pero decide no transmitirle la urgencia que deriva de los protocolos, permitiendo que pueda tomarse su tiempo para el traslado. Davis-Floyd y Davis llaman a esta atención “danza de toma de decisiones” que es producto de la flexibilización de los protocolos

al reinterpretarlos conforme a su saber y experiencia, teniendo en cuenta el contacto con los tiempos de las pacientes en su proceso de decidir (Davis-Floyd y Davis, 1996, p. 257). Esa danza implica un modo de atención corporal interactivo durante el parto –es decir, que deciden viendo atentamente a la otra y a sí mismas–. Esta danza podría considerarse, desde la óptica de este artículo, un saber en contacto que las matronas consideran que deben desplegar con prudencia, sobre todo si desafía los saberes médicos expertos que definen los parámetros normales del parto (número de horas, ritmo de dilatación, ritmo cardíaco del bebé, etc.). El estudio de Davis-Floyd y Davis aporta una nueva visión sobre el valor del contacto en el encuentro clínico y es especialmente revelador para el tipo de entrenamiento profesional que puede requerir un acompañamiento profesional “en contacto” con pacientes. Estas cuestiones, sin embargo, aparecen eclipsadas en la narrativa de la OBE.

### CONCLUSIÓN: SABERES TRANSCULTURALES Y CREACIÓN DE “ZONAS DE CONTACTO”

Las teorizaciones acerca del valor del contacto entre profesionales y pacientes en la relación terapéutica presentan fuertes limitaciones a la luz de la revisión que presento en este artículo sobre las propuestas más recientes realizadas por profesionales de la medicina. El análisis de la figura del “smart patient” y las corrientes humanizadoras, con sus antecedentes históricos, nos permiten prestar atención a la diferencia entre dos prácticas del contacto, con sus respectivas lógicas afectivas de saberes, que se despliegan en la relación clínica entre profesionales de la salud (médicas y médicos fundamentalmente) y pacientes. Los “saberes intactos”, o pretendidamente intactos, asientan diferentes discursos y prácticas que reconocen y ponen en valor la participación de pacientes, la escucha o incluso el (con)tacto, pero sin afectar al conocimiento experto y su despliegue jerárquico en la relación entre profesionales y pacientes. Las y los profesionales evitan nombrar y valorar los modos en que el contacto con las epistemes de quienes padecen, sobre los cuerpos y la atención, afectan a los cambios en los modos expertos que operan en la clínica. Los “saberes en contacto”, por el contrario, apuntan al reconocimiento de las formas en que el contacto afecta a los saberes clínicos que se ponen en juego en la atención. Son estos últimos los que desnaturalizan el asentado binomio experto / lego y lo hacen de forma inspiradora.

Los textos analizados de Wendland (2007) y Davis-Floyd y Davis (1996) permiten atender al valor del contacto, entendido como hibridación de saberes, en la evolución histórica de la OBE. Ambos estudios reflejan

bien las limitaciones de entender los cambios médicos como un producto exclusivo de la incorporación de mejor evidencia científica. Desde la lógica transcultural de Pratt que inspira este artículo, son estudios que ayudan a reconstruir la clínica de la OBE como “zonas de contacto” (g)locales que van variando a lo largo del curso histórico. Wendland trae a colación como la tecnificación del parto y las traducciones del peligro (el uso de la tragedia) funcionan como prácticas de demarcación entre profesionales que acontecen dentro de la zona de contacto, delimitando qué tipo de epistemes sobre el sujeto deben guiar la atención. Así mismo, ayuda también a entender la evolución de las cesáreas dentro de la OBE en relación con los cambios en el movimiento feminista. El estudio de Davis-Floyd y Davis (1996) recupera formas de saberes que trascienden el binomio cuerpo / mente e intuición / razón, que proporcionan otra significación al “contacto” con las mujeres en el momento del parto, ya que se basan en activar formas de escucha o modos de atención caracterizados por una apertura ante lo que las propias mujeres conocen.

Señalar la importancia de la creación activa de “zonas de contacto” transculturales no implica caer en el privilegio epistémico de la identidad ni en la idealización de la experiencia del paciente. Por el contrario, apunta hacia la necesidad de reconfigurar el significado de la evidencia y poner en contacto diferentes modos de enlazar el conocimiento y la experiencia. Justamente, para una referente de la medicina narrativa como es Rita Charon (2006), el giro narrativo en la práctica médica se relacionó

con la necesidad de rastrear otro tipo de evidencia. Su apuesta por otorgar valor a la resonancia estética y moral de “otros” materiales (poemas, novelas o películas) para la escucha clínica, así como el acento que pone en el “entrenamiento literario” de profesionales (Charon, 2006, pp. 194-195), pueden leerse en clave transcultural. Bajo esta clave, es posible repensar los contextos en los que la transdisciplinariedad de los equipos clínicos puede llegar a ser algo más que la suma o el encuentro de posiciones sólidamente jerarquizadas. Así, la clínica reaparece como un acto creativo de formación de zonas de contacto donde es posible que otras voces puedan emerger. Una zona donde, al estilo de Charon y de las profesionales parteras del estudio de Davis-Floyd y Davis, la separación entre la medicina y el arte se diluye al ritmo en que lo hace el dualismo experto / lego.

#### FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este artículo recoge resultados de la tesis doctoral “La clínica intersexual como «zona de contacto». Binarismo sexual, saberes expertos y otras Artesanías Biológicas en la clínica española contemporánea”, dirigida por la Dra. Rosa M. Medina Domenech en la Universidad de Granada.

Este artículo forma parte del proyecto “Las cosas del enfermar: objetos, emociones y género en la experiencia de la enfermedad y las prácticas médicas para el alivio”, Plan Nacional, PID2021-123822NB-I00, directora Rosa M. Medina Doménech, UGR.

	Wendland (2007)	Davis-Floys y Davis (1996)
<b>Formación de “saberes intactos”.</b>  Críticas a sesgos en estudios científicos y cuestionamiento de la narrativa de la evidencia.	Omisiones e indicadores a corto plazo.	Construcción médica del cuerpo imperfecto.
	Vacío científico sobre las teorías del sujeto y del desarrollo.	
	Impacto menor de estudios que corrigen resultados anteriores.	Escaso impacto en la literatura científica de otros estudios que apuntan a mayor seguridad de los partos en casa.
	Autoridad ritual de las narrativas del dolor y la tragedia.	
<b>Formación de “saberes en contacto”.</b>  Tensiones del contacto entre distintos sujetos y distintas epistemes del cuerpo y la atención.	Estudios que apoyan el aumento de las cesáreas en contexto de auge del movimiento feminista en EE. UU.	Conflicto de saberes de las parteras, que se resuelve mediante la “danza de toma de decisiones” (transculturación de saberes).
	Aperturas fenomenológicas	
Lecturas desde una perspectiva del contacto.	Omisiones como “orientaciones” epistémicas (Ahmed, 2019 [2006]) que limitan la “zona de contacto” de la producción de saberes.	Danza de toma de decisiones entendida como otros “modos somáticos de atención” (Csordas, 2010 [1993]) que generan “zonas de contacto” no atravesadas por el dualismo cuerpo / mente.

**Tabla 1.** Aportes de los estudios de Wendland (2007) y Davis-Floyd y Davis (1996) a la crítica de la narrativa de la MBE y a la negociación de las tensiones del contacto. Incluyo también las lecturas, propuestas en este artículo, para ampliar su visión desde la lógica del contacto. Elaboración propia.

## NOTAS

- 1 Sobre cómo, a otra escala, esta lógica ha permeado también los programas de integración de sanadores tradicionales en las intervenciones sobre tuberculosis, véase D’Anello et al. (2019) y Ortega (2010).
- 2 Walter Mignolo (2010, pp. 10-12) discute ampliamente la idea de que la (des)colonización es también del ser y el saber, un debate que tiene un amplio recorrido en el pensamiento de América Latina desde los años 60 y que apunta hacia las relaciones entre poder, conocer, entender y sentir.
- 3 El uso del término “colonización” apela a la relación entre los modos de percepción del cuerpo que se ponen en juego aquí y los modelos históricos de conocimiento de las y los otros ligados a la expansión colonial. Agradezco a Lucrecia Mason la reflexión sobre la prevención del uso del término “colonización” como mera metáfora, desligada de los contextos históricos de violencia material y epistémica contra los pueblos de Abya-Ayala (GLEFAS Grupo Latinoamericano de estudios, formación y acción feminista, Entrar al estómago. Estudio anticolonial y transdisciplinar del cuerpo, Curso, edición 2021. <https://aulavirtual.glefes.org>).
- 4 Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). La selección de textos de las autoras se limita a los publicados en lengua inglesa.
- 5 TED-Talks (2011), [en línea], disponible en: [https://www.ted.com/talks/abraham\\_verghese\\_a\\_doctor\\_s\\_touch?language=es](https://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch?language=es)
- 6 Para una visión del “instinto” en los discursos científicos que circularon en la España franquista, véase Medina (2013). Mediante el ensamblaje cultural entre las elecciones de las mujeres (en este caso, en el amor), lo innato y el parentesco animal, el instinto funcionó como un operador tanto de la diferencia sexual como de la distinción naturaleza / cultura (Medina, 2013, pp. 43-44).

## BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, Sarah (2019 [2006]), *Fenomenología Queer: Orientaciones, objetos, otros*, Barcelona, Bellaterra.
- Blázquez Rodríguez, Maribel (2009), *Ideología y prácticas de género en la atención hospitalaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid*, tesis doctoral, dirigida por Mari Luz Esteban Galarza, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Charon, Rita (2006), "The self-telling body", *Narrative Inquiry*, 16 (1), pp. 191-200. DOI: <https://doi.org/10.1075/ni.16.1.24cha>
- Chen, Yalan; Yang, Lan; Hu, Hai; Chen, Jiajia; Shen, Bairong (2017), "How to Become a Smart Patient in the Era of Precision Medicine?". En: Shen, B. (ed.), *Healthcare and Big Data Management. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol. 1028. Springer, Singapore, pp. 1-16. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-981-10-6041-0\\_1](https://doi.org/10.1007/978-981-10-6041-0_1)
- Csordas, Thomas (2010 [1993]), "Modos somáticos de atención". En: Citro, Silvia (coord.), *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, trad. Sabriha Mora, Buenos Aires, Biblos.
- D'Anello Koch, Silvana; Barreat Montero, Yariani; Escalante, Gregorio; D'Orazio, Ana K.; Benítez, Alimar (2009), "La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico". *MedULA: revista de la Facultad de Medicina*, 18 (1) , 6, pp. 33-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3241337> [Consultado el 17/01/2020]
- Davis-Floyd, Robbie; Davis, Elizabeth (1996), "Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth", *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2), pp. 237-269. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00080>
- Fernández-Garrido, Sam (2021), *La clínica intersexual como "zona de contacto". Binarismo sexual, saberes expertos y otras Artesanías Biológicas en la clínica española contemporánea*, tesis doctoral, dirigida por Rosa M. Medina Domenech, Universidad de Granada, Granada.
- Fernández-Garrido, Sam; Medina Doménech, Rosa M. (2020), "'Bridging the sexes'. Feelings, professional communities and emotional practices in the Spanish Intersex Clinic", *Science as culture*, 29 (4), pp. 546-567. DOI: <https://doi.org/10.1080/09505431.2020.1718088>
- Garcimartín Cerezo, Paloma; Juvé-Udina, María-Eulália; Delgado-Hito, Pilar (2016), "Del concepto de empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida: una revisión integrativa", *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 50 (4), pp. 664-671. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>
- Hannah, Mary E.; Hannah, Walter J.; Hewson, Sheila A.; Hodnett, Ellen D.; Saigal, Saroj; Willan, Andrew R.; Term Breech Trial Collaborative (2000), "Planned Caesarean Section versus Planned Vaginal Birth for Breech Presentation at Term: A Randomised Multicentre Trial", *The Lancet* 356 (9239), pp. 1375-1383. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3)
- Laso Guzmán, Francisco Javier (2017), "Importancia de la semiología en la era tecnológica", *Medicina clínica*, 148 (12), pp. 559-561. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.012>
- Lydon-Rochelle, Mona; Holt, Victoria L.; Easterling, Thomas R.; Martin, Diane P. (2001), "Risk of Uterine Rupture During Labor among Women with a Prior Cesarean Delivery", *New England Journal of Medicine*, 345, pp. 3-8. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm200107053450101>
- McMahon, Michael J.; Luther, Edwin R.; Bowes Jr., Watson A.; Olshan, Andrew F. (1996), "Comparison of a Trial of Labor with an Elective Second Cesarean Section", *New England Journal of Medicine*, 335 (10), pp. 689-695. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199609053351001>
- Medina Doménech, Rosa M. (2005), *La historia de la medicina en el siglo XXI, una visión poscolonial*, Granada, Universidad de Granada.
- Medina Doménech, Rosa M. (2013), *Ciencia y sabiduría del amor. Una historia cultural del franquismo (1940-1960)*, Madrid, Iberoamericana - Vervuert.
- Mignolo, Walter (2010), *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*, Buenos Aires, Ediciones del signo.
- Ortega Martos, Antonio Miguel (2010) "¿Colonialismo biomédico o autonomía de lo local? Sanadores tradicionales contra la tuberculosis", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17 (4), pp. 909-924. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702010000400004>
- Pratt, Mary Louise (1991), "Arts of the contact zone", *Profession*, pp. 33-40, [en línea], disponible en: <http://www.histal.net/wp-content/uploads/2012/08/PrattM-1991-Arts-of-the-Contact-Zone.pdf>
- Roizen, Michael F.; Oz, Mehmet C. (2006), *You the smart patient: an insiders handbook for getting the best treatment*, New York, Free Press.
- Sanders, Lisa (2016), "House y el diagnóstico médico", *Quaderns de la Fundació Dr. Antonio Esteve*, 35, pp. 13-20.
- Verghese, Abraham (2011), *A doctor's touch*, [en línea], disponible en: [https://www.ted.com/talks/abraham\\_verghese\\_a\\_doctor\\_s\\_touch/transcript](https://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch/transcript) [consultado el 17/01/2020].
- Wańkowicz, Zofia. (2013). "The role of technological progress vs. Accidental discoveries and clinical experience in the evolution of dialysis", *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 19, pp. 984-992. DOI: <https://doi.org/10.12659/msm.889710>
- Wendland, Claire L. (2007), "The Vanishing Mother: Cesarean Section and «Evidence-Based Obstetrics»", *Medical Anthropology Quarterly*, 21 (2), pp. 218-233. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.2007.21.2.218>